



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CONHECIMENTO NA VANGUARDA DA VALORIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em
Situação Crítica

Por
Nelson Filipe Cruz Cordeiro

Porto, setembro de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O CONHECIMENTO NA VANGUARDA DA VALORIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

***THE KNOWLEDGE AT THE FOREFRONT OF NURSING
APPRECIATION***

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Nelson Filipe Cruz Cordeiro

Sob a orientação de Professora Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, setembro de 2022

RESUMO

A realização deste relatório de estágio surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, e tem como objetivo descrever e analisar as competências académicas, pessoais e profissionais adquiridas ao longo dos estágios como Enfermeiro Especialista.

O presente relatório pretende expor e refletir sobre o percurso que levou à aquisição de competências especializadas. Assim, optei por abordar o estágio desenvolvido ainda no primeiro ano de curso, em que reflito sobre o início da aquisição de competências especializadas. Posteriormente, a contextualização dos locais de estágio da atual unidade curricular, e que me permitiram desenvolver e refletir, criticamente, sobre as atividades que levaram à aquisição e aperfeiçoamento de competências de enfermeiro especialista, baseado nos quatro domínios de competências comuns.

As atividades desenvolvidas surgiram numa perspetiva de otimizar os cuidados à pessoa em situação crítica, de forma segura e diferenciada. Para tal, desenvolvi uma revisão da literatura sobre a carga de trabalho em enfermagem numa unidade de cuidados intensivos, o que me permitiu adquirir competências na busca pela melhor e mais recente evidência científica o que, na prática, permite a otimização e a diferenciação de cuidados ao doente crítico.

Durante este percurso foram desenvolvidas novas competências e aprimoradas as já adquiridas enquanto enfermeiro generalista, nomeadamente no contacto com a pessoa em situação crítica e a sua família, de forma a manter as funções básicas de vida do doente, a prevenir complicações com base numa prestação de cuidados de excelência e mantendo como objetivo a recuperação total do doente. O cuidado ético, a promoção da dignidade e da privacidade, o controlo e prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde foram conhecimentos aperfeiçoados que, aliados aos previamente descritos, permitiram a aquisição de competências diferenciadas, nomeadamente o cuidar da pessoa e da família a vivenciar processos de doença complexos, a otimização do ambiente e processos terapêuticos e a prevenção e controlo de infeção perante o doente crítico.

Concluído este percurso, consideram-se adquiridas as competências de enfermeiro especialista, bem como as capacidades para colocar em prática as competências técnicas e humanas dirigidas à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Carga de Trabalho em Enfermagem; Competências de Enfermagem especializadas; Doente Crítico; Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-cirúrgica.

ABSTRACT

This internship report comes within the scope of the Nursing Master's Degree course with a specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Situation, at the Universidade Católica Portuguesa, of Porto, and aims to describe and analyze the academic, personal and professional's skills acquired during internships as Specialist Nurse.

This report aims to expose and reflect on the path that led to the acquisition of specialized skills. First, I chose to approach the internship developed in the first year of the course, in which I reflect on the beginning of the acquisition of specialized skills. Subsequently, the contextualization of the internship locations of the current curricular unit, which allowed me to develop and reflect, critically, about the activities that led to the acquisition and improvement of specialist nurse skills, based on the four domains of common skills.

The activities developed emerged from a perspective of optimizing care for the person in a critical situation, in a safe and differentiated perspective. For this reason, I developed a review of the literature on nursing workload in an intensive care unit, which allowed me to acquire skills in the search for the best and most recent scientific evidences, which, in practice, allows the optimization and differentiation of care to the critically ill.

During this journey, new skills were developed and those already acquired as a generalist nurse were improved, namely in contact with the person in a critical situation and their family, in order to maintain the basic functions of the patient's life, to prevent complications based on the provision of excellent care and keeping the patient's total recovery as a goal. Ethical care, the promotion of dignity and privacy, the control and prevention of infections associated with health care were improved knowledge that, combined with those previously described, allowed the acquisition of differentiated skills, namely the care of the person and the family to experience complex disease processes, the optimization of the environment and therapeutic processes and the prevention and control of infection for the critically ill patient.

After this journey, the skills of a specialist nurse are considered acquired, as well as the skills to put into practice the technical and human competencies aimed in the field of person in a critical situation.

Keywords: Nursing Workload; Specialized Nursing Competencies; Critically ill; Specialist Nurse; Medical-surgical Nursing.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa, por me ter inscrito neste curso e ajudado durante todo este percurso, permitindo assim que o sonho de ser Enfermeiro Especialista se concretize.

Esta dedicatória estende-se à minha filha, por todo o amor que me dá diariamente.

Agradeço à Professora Doutora Ana Sabrina Sousa por nunca ter desistido do meu percurso, por todo o apoio e colaboração na realização deste relatório.

Aos tutores e enfermeiros chefe, pela dedicação à minha aprendizagem e partilha de conhecimentos e experiências.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS – Direção Geral de Saúde

DVE – Drenagem Ventricular Externa

ECTS – European Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HIC – Hipertensão Intracraniana

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

LCR – Líquido Cefalo-Raquidiano

NAS - *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Pressão Intracraniana

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA	17
3. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO INSERIDOS NA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO	21
3.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	21
3.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	25
4. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	27
4.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	28
4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
4.3. Domínio da Gestão de Cuidados	32
4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	35
5. CONCLUSÃO	39
6. REFERÊNCIAS	41
7. APÊNDICE	45
“CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS” – REVISÃO DA LITERATURA	

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do plano de estudos do 14º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto, a decorrer no ano letivo 2021/2022 e sob a orientação da Professora Doutora Ana Sabrina Sousa.

A unidade curricular “Estágio Final e Relatório” está inserida no primeiro e segundo semestres do segundo ano do Mestrado em Enfermagem, com 30 European Credit Transfer System (ECTS) e um total de 840 horas distribuídas por dois campos de estágio, ambos com 180 horas cada, Seminários (20h), Orientação Tutorial (20h), trabalho autónomo do estudante (440h). Prevê a elaboração deste relatório final, com o objetivo de descrever as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo dos estágios numa perspetiva crítico-reflexiva.

Segundo a ficha da unidade curricular (UC), “Esta unidade curricular desenvolve-se de acordo com o previsto na alínea b) do nº 1 do artigo 20º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, e consta de um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”. Os estágios realizados são a base deste relatório, pelo que a sua escolha foi de acordo com a necessidade de aquisição e consolidação de conhecimentos nos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), em contexto de medicina intensiva e urgência. Ambos os estágios foram realizados num hospital central no norte do país, sendo que o primeiro foi no Serviço de Urgência (SU) entre o dia 6 de setembro de 2021 e o dia 27 de outubro de 2021 e o segundo num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) monovalente entre o dia 28 de outubro de 2021 e o dia 18 de dezembro de 2021.

Embora este relatório incida essencialmente no percurso efetuado durante os estágios nesta UC, contribuiu também para a minha formação o estágio realizado no segundo semestre do primeiro ano no âmbito da UC “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, que decorreu num SMI Polivalente, no mesmo hospital central na região norte do país.

Desde que iniciei o meu percurso como enfermeiro, em 2005, que surgiu a necessidade de constante atualização de conhecimentos e adaptação dos mesmos à realidade vivida no dia-a-dia do serviço de Cirurgia Geral, deste hospital na região norte. Entretanto, verifico que cada vez mais as doenças evoluem facilmente para estadios agudos e, mais recentemente, com o aparecimento da pandemia Covid-19, surge a necessidade de aprofundar os conhecimentos relativos à PSC, sendo que a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) permitiu colmatar algumas falhas sentidas e contribuiu para alargar os meus conhecimentos teóricos e práticos.

A área de especialização em EMC na vertente da PSC tem como alvo os cuidados de enfermagem à pessoa em situação de urgência e/ou emergência, inseridos também em contexto de Serviços de Cuidados Intensivos. Como preconiza o Regulamento 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), os cuidados de enfermagem prestados à PSC são altamente qualificados, orientados para a pessoa com uma ou mais funções vitais em risco e que permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo como objetivo a sua recuperação total.

Assim, os cuidados de enfermagem ao doente crítico são de extrema complexidade e exigem monitorização constante, com o intuito de entender continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados. Pode definir-se o doente crítico como aquele cuja falência ou disfunção de um ou mais órgãos ou sistemas torna a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, exigindo das equipas uma intervenção rápida e de qualidade, com o objetivo de evitar a morte e/ou diminuir as possíveis sequelas (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Orio, 2017).

O Regulamento 140/2019, da OE, define o Enfermeiro Especialista (EE) como aquele "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem".

Desta forma, desenvolve-se a vontade de adquirir e melhorar competências para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem no dia-a-dia, tendo o presente relatório os seguintes objetivos:

- Demonstrar a aquisição de competências para a realização de trabalhos científicos;
- Apresentar e refletir sobre a prática de cuidados nos locais de estágios;
- Refletir sobre as competências adquiridas, enquanto Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem;
- Descrever e analisar os objetivos propostos.

O título do presente relatório pretende espelhar a reflexão sobre as capacidades que o EE tem, na sua prática clínica, de prestar cuidados diferenciados e avançados ao doente crítico, de forma segura.

A realização do relatório seguiu uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica e evidência científica para fundamentação do mesmo. Está dividido em sete capítulos, sendo que começa por uma breve introdução; no segundo capítulo é efetuada a descrição do campo de estágio “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica” e no terceiro contextualizam-se os campos de estágio da UC “Estágio Final e Relatório”. Posteriormente, no quarto capítulo analiso, de forma crítica-reflexiva, o desenvolvimento de competências, de acordo com os domínios de competências comuns do EE. Termina o relatório com uma breve conclusão, as referências bibliográficas e apêndices, onde enquadro o trabalho desenvolvido ao longo da UC.

Este documento orienta-se pelas normas de referência bibliográfica da American Psychological Association 6ª Edição, estando redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Segundo o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC na área de Enfermagem à PSC, o estágio integrado na unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão clínica”, decorreu entre os dias 3 de maio e 26 de junho de 2021 num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, de um Centro Hospitalar de referência no norte do país, num total de 180 horas de contato.

A escolha deste campo de estágio ocorreu pelo facto de trabalhar na instituição e conhecer a elevada complexidade e área de abrangência, associada à alta tecnologia na vigilância, monitorização, tratamento e cuidados à pessoa em estado crítico. Também existia a oportunidade de observar, participar e pôr em prática os conhecimentos adquiridos no tratamento à pessoa em falência orgânica, com ponto de partida nas mais variadas situações.

Sendo o meu primeiro estágio e contato com uma unidade vocacionada ao doente em risco de vida, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) é uma estrutura hospitalar complexa, dotada de sistemas de monitorização contínuos, que admite doentes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com o suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar (CFM, 1995).

Ao longo de 16 anos de experiência profissional, em contexto de internamento, estive com doentes que, não sendo considerados doentes críticos na fase inicial, por vezes apresentavam agravamento da doença e/ou alterações hemodinâmicas, com necessidade de solicitar a colaboração da medicina intensiva. Neste sentido, havia necessidade de colocar o doente num ambiente de maior vigilância e cuidados adequados, de acordo com as suas carências, nomeadamente, o tratamento adequado com vista a minimizar o risco de sequelas após um episódio agudo, situação que não é possível em ambiente de internamento, de acordo com as suas especificidades inerentes.

Assim, a realização deste estágio colmatou uma necessidade que sentia, com vista à aquisição de competências fundamentais no cuidado ao doente crítico.

De acordo com a OE (2019), os tratamentos médicos e cirúrgicos remontam da antiguidade, assim como os avanços técnicos e científicos, em resposta às necessidades em cuidados de saúde, o que permitiu um avanço no desenvolvimento do diagnóstico e tratamento, possibilitando uma vida mais longa, mas que nem sempre significa viver com qualidade.

A complexidade e a especificidade de uma unidade de cuidados intensivos são evidentes na coordenação de esforços e uma prática colaborativa dentro da equipa multidisciplinar, cujo objetivo comum é recuperar a estabilidade e eliminar o risco de vida iminente característico do doente em estado crítico. Neste sentido, a formação da equipa multidisciplinar é uma exigência que constatei durante este estágio, sendo que existe um manual de procedimentos pelo qual se integram novos elementos na equipa de enfermagem, permitindo um período de adaptação e formação adequada às necessidades do doente em estado crítico.

O papel dos enfermeiros foi sempre determinante na criação e evolução da medicina intensiva. Desde que a enfermagem foi reconhecida como profissão que, em estreita colaboração com os médicos, se procurou a diferenciação destes profissionais de modo a responderem com eficácia e eficiência perante a complexidade inerente a um serviço de medicina intensiva. Além dos conhecimentos necessários ao cuidado da pessoa doente, o enfermeiro num SMI é considerado apto nas imensas técnicas utilizadas nas unidades, e tão necessárias ao cuidado do doente crítico, tais como a monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral, manutenção de uma via aérea permeável, ventilação invasiva e não invasiva, diferentes técnicas de substituição renal, entre outras.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 1996), a finalidade da Enfermagem é a prestação de cuidados (de forma autónoma ou interdependente) à pessoa, sã ou doente, família, grupos e comunidade, com o objetivo de manter, melhorar ou recuperar a sua saúde. Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em EMC exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios

avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (OE, 2018).

Enquanto aluno da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, além de colaborar e prestar cuidados nas mais variadas necessidades do doente, também me foi possível adquirir as competências específicas inerentes ao EE em EMC, mais especificamente na área de enfermagem à PSC. Neste contexto de SMI, foquei-me essencialmente em otimizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Defino, assim, como competências de EE adquiridas nesta UC:

- Desenvolvimento e otimização das práticas de qualidade;
- Colaboração nos cuidados à pessoa em situação crítica, antecipando e prevenindo complicações inerentes ao seu estado;
- Promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

3. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO INSERIDOS NA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Os estágios realizados no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” tiveram lugar num hospital central no norte do país, num total de 360 horas de contato, divididas em 180 horas por cada contexto de estágio. Inicialmente, estagiei no serviço de urgência e, posteriormente, num Serviço de Medicina Intensiva Monovalente, direcionada para o doente neurocrítico.

3.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Inserido num centro hospitalar e universitário de referência a nível nacional, o serviço de urgência (SU) no qual tive a oportunidade de estagiar, sendo um serviço polivalente, está preparado para atender a população em situação de urgência e emergência, bem como para transferências para outras instituições de saúde. Além das valências medico/cirúrgica próprias de uma urgência polivalente, este serviço assegura cuidados inerentes a outras especialidades específicas, como por exemplo, neurocirurgia. O seu funcionamento é de 24 horas diárias, sendo que os profissionais estão constantemente disponíveis para atender a população que precisa de cuidados urgentes.

A sua missão assenta no desenvolvimento de medidas tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do grau de satisfação dos utentes. Desta forma, desencadeia iniciativas para valorização profissional da equipa integrada no serviço, fomentando a qualidade dos cuidados prestados garantindo, assim, uma resposta adequada às necessidades da população.

O SU está dividido em várias áreas e próximo de estruturas essenciais ao tratamento e diagnóstico do doente urgente/emergente como o bloco operatório de urgência, serviço de medicina intensiva e estruturas próprias para realizar exames complementares de diagnóstico.

O SU propriamente dito, está dividido em áreas de atendimento ao doente de acordo com prioridades, áreas administrativas e áreas técnicas, que de uma forma global e de acordo com o objetivo principal, o atendimento ao doente pode ser dividido em triagem, áreas médicas, orto trauma e emergência.

Atendendo à pandemia provocada pelo SARS CoV-2, foi necessário criar procedimentos e áreas específicas para triar, observar e encaminhar estes doentes, com vista ao controle da propagação do vírus, como uma área de triagem avançada e uma área física de observação, sem colocar em risco os doentes não infetados com SARS CoV-2.

Estruturalmente, o SU é composto pela triagem avançada, área de admissão administrativa, área de triagem, área covid, 4 áreas médicas, sala de orto-trauma, área de psiquiatria e Sala de Emergência (SE), todas elas pelas quais tive a oportunidade de estagiar e observar a dinâmica das mesmas. Também fazem parte do SU um posto da Polícia de Segurança Pública, o gabinete de apoio ao acompanhante e uma Sala de Família, onde os familiares de referência podem obter informações acerca do estado clínico dos seus familiares.

De acordo com as áreas atrás enumeradas, passo a descrever as áreas que estão diretamente relacionadas com o meu percurso durante o estágio.

Triagem avançada: Localizada antes da entrada da urgência, tem a presença de um enfermeiro, cujo objetivo é garantir a segurança no controlo de infeção, separando os circuitos dos doentes suspeitos e/ou infetados com COVID-19 dos restantes doentes. Este posto de triagem foi sendo adaptado quer ao fluxo de doentes, quer à atualização de conhecimentos sobre a doença. Sendo a segurança um ponto fulcral para o bom funcionamento da instituição e ainda mais numa época de pandemia, importa referir algumas medidas implementadas além da triagem avançada: Reforço policial e segurança privada; Acesso com cartão; Botões de Pânico; barreiras físicas (Acrílicos); medidas de proteção (EPI), entre outras.

Área de Triagem: A função desta área é encaminhar os doentes para as outras áreas do SU de acordo com a prioridade de atendimento, tendo por base uma avaliação das queixas de acordo com o sistema de Triagem de Manchester,

e com o principal objetivo de identificar os doentes que necessitam de observação e tratamento mais urgente. Esta área é dotada de dois postos de trabalho e com a possibilidade de mais um posto de trabalho, de acordo com a afluência de doentes, sendo que cabe aos enfermeiros a responsabilidade de os triar, sendo necessária formação específica nesta área. A gestão da prioridade num SU é determinante quando se trata de salvar vidas, pelo que é dada prioridade na triagem aos meios mais diferenciados, como é o caso dos meios de emergência pré-hospitalar, cuja avaliação e triagem deve ser agilizada. Após a triagem, existem doentes prioritários que são identificados com uma pulseira listada, amarela e branca ou verde e branca e a sua posição na lista de espera é alterada, nomeadamente por situações como referenciação por carta digitalizada, referenciados pelo SNS 24, protocolos de exceção e as vias verdes AVC, TRAUMA, SÉPSIS e DOR TORÁCIA.

Área Covid: Localizada imediatamente à entrada do SU, é o local para onde são encaminhados os utentes com sintomatologia compatível com infeção por covid-19. A equipa de enfermagem nesta área tem a função de triar, testar a infeção por covid-19, tratar e se necessário encaminhar para outra área do SU. No caso de infeção por covid-19 e com critérios emergentes, o utente é encaminhado sempre para a SE.

Área Médica 01: Sendo um espaço amplo, esta área recebe os doentes com elevado grau de dependência, independentemente da prioridade atribuída, não trauma nem referenciados para especialidades existentes na urgência. O espaço tem a área de trabalho médica e de enfermagem no centro, o que permite uma vigilância global de toda a área, com várias boxes onde os doentes podem ficar em maca ou cadeirões. A equipa de enfermagem é composta por 4 enfermeiros por turno, o que permite vigiar e tratar os doentes com alterações clínicas, nas quais se prevê uma permanência até 24 horas, quer seja o seu destino final o internamento ou alta clínica.

Área Médica 03 - 04: Após a triagem o doente deverá ser conduzido à sala de espera externa e alocado informaticamente à área Médica 03. A prioridade destes doentes vai até à prioridade laranja, desde que não

apresentem necessidade de permanecer em maca. A capacidade da área permite a presença de cadeirões alocados em boxes, com a possibilidade de administrar oxigénio ou monitorizar os doentes. Além de gabinetes médicos possui uma área de trabalho de enfermagem e outra médica.

Sala de Emergência: Esta área está destinada a receber os doentes com critérios emergentes, cuja vida está ameaçada por compromisso de uma ou mais funções vitais, cuja origem pode ser interna ao hospital, como diretamente do exterior identificados como vias verdes e/ou situações emergentes que necessitem de tratamento imediato e diferenciado. A triagem destes doentes tanto pode ser feita pelo enfermeiro da triagem quer pelo enfermeiro da sala de emergência, dada a rapidez de atuação necessária característica destas situações. A SE dispõe de cinco unidades equipadas com o material necessário ao suporte avançado de vida, sendo que a equipa permanente é constituída por médicos intensivistas, enfermeiros e assistentes operacionais. São encaminhados para a SE todos os doentes triados com prioridade vermelha, exceto hipoglicemias, lesão ocular química e quando indicados na respetiva via verde.

A equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia e Assistente Social.

A equipa de enfermagem é composta pelo enfermeiro chefe, enfermeiro coordenador e enfermeiros divididos por 5 equipas com 22 elementos cada, num total de 120 elementos aproximadamente. Dentro de cada equipa existe um enfermeiro com funções de coordenação e um enfermeiro subcoordenador, que substitui o coordenador na sua ausência. A distribuição da equipa de enfermagem pelas várias áreas está de acordo com o plano de trabalho diário e com as necessidades de cada área.

Os recursos humanos num SU são essenciais na resposta que a população necessita quando recorre a este serviço. A quantidade de recursos humanos disponível foi um ponto ao qual estive atento enquanto estagiei, pois observei que o elevado absentismo, nomeadamente relacionado com a pandemia, condiciona a carga de trabalho, o que obriga a uma constante mobilização dos profissionais pelas várias áreas de acordo com as necessidades imediatas.

3.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O segundo local de estágio corresponde ao estágio opcional. Escolhi um Serviço de Medicina Intensiva (SMI) Monovalente, por estar direcionado para o intensivismo de doentes neurocríticos. Este serviço está vocacionado para a vigilância, tratamento e cuidados ao doente crítico com lesão cerebral aguda severa, cujo objetivo primário consiste na prevenção da lesão cerebral secundária.

Estruturalmente, este SMI é composto por três quartos individuais, uma sala aberta com sete camas, uma sala fechada com seis camas na longitudinal e várias áreas de apoio, nomeadamente sala de preparação de terapêutica e sala de reuniões, entre outras áreas indispensáveis à manutenção e dinâmica de um SMI de nível III.

As unidades de nível III apresentam a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários devendo, para isso, possuir equipas médicas e de enfermagem totalmente funcionais e diferenciadas (DGS, 2001).

Assim, os cuidados de Enfermagem nestes doentes requerem conhecimentos e competências distintas na área de Cuidados Intensivos, assim como na área específica do doente neurocrítico. Com uma capacidade para 16 doentes, a equipa de enfermagem é constituída por Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica (EEMC), Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e Enfermeiros Generalistas, cujo rácio é de 1/1,6 doentes na sala grande e 1/2 doentes na sala pequena.

A Equipa de Enfermagem dispõe em cada sala de uma área de vigilância e registo informático que permite o contato visual constante com os doentes.

4. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Com o aumento significativo das doenças que se iniciam subitamente, de catástrofes e de acidentes complexos que podem colocar em risco de vida imediato as suas vítimas, a prestação de cuidados diferenciados e complexos torna-se imperativa na prática de enfermagem. Assim, a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica pretende assegurar cuidados individualizados, desde a conceção e implementação até à avaliação dos planos de intervenção, que pretendem dar resposta às necessidades da PSC e sua família, tendo como objetivos a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação das principais funções vitais, prevenindo possíveis complicações (OE, 2018).

O desenvolvimento de conhecimentos técnicos requer que o EE desenvolva uma prática baseada em evidência científica atual, na medida em que conhecimentos avançados promovem uma prática de cuidados de qualidade.

Assim, a realização dos estágios permitiu a aquisição de competências diferenciadas de EE na área da pessoa em situação crítica, tal como o desenvolvimento de conhecimentos na área da investigação científica.

O estágio final iniciou-se com a realização de um projeto de estágio, onde me propus a atingir objetivos individuais com vista a dar resposta às necessidades da PSC e da sua família.

No presente capítulo, irei expor e refletir criticamente sobre as atividades realizadas que me permitiram atingir os objetivos propostos, fundamentadas em evidência científica recente, e que me possibilitaram desenvolver competências de EE em EMC na área da pessoa em situação crítica.

O capítulo está, portanto, dividido em quatro subcapítulos, um por cada domínio de competências comuns do EE, onde irei descrever os objetivos atingidos, as atividades desenvolvidas e, no fim de cada subcapítulo, as competências adquiridas em cada domínio.

4.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão que tem o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

O Regulamento n.º 140/2019 da OE atribui as seguintes competências ao EE, no presente domínio: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Assim, defini como objetivo para o presente domínio:

Prestar cuidados especializados, de qualidade e humanizados ao doente crítico, respeitando-o e à sua família.

Os cuidados de enfermagem baseiam-se em padrões éticos que assentam num código moral, cujo objetivo é a promoção do bem-estar do doente, ou seja, a relação entre o enfermeiro e o doente pauta-se, sempre, por princípios éticos (Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), 2015).

O respeito e a promoção da dignidade são um dos princípios mais importantes e valorizados pelo doente, devendo estar presente, de forma inequívoca, em todas as intervenções e decisões do enfermeiro, tal como o artigo 99º do CDE (2015) prevê.

A prestação de cuidados que promovam a dignidade do doente num Serviço de Urgência é, no mínimo, desafiadora, considerando o elevado número de doentes, as condições físicas inerentes e a capacidade de resposta dos profissionais que, na prática, tem de ser eficaz e o mais rápida possível.

Um dos princípios básicos e promotores da dignidade da pessoa é o respeito pela sua privacidade. Este é um conceito multidimensional, na medida que pode abranger vários aspetos relacionados com o doente, sendo um deles a componente física da privacidade. Esta implica a proteção, por parte do enfermeiro, da exposição corporal a que o doente está sujeito aquando da prestação de cuidados (Eyni et. al, 2017).

O artigo 107º do CDE, alínea b) salvaguarda exatamente isso: a privacidade e a intimidade da pessoa doente, sendo este um dever do enfermeiro desde o momento em que assume a responsabilidade pela pessoa.

Em ambos os campos de estágio, deparei-me com dificuldades na manutenção da privacidade do doente crítico. No SU, em que o enfermeiro tem de ter uma visão geral sobre cada área distinta, a privacidade física do doente está automaticamente colocada em causa. Quer seja pelas necessidades individuais de cada doente, quer seja pelo elevado fluxo de doentes que se acumulam em cada área de intervenção.

Tentei, sempre que um doente precisava de cuidados, deslocar-me até uma sala individualizada, correndo cortinas e falando num tom de voz audível para o doente, mas impercetível para todas as pessoas que se encontravam fora da sala. Quando tal não era possível, por o doente apresentar um elevado grau de dependência ou porque a sala estava ocupada, expus apenas a superfície corporal que era necessária à prestação de cuidados, explicando previamente o que iria acontecer.

No SMI, a privacidade do doente nos quartos individuais estava assegurada. Nas salas abertas, e na perspetiva de que o enfermeiro tem de ter uma visão geral de todos os doentes da sala, o uso de biombos foi o cuidado primário praticado por mim, fazendo já parte das rotinas da restante equipa. Quando um familiar estava presente, solicitei sempre que o mesmo se ausentasse durante uns minutos para a prestação de cuidados, justificando o motivo e a importância do mesmo.

Conclui-se que a privacidade é imprescindível para a promoção da dignidade do doente, sendo um direito seu, e um dever do enfermeiro, ao adotar uma postura de respeito pelo mesmo.

Assim, defino como competências de EE adquiridas neste domínio:

- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
- Promove a proteção dos direitos humanos;
- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A prestação de cuidados de qualidade em enfermagem existe quando o EE procura uma melhoria contínua dos cuidados, tendo em vista a prestação de cuidados de excelência. Assim, a OE (2011) definiu que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem têm como foco a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado; readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo de infeção.

Defino, portanto, como objetivo individual:

Colaborar ativamente com os elementos da equipa de enfermagem na prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema universal, e um dos maiores riscos associados ao internamento do doente. Estas são definidas como situações clínicas resultantes da reação do organismo a agentes infecciosos, sem haver evidência da sua presença no momento do internamento (Direção Geral da Saúde (DGS), 2009).

Sabe-se que as IACS aumentam a morbilidade, a duração do internamento e, conseqüentemente, dos seus custos, podendo mesmo levar à mortalidade do doente. É, portanto, papel do EMC a adoção de boas práticas quotidianas que, a longo prazo, previnam o aparecimento de IACS.

A pandemia veio reforçar a importância da adoção de práticas de prevenção de infeção aquando a prestação de cuidados aos doentes por todos os profissionais de saúde, acabando por se revelar um importante foco de atenção entre os profissionais de enfermagem, por serem os elementos que mais tempo contactam com o doente. Esta demonstrou como as unidades de saúde são amplificadores importantes de contágio e, como tal, como as práticas de controlo de infeção se tornam extremamente importantes. A disponibilização de equipamentos de proteção individuais (EPI) aos profissionais foram um pilar importante na prevenção e no controlo da transmissão do vírus no meio intra-hospitalar (Peres et. al, 2020). Na perspetiva de controlar a propagação do vírus e prevenir infeções cruzadas, medidas tomadas a nível nacional, e adotadas

pelas instituições de saúde, passaram pela identificação precoce e pelo isolamento de casos suspeitos ou confirmados, assim como o reforço da etiqueta respiratória, dos cuidados de higiene das mãos e a definição de circuitos distintos para os doentes infetados (Peres et. al, 2020).

Em ambos os locais de estágio tive a oportunidade de presenciar a aplicação destas medidas: no **SU**, a área de doentes respiratórios era uma área restrita, onde só entravam os profissionais extremamente necessários à prestação de cuidados diferenciada e devidamente equipados com os EPI. Já no **SMI**, os doentes infetados estavam isolados dos restantes, permanecendo numa das salas do serviço, e em que o cruzamento entre os profissionais acabava por ser o estritamente necessário.

Contudo, e não esquecendo que o principal foco dos cuidados é o doente, a pandemia exigiu uma inovação e uma reinvenção das práticas que, pela necessidade de isolamento e pela restrição de visitas, impunha aos profissionais o desenvolvimento de competências diferenciadas para um cuidado de excelência. Torna-se, portanto, pertinente o repensar e a necessidade de voltar aos princípios básicos de controlo de infeção, como a lavagem das mãos ou da etiqueta respiratória. Enquanto EE, com conhecimentos avançados, torna-se um dever incentivar à reeducação de outros profissionais, por forma a manter uma prevenção eficaz de IACS.

Assim, em ambos os campos de estágio, tentei manter cuidados básicos na prevenção da infeção. Medidas como a lavagem das mãos, antes e depois de contactar com o doente, o uso de luvas em cada contacto, a colocação e troca de uma bata de proteção entre cada doente e a manutenção da assepsia em intervenções específicas, foram cuidados adotados ao longo de todo o estágio.

No SU, estas práticas tornam-se mais difíceis de colocar em prática pelas condições inerentes e pela necessidade de resposta imediata, mas tentei aplicá-las em cada abordagem ao doente crítico.

No SMI, sendo este um ambiente mais controlado, estas foram práticas adotadas diariamente, sendo já uma práxis adotada por todos os elementos da equipa multidisciplinar da unidade.

Assim sendo, assumo como competências de EE em EMC:

- Concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

4.3. Domínio da Gestão de Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, a OE (2019) considera que o EE “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”

Defino, como objetivo neste domínio de cuidados:

Conhecer os processos de gestão dos enfermeiros de cada serviço.

Na gestão dos cuidados, o EE está intimamente ligado a funções de liderança da equipa de enfermagem, de forma a otimizar os recursos existentes.

Neste sentido, durante os estágios, foi possível observar este tipo de organização, nomeadamente na distribuição dos elementos da equipa de enfermagem de acordo com a necessidade imediata de cada área no caso do SU e da complexidade e dependência do doente no SMI.

Em ambos os estágios tive especial interesse no rácio de enfermeiros e da carga de trabalho. Constatei que, tanto no SU como no SMI, existe um plano de trabalho diário cujo número de elementos é fixo por turno, independentemente da carga de trabalho.

No caso do SU, o enfermeiro coordenador, sendo especialista em EMC, tem competências acrescidas na gestão dos recursos humanos entre as várias áreas do SU, mobilizando os mesmos de acordo com as necessidades de cada área, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes.

Na minha passagem pelo SU, e considerando que a minha enfermeira orientadora assumiu a coordenação da equipa em diversos os turnos, consegui não só observar e participar nos cuidados à PSC e família, como também gerir

os recursos humanos e materiais, de forma a que a permanência do doente no SU fosse o mais curta possível.

Já no SMI, a distribuição dos doentes é feita pelo enfermeiro responsável de cada turno, tendo em consideração a complexidade de cada doente, articulando as necessidades de cuidados com o grau de especialização e de experiência, assegurando uma tomada de decisão consciente e segura.

Além da gestão dos recursos humanos, quando a enfermeira chefe está ausente, o enfermeiro responsável fica com um doente atribuído e, se possível, de complexidade mais reduzida, permitindo-lhe apoiar os restantes elementos, assim como gerir situações complexas na equipa.

Nos turnos efetuados no SMI consegui compreender a importância da liderança em situações de stress, e como uma liderança eficaz influencia a equipa na prestação de cuidados de qualidade e de segurança. Também no SMI, tive especial atenção à carga de trabalho e constatei que, não sendo o rácio enfermeiro doente propriamente desajustado, não cumpre as recomendações da OE (2019) quando, no seu Regulamento 743/2019 preconiza que o rácio seria de 1:1.

Analisando estes dados, verifico que, tanto no SU como no SMI, a carga excessiva de trabalho é geradora de *stress*, pondo em risco a capacidade de prestar cuidados de qualidade e em segurança.

No SMI, as intervenções de enfermagem, se avaliadas diariamente, podem ser um fator de predição dos resultados clínicos dos doentes e uma ferramenta adequada para a gestão eficiente de recursos humanos e materiais (Stoufis, 2015).

Assim, considerei pertinente o desenvolvimento de uma revisão da literatura intitulada “Carga de Trabalho de Enfermagem em Cuidados Intensivos” (em apêndice), cujo principal objetivo foi compreender a importância do uso das escalas para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, nas Unidades de Cuidados Intensivos, e que pretende dar resposta à seguinte questão de investigação “Qual o impacto das escalas de avaliação para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, em contexto de cuidados intensivos?”

Para a revisão foi desenvolvida uma pesquisa na base de dados PubMed, conjugando duas palavras-chave: *workload* AND *nursing*. Num total de 325 artigos, foram selecionados os disponíveis em texto integral e publicados entre

2015 e 2021. Como fator de exclusão, foram eliminados todos os estudos que não foram desenvolvidos em Unidades de Cuidados Intensivos.

Por fim, foram selecionados e analisados 4 artigos que, com base no seu título e resumo, dão resposta à questão orientadora da presente revisão. Os resultados demonstram que existe uma relação entre a carga de trabalho mental e física dos enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos (Margadant et al., 2021), e que as aplicações de escalas de avaliação da carga de trabalho se tornam eficazes para o ajuste do número de profissionais em cada turno, e no serviço (Trettene et al., 2017, Chang et al., 2019). A desajustada proporção enfermeiro-doente tem um impacto bastante significativo no doente, na medida em que aumenta a possibilidade de eventos adversos, tais como o aumento do tempo de internamento e de infeções nosocomiais (Aiken et al., 2014, Almenyan et al., 2021).

Assim, têm sido desenvolvidos diversos instrumentos de avaliação, dos quais se destaca a *Nursing Activities Score* (NAS), que permite avaliar as atividades de enfermagem em diferentes contextos de intervenção (Miranda et al., 2003).

Concluiu-se que a enfermagem se destaca entre as profissões mais stressantes, e os seus profissionais experienciam, muitas vezes, sofrimento físico e psicológico (Carvalho, et al., 2017), o que tem impacto direto sobre e nos cuidados diretos ao doente. Nesse contexto, a mensuração da carga de trabalho de enfermagem tem sido referida como um indicador essencial para a gestão de cuidados e qualidade assistencial (Trettene, et al., 2017).

Assim, concretizar a assistência em saúde com base numa equipa de enfermagem adequada tornou-se um elemento-chave para manter e fornecer melhor qualidade de atendimento e, conseqüentemente, melhorar a satisfação do doente, atingir melhores resultados clínicos e otimizar o bem-estar dos profissionais.

Assumo, portanto, como competências adquiridas neste domínio:

- Otimiza o processo de cuidados a nível da tomada de decisão;
- Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
- Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.

4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Os cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico destacam-se por serem cuidados altamente diferenciados e qualificados, na perspetiva de dar uma resposta imediata à pessoa em falência orgânica. O desenvolvimento de tais competências exige a aquisição de conhecimentos atualizados, e baseados em evidência científica.

O desenvolvimento de aprendizagens nesta área permite, assim, o crescimento profissional e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo este um dever de todos os enfermeiros conforme preconiza o Código Deontológico dos Enfermeiros, no seu artigo 109º (OE, 2015).

Para a aquisição de competências neste domínio, defini como objetivo específico:

Prestar cuidados especializados, ao doente crítico e família, baseados em evidência científica atualizada.

As Unidades de Cuidados Intensivos são, por si só, contextos ricos em aprendizagens pela diversidade e complexidade de situações que podem surgir (Pinho, 2020). No SMI, por ser uma unidade dirigida ao doente neurocrítico, foram muitas as aprendizagens desenvolvidas, principalmente em relação à neuromonitorização, direcionada à monitorização da pressão intracraniana (PIC) e drenagem ventricular externa (DVE), assim como à ventilação mecânica invasiva (VMI).

Neuromonitorização é um termo utilizado para descrever várias técnicas, invasivas e não invasivas, de monitorizar a função do sistema nervoso central, sendo estas técnicas extremamente importantes na vigilância do doente neurocrítico. Dependendo da técnica utilizada, a neuromonitorização permite aos profissionais de saúde avaliar a função sensorial e motora, a atividade cerebral, o fluxo sanguíneo e a pressão intracraniana (Harris, 2014).

O objetivo principal da neuromonitorização passa pela identificação, prevenção e tratamentos de possíveis lesões secundárias. A principal vantagem da implementação desta técnica à cabeceira do doente é que dá, aos

profissionais de saúde, resultados em tempo real, permitindo uma adequação e individualização dos cuidados (Peacock & Tomlinson, 2018).

Um dos parâmetros mais frequentemente monitorizados nestas unidades é a pressão intracraniana (PIC) do doente. A PIC define-se como o equilíbrio dos volumes de três componentes cranianos: estruturas encefálicas, líquido cefalorraquidiano (LCR) e sangue circulante. Quando existe o aumento do volume de uma destas estruturas sem que outra consiga compensar na mesma proporção, desenvolve-se uma condição clínica designada hipertensão intracraniana (HIC), que pode desencadear danos cerebrais importantes e, em alguns casos, paragens cardiorrespiratórias (Peacock & Tomlinson, 2018). A HIC pode-se desenvolver em casos de hidrocefalia, hemorragia, tumor ou lesões cerebrais resultantes de um traumatismo (Sakamoto et. al, 2021).

Os valores recomendados de PIC estão abaixo dos 15mmHg, estando aconselhada a sua avaliação e monitorização em doentes com uma Escala de Glasgow igual ou inferior a 8, e/ou quando os meios complementares de diagnóstico apresentam alterações sugestivas de HIC (Feijó, 2020).

A drenagem ventricular externa (DVE) caracteriza-se pela colocação de um cateter no espaço intraventricular cerebral, sendo um dos métodos mais utilizados nas UCI para avaliação e monitorização da PIC. Esta técnica permite não só a monitorização contínua e a redução da PIC através da drenagem de LCR ou sangue, como também permite a administração de medicamentos ou colheita de líquido, em caso de necessidade (Feijó, 2020; Sakamoto et. al, 2021). Contudo, a DVE tem diversas complicações associadas, nomeadamente o risco de infeção, a obstrução do sistema de drenagem, o excesso de drenagem de líquido ou, ainda, a remoção acidental do cateter de DVE.

Por este motivo, os cuidados de enfermagem assumem-se como especializados e de extrema importância, quer nos cuidados diários associados à DVE, quer à prevenção de complicações. O estudo de Sakamoto et. al (2021) destaca um conjunto de cuidados diários, nomeadamente o posicionamento da cabeceira a 30°, a manutenção do dreno ao nível do trago com o nível de referência zero, o uso de técnica asséptica no manuseamento da DVE, a vigilância das características do líquido drenado e de possíveis sinais de obstrução, percecionados quando a drenagem de líquido é inferior ao limite mínimo ou, quando olhando para o monitor, a linha de PIC é plana.

Durante o meu estágio no SMI acompanhei a enfermeira orientadora nos cuidados aos doentes atribuídos à sua responsabilidade. Ao longo dos vários turnos efetuados durante o estágio tive a oportunidade de contactar com vários doentes com DVE, o que me permitiu colocar em prática os conhecimentos adquiridos nesta área e prestar os cuidados atrás descritos com autonomia e supervisão da orientadora.

Assim, compreende-se que, para a prestação de cuidados de qualidade ao doente neurocrítico, são necessários profissionais com conhecimentos diferenciados e com capacidade de interpretação imediata dos resultados da neuromonitorização, destacando-se o EE como o profissional de referência para tratar e prevenir complicações associadas a lesões cerebrais, que estão diretamente relacionadas com o tempo de permanência em UCI, tornando-se imprescindível nestas unidades (Slazinski, 2014, Feijó, 2020).

Concluo que, enquanto competências de EE adquiridas:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

5. CONCLUSÃO

A valorização da profissão de enfermagem é assente numa prática clínica cada vez mais complexa e com maior responsabilidade. É exigido aos enfermeiros uma aprendizagem contínua, de forma a desenvolverem competências técnicas e científicas cada vez mais especializadas. Assim, o enfermeiro, também deve sentir necessidade de adquirir conhecimento teórico e prático que tornem possível o reconhecimento da sua competência e qualificação.

Desta forma, considero que os objetivos inicialmente descritos neste relatório de estágio foram alcançados, sendo que foi possível descrever, refletir e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio, enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre em enfermagem da pessoa em situação crítica. Também foi possível descrever os locais de estágio e refletir sobre o seu funcionamento.

A carga de trabalho dos enfermeiros sempre foi uma preocupação e o seu aumento é uma realidade cada vez mais presente na minha prática. Ao integrar os locais de estágios, embora transitoriamente, consegui compreender que a elevada carga de trabalho e responsabilidade inerente é uma realidade transversal. O doente crítico é um doente que necessita de atenção, disponibilidade e tempo para uma prestação diferenciada e de excelência. Assim, o desenvolvimento de uma revisão da literatura demonstrou ser uma oportunidade de otimização dos cuidados na área da gestão, direcionada aos serviços de medicina intensiva que são, efetivamente, as unidades que utilizam as escalas de trabalho para classificarem a sua carga de trabalho.

Em ambos os estágios, a privacidade do doente, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e a prevenção e o controlo de infeção no âmbito do Domínio da Qualidade de Cuidados, foram tópicos merecedores da minha atenção, e onde tive oportunidade de aperfeiçoar competências.

No SMI, o contacto com o doente neurocrítico e ventilado permitiu-me adquirir conhecimentos diferenciados, o que acabou por incentivar a pesquisa e a prática baseada na evidência científica.

Com mais dificuldade, foi possível elaborar este relatório final. Mas considero que esta dificuldade se encontra ultrapassada e que, no futuro, terei maior facilidade em pesquisar e elaborar trabalhos científicos.

Ambos os estágios foram bastante enriquecedores, tanto a nível pessoal como profissional. Na prática quotidiana, o pensamento crítico-reflexivo foi aperfeiçoado, na medida em que consigo identificar possíveis focos de melhoria de cuidados.

Termino este percurso, sentindo que estou mais capacitado para interpretar e resolver situações que surjam no âmbito da PSC, pois o contacto com diversas experiências permitiu adquirir mais competências e segurança no desempenho e desenvolvimento profissional.

6. REFERÊNCIAS

- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *National Institute os Health*, 383(9931). 1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Almenyan, A., Albuduh, A. & Al-Abbas, F. (2021). Effect of Nursing Workload in Intensive Care Units. *Cureus*. 13(1). doi: [10.7759/cureus.12674](https://doi.org/10.7759/cureus.12674)
- Carvalho, D., Rocha, L., Tomaschewski-Barlem, J., Barlem, E., Cecagno, D. & Dalmolin, G. (2017). Productivity versus workloads in the nursing working environment. *Rev Esc Enferm USP*. 51.
- Chang, L., Yu, H. & Chao, Y. (2019). The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *The Journal of Nursing Research*, 27(1), 1-9. doi: 10.1097/jnr.0000000000000265
- Eyni, E., Hasani, S., Fereidouni, P. & Andi, S. (2017). Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing ans Midwifery Sciences*, 4(2), 11-18. https://www.researchgate.net/publication/338858561_Effect_of_nursing_staff_training_on_respecting_the_privacy_of_patients_in_the_emergency_department
- Feijó, L. (2020). O Doente Neurocrítico. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 209-220). Lidel - edições técnicas, lda.
- Harris, C. (2014). Neuromonitoring Indications and Utility in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 34(3), 30-40.

- Margadant, C., Keizer, N., Hoogendoorn, M., Bosman, R., Spijkstra, J. & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*. 113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103780>
- Miranda, D., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W. & Iapichino, G.(2003). Nursing activities score. *Crit. Care Medicine*. 31(2), pp. 374-382. 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Disponível em: (Microsoft Word - vf_ponto 8_Reg PQCEE Pessoa em Situa\347\343o Critica_vf_com assinatura) (ordemenfermeiros.pt)
- Decreto-Lei 104/98 do Ministério da Saúde (1998). Diário da República: I Série A, nº 93. [DL n.º 104/98, de 21 de Abril \(pgdlisboa.pt\)](http://www.pgdlisboa.pt)
- Decreto-Lei 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Série A, nº 205. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Peacock, S. & Tomlinson, A. (2018). Multimodal Neuromonitoring in Neurocritical Care. *AACN Advanced Critical Care*, 29(2), 183-194. <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2018632>
- Peres, D., Bóleo-Tomé, J. & Santos, G. (2020). Proteção Facial e Respiratória: Perspetivas Atuais no Contexto de Pandemia por COVID-19. *Acta Med Port*, 33(9), 583-592. <https://doi.org/10.20344/amp.14108>
- Pinho, J. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 311-320). Lidel – edições técnicas, lda

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. Regulamento n.º 140/2019 | DRE

Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. Regulamento n.º 429/2018 | DRE

Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184. Regulamento n.º 743/2019 | DRE

Sakamoto, V., Vieira, T., Viegas, K., Blatt, C. & Caregnato, R. (2021). Cuidados de enfermagem na assistência ao paciente com derivação ventricular externa: *scoping review*. *Rev Bras Enfermagem*, 74(2):e20190796. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>

Slazinski, T. (2014). Nursing: The Essential Piece to Successful Neuromonitoring. In Miller, C. & Torbey, M., *Neurocritical Care Monitoring* (pp. 145-151). doi: 10.1891/9781617051883

Stoufis, N. (2015). Connection of nursing workload with severity and patient outcome in the ICU. *Vima Asklipiou*. 10, pp. 311-22.

Trettene A., Fontes C., Razera A., Prado P., Bom G. & Kostrisch L (2017). Sizing of personnel to promote self-care in a Pediatric Semi-Intensive Unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 29(2), pp. 171-179. DOI:[10.5935/0103-507X.20170027](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170027)

7. APÊNDICE

“CARGA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM” – Revisão da Literatura



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Unidade Curricular

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

**Carga de Trabalho de Enfermagem em Cuidados
Intensivos**

Nelson Filipe Cruz Cordeiro, nº 396420009

Sob orientação de: Professora Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, janeiro de 2022

Índice

Índice

1. Introdução	2
1.1. Pertinência do tema	3
2. Metodologia	4
2.1. Questão PICO	4
2.2. Diagrama PRISMA	5
3. Resultados	6
4. Discussão dos Resultados	11
5. Conclusão	15
6. Referências	16

1. Introdução

O aumento significativo da idade média da população, a disponibilização de inovadores meios e terapêutica, e a complexidade que muitas vezes caracteriza um ambiente clínico, tornam a assistência à saúde um fenómeno inequivocamente multidimensional (Altafin *et al.*, 2014). Para assegurar cuidados de qualidade, são necessárias equipas altamente qualificadas e diferenciadas, nas quais se incluem os enfermeiros.

Sabe-se que, nos dias de hoje, as instituições de saúde enfrentam dificuldades que, na prática, se transpõe para défice de recursos humanos em cada serviço. Alguns estudos demonstram que baixas taxas de pessoal de enfermagem estão associadas a um efeito negativo na saúde das pessoas (Michali, Xristopoulou e Marvaki, 2019).

Assim, o desenvolvimento de sistemas de avaliação e monitorização da carga de trabalho de enfermagem é imperioso no caminho da melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde, no aumento da satisfação profissional dos enfermeiros e na redução do *stress* e nas taxas de *burnout* (Kollia *et al.*, 2016). As intervenções de enfermagem em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, se avaliadas diariamente, podem ser um fator de previsão dos resultados clínicos das pessoas e uma ferramenta perspicaz para a gestão eficiente de recursos humanos e materiais (Stoufis, 2015).

Os cuidados à pessoa em situação crítica conotam-se de maior complexidade (Amadeu, *et al.*, 2020). Neste contexto, diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar a carga de trabalho, sendo os mais comumente usados o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) e o *Nursing Activities Score* (NAS) (Margadant, *et al.*, 2021).

Em 1974, Cullen *et al.* desenvolveu o TISS, que permite quantificar a carga de trabalho com base na complexidade e na importância das intervenções em cuidados intensivos. Após duas décadas, foi desenvolvida a NAS, que quantifica a carga de trabalho de enfermagem com base nas atividades de enfermagem realizadas (Margadant, *et al.*, 2021).

As classificações subjetivas da carga de trabalho são particularmente importantes. A carga de trabalho subjetiva representa um aspeto muito relevante

da carga de trabalho do enfermeiro que permanece omissa, apesar do alto potencial de intervenção (Tubbs-Cooley, et al., 2019).

1.1. Pertinência do tema

Nos últimos 50 anos, vários instrumentos foram desenvolvidos para medir a carga de trabalho de enfermagem e, dessa forma, apoiar enfermeiros e gestores da área da saúde no planeamento rigoroso de capacidade de prestação de cuidados, nomeadamente em contextos de intervenção complexos. A carga de trabalho de enfermagem é um conceito essencial para a concretização de uma prática adequada às necessidades de cuidados dos doentes. A avaliação da carga de trabalho de enfermagem dota enfermeiros e gestores de saúde de informação relevante para melhores tomadas de decisão e, conseqüentemente, contribui para a melhoria da qualidade do atendimento, para manter a segurança do paciente e maior satisfação profissional.

O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) e o *Nursing Activities Score* (NAS) são os sistemas de classificação mais usados na avaliação da carga de trabalho na prática no âmbito de cuidados intensivos (Hoogendoorn, et al., 2019).

Margadant, et al. (2021) relatam que investigações anteriores mostraram que o NAS explicava 59% a 81% do tempo real do trabalho de enfermagem, enquanto o TISS descrevia apenas 43% do tempo real de intervenção de enfermagem. Em ambos os modelos, o desenvolvimento não foi baseado em medidas de tempo. No entanto, estas escalas de avaliação não incluem todas as atividades de enfermagem que, atualmente, são realizadas no contexto de cuidados intensivos. Além disso, acresce-se o facto de que o peso de cada atividade de enfermagem incluída pode não corresponder ao peso implícito na prática atual.

Por isso, alguns autores defendem o interesse premente de um novo instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, que inclua todas as atividades de enfermagem do TISS e do NAS, complementadas com cinco atividades de enfermagem adicionais pertencentes à prática atual em cuidados intensivos. (Margadant, et al., 2021)

Investigações recentes sustentam uma forte evidência no interesse, cada vez mais atual, em munir os responsáveis pela gestão de enfermagem e gestão

de recursos humanos em saúde, de informação útil no sentido não apenas de garantir um melhor atendimento ao doente, mas sobretudo concretizar um melhor planeamento de cuidados, com alocações seguras, tendo em conta as dotações seguras e o rácio enfermeiro/doente (Nasirizad Moghadam, et al., 2021). Estes estudos evidenciam não apenas uma preocupação com a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, mas ainda (ou melhor: mais ainda) que há (e tem efetivamente que existir) uma preocupação séria com o bem-estar dos profissionais de enfermagem em contexto de trabalho.

Assim, o principal objetivo da presente revisão da literatura é compreender a importância do uso das escalas para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, nas Unidades de Cuidados Intensivos.

2. Metodologia

As revisões da literatura são uma discussão de tópicos importantes do ponto de vista teórico, sendo consideradas uma importante ferramenta educacional na educação médica continuada (Bernard, et al., 2004).

As revisões narrativas têm uma abordagem menos formal do que as revisões sistemáticas, pois não requerem a apresentação rigorosa de determinados aspetos, nomeadamente metodológicos (ao invés do que termos de pesquisa, bases de dados e critérios de inclusão e exclusão) (Moher, et al., 2015).

2.1. Questão PICO

A questão de investigação que se sustenta no propósito deste estudo – construída em consonância com a metodologia PICO (FIGURA 1) – é a seguinte: Qual o impacto das escalas de avaliação para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, em contexto de cuidados intensivos?

Figura 1 Questão PICO	
P	Cuidados de enfermagem
I	Escalas de avaliação
C	Carga de trabalho em Cuidados Intensivos
O	Otimização da prestação de cuidados

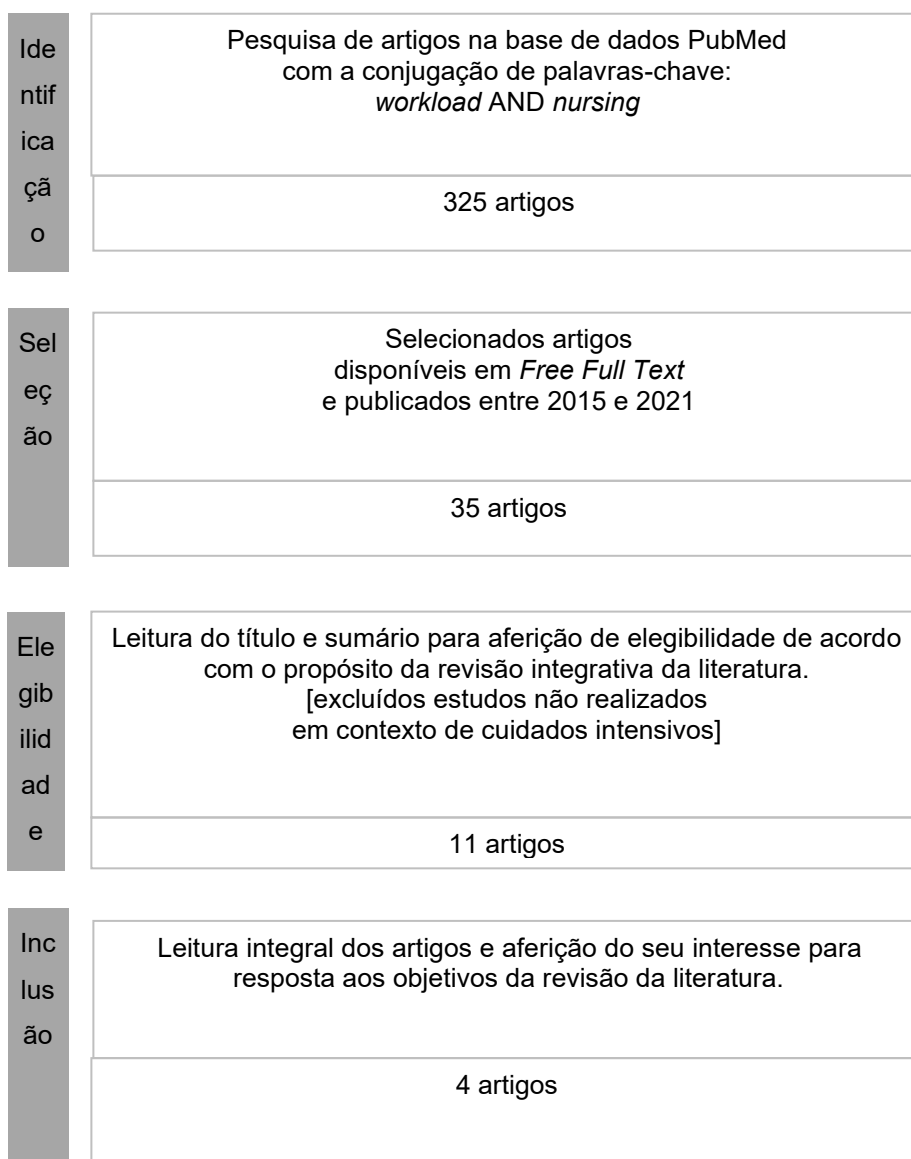
2.2. Diagrama PRISMA

O diagrama de fluxo (FIGURA 2) descreve o fluxo de informações nas diferentes fases de uma revisão da literatura. O diagrama de fluxo mapeia o número de artigos identificados, incluídos e excluídos e os motivos das exclusões. Diversos modelos de diagrama estão disponíveis dependendo do tipo de revisão e das fontes usadas para identificar os estudos.

Para a pesquisa de artigos foi desenvolvida uma pesquisa na base de dados na PubMed, conjugando duas palavras-chave: *workload* AND *nursing*. Num total de 325 artigos, foram selecionados os disponíveis em texto integral e publicados entre 2015 e 2021. Como fator de exclusão, foram eliminados todos os estudos que não foram desenvolvidos em Unidades de Cuidados Intensivos.

Por fim, foram selecionados e analisados 4 artigos que, com base no seu título e resumo, dão resposta à questão orientadora da presente revisão.

FIGURA 2 | Diagrama PRISMA



3. Resultados

Nas seguintes tabelas de evidências apresenta-se a análise dos quatro artigos científicos considerados pertinentes para dar resposta à questão de investigação previamente formulada.

O primeiro e o quarto artigos, de Moghadam, K et al. (2021) e de Fasoi, G. et al. (2020), respetivamente, são estudos transversais. O primeiro artigo, intitulado *“Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: are they related?”* tem como objetivo investigar se a carga de trabalho física está diretamente relacionada com a carga mental dos enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos. Já o artigo de Fasoi, G. et al. (2020), intitulado *Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units Using the Nursing Activities Score Scale*” pretende avaliar, através da aplicação da escala de NAS, se a carga de trabalho dos enfermeiros influencia a mortalidade dos doentes críticos.

O segundo artigo, de Margadant et al. (2021), intitulado *“Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: an observational study”* é, como o próprio título indica, um estudo observacional cujo objetivo é desenvolver um modelo para avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, baseado no tempo de cuidados necessários a cada doente.

Já o artigo de Oliveira, A. et al. (2016) é uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo é identificar a relação entre a carga de trabalho dos enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos, intitulando-se *Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review”*.

Tabela 1: <i>Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: are they related?</i>	
Referência bibliográfica	Moghadam, K., et al. (2021). Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? <i>Nurs Open</i> . 8 (4), 1625-33.
Palavras-chave	Unidade de cuidados intensivos, carga de trabalho mental, carga de trabalho física, enfermagem.
Objetivos do estudo	Investigar a carga de trabalho física e mental em enfermeiros que atuam em unidades de cuidados intensivos.
Tipo de estudo	Estudo transversal
Participantes	Enfermeiros de seis unidades de cuidados intensivos de adultos (N= 105)
Instrumento de avaliação utilizados do estudo	<i>Nursing Activities Score</i> (NAS) para medir a carga física de trabalho <i>NASA Task Load Index</i> (NASA-TLX) para medir a carga mental de trabalho
Resultados do estudo	A média da carga de trabalho física e mental dos enfermeiros foi de 72,84% (22,07%) e 70,21 (12,36), respetivamente. Uma relação significativa entre a carga física e mental de trabalho foi identificada.
Conclusões do estudo	A carga de trabalho mental e física dos enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados intensivos foi relativamente alta, e verificou-se uma significativa relação entre as duas variáveis.

TABELA 2: *Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: an observational study.*

Referência bibliográfica	Margadant, C., et al. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. <i>Int J Nurs Stud.</i> 113.
Palavras-chave	Cuidados intensivos, escala de atividades de enfermagem; carga de trabalho de enfermagem.
Objetivos do estudo	Desenvolver um modelo baseado no tempo para avaliação da carga de trabalho de enfermagem
Tipo de estudo	Estudo observacional
Instrumento de avaliação utilizados do estudo	<i>Nurse Operation Workload (NOW)</i>
Resultados do estudo	O modelo <i>Nurse Operation Workload (NOW)</i> supera os modelos existentes na medição da carga de trabalho de enfermagem, ao mesmo tempo que inclui um menor número de atividades e, com isso, diminui o tempo de registo.
Conclusões do estudo	A carga de trabalho de enfermagem medida pelo NOW fornece uma visão do tempo real de enfermagem necessário aos pacientes e pode, portanto, ser usada para avaliar a carga de trabalho média por paciente por enfermeiro.

TABELA 3: <i>Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review.</i>	
Referência bibliográfica	Oliveira, A., et al. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. <i>Rev Esc Enferm USP</i> . 50(4). 683-694.
Palavras-chave	Carga de trabalho de enfermagem, segurança do paciente; unidade de cuidados intensivos.
Objetivos do estudo	Identificar a influência da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de eventos adversos em pacientes adultos internados em unidade de cuidados intensivos.
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Instrumento de avaliação utilizados do estudo	<i>Nursing Activities Score (NAS)</i> <i>Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)</i>
Resultados do estudo	O <i>Nursing Activities Score (NAS 37,5%)</i> e o <i>Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 37,5%)</i> foram os instrumentos mais utilizados para avaliação da carga de trabalho de enfermagem. Seis pesquisas (75,0%) identificaram a sobrecarga de trabalho na ocorrência de infecção, úlceras de pressão e uso de medicamentos. Uma investigação identificou que o NAS foi fator de proteção para úlceras de pressão.
Conclusões do estudo	A carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos influencia a ocorrência de eventos adversos, pelo que os enfermeiros devem monitorar esta variável diariamente de forma a garantir o correto dimensionamento da equipa e segurança dos cuidados prestados.

TABELA 4: <i>Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units Using the Nursing Activities Score Scale</i>	
Referência bibliográfica	Fasoi, G., et al. (2020). Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units Using the Nursing Activities Score Scale. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 18(1),
Palavras-chave	Unidades de cuidados intensivos, mortalidade, enfermagem, escala de atividades de enfermagem, carga de trabalho.
Objetivos do estudo	Avaliar a carga de trabalho de enfermagem com fator preditivo de mortalidade por meios da <i>Nursing Activities Score</i> (NAS)
Tipo de estudo	Estudo transversal
Instrumento de avaliação utilizados do estudo	<i>Nursing Activities Score</i> (NAS)
Resultados do estudo	Resultados de NAS foi de 54,81 (2,32) e de NAS total de 756,51 (150,27). A carga de trabalho no dia de admissão em unidade de cuidados intensivos foi de 65,15 (13,05) e a carga de trabalho foi de 13,15 horas/dia. O rácio ideal enfermeiro/paciente seria de 1:1,82; sendo que a proporção se encontrava em 1:2,86.
Conclusões do estudo	Embora os resultados do estudo não demonstrem correlação significativa ente carga de trabalho e mortalidade, a carga de trabalho em unidade de cuidados intensivos parece ser relativamente maior nos pacientes que faleceram. Estes resultados podem alertar para a possibilidade de uma correlação positiva entre estas duas variáveis.

4. Discussão dos Resultados

O caminho para a excelência de cuidados passa por um forte investimento na qualidade do atendimento e segurança dos doentes, tornando-se relevante a

consideração dos diversos fatores com impacto na carga de trabalho dos enfermeiros (Nasirizad Moghadam, et al., 2021).

As escalas de avaliação das atividades de enfermagem são instrumentos valiosos para mensurar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, sendo, na sua maioria, de fácil aplicação. O interesse na sua aplicação é evidente, nomeadamente em contexto de atendimento de doentes em situação crítica (Fasoi, et al., 2020). Assim, é indispensável a adequada alocação de enfermeiros, além de profissionais experientes e especializados (Echevarria-Guanilo, et al., 2019).

As descobertas do estudo de Nasirizad Moghadam, et al. (2021) evidenciam que existe relação entre a carga de trabalho mental e a carga de trabalho física nos enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos.

Equipas subdimensionadas têm uma influência devastadora sobre a qualidade da assistência clínica, e repercussões negativas na saúde dos trabalhadores, resultando em descontentamento, sobrecarga física e psíquica, absentismo e *stress*, podendo levar mesmo ao *burnout* (Padilha, et al., 2017).

A enfermagem destaca-se entre as profissões mais desgastantes, tanto física como psicologicamente (Carvalho, et al., 2017). Nesse contexto, a mensuração da carga de trabalho de enfermagem tem sido referida como um importante indicador de gestão e de qualidade assistencial. Entre outras potencialidades, a avaliação da carga de trabalho de enfermagem contribui para o adequado dimensionamento de pessoal (Trettene, et al., 2017, Chang, et al., 2019).

Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos com o intuito de mensurar de maneira fidedigna a carga de trabalho de enfermagem. De entre eles destaca-se o *Nursing Activities Score* (NAS), que permite medir as atividades de enfermagem diretas e indiretas, em diferentes contextos de intervenção. (Miranda, et al., 2003).

Um grande desafio para os gestores de saúde é garantir a segurança do doente, integrado como indicador de qualidade assistencial devendo-se considerar a investigação de eventos adversos (Oliveira, et al., 2016). Nas unidades de cuidados intensivos há maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos devido à instabilidade clínica dos doentes, e ao elevado número de intervenções e dispositivos a que são submetidos durante o tratamento (Boyle, et al., 2006).

A ocorrência de eventos adversos passou, portanto, a ser discutida como um dos aspetos que impactam negativamente a segurança do paciente, principalmente a partir de 1999, com a divulgação do relatório *To Err is Human pelo Institute of Medicine* (Kohn, et al., 2000). Alguns anos mais tarde, a *World Health Organization* criou a *World Alliance on Patient Safety*, que destacou os principais aspetos da segurança do paciente e os fatores que podem influenciá-la (World Health Organization, 2009).

Em contexto de cuidados intensivos, a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do doente dependem não só da qualificação dos profissionais, mas também da adequada alocação de recursos humanos. No entanto, ainda é muito comum os serviços de saúde enfrentarem extrema dificuldade em compatibilizar o número de profissionais com as necessidades, geralmente por questões financeiras. O descompasso quantitativo e qualitativo entre os recursos humanos e os cuidados exigidos pelos doentes em cuidados intensivos pode acarretar sobrecarga de trabalho e falhas no processo de cuidar (Magalhães, et al., 2009).

O reconhecimento da importância, e sobretudo das repercussões da carga em contexto de trabalho é fundamental, uma vez que implica controlo e redução de efeitos indesejáveis. A omissão de sua mensuração pode causar um impacto negativo na qualidade e segurança do atendimento aos pacientes, devido à maior probabilidade de eventos adversos que, por vezes, levam à mortalidade (Kirchhof, et al., 2011).

A proporção enfermeiro-doente foi usada durante vários anos para avaliar a correlação entre segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem. No entanto, investigações mais recentes demonstraram que a carga de trabalho de enfermagem é um conceito bem mais complexo, que não pode ser determinada simplesmente pelo rácio enfermeiro/doente. Este deve ser usado apenas como ponto de partida de uma avaliação que se pretende [exige-se, de outra forma ficaremos sempre aquém] dos fatores envolvidos na prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos (Almenyan, et al., 2021).

Na revisão concretizada por estes autores, evidenciou-se o efeito da carga de trabalho de enfermagem: muitos eventos adversos podem ocorrer com doentes nas unidades de cuidados intensivos, secundários à redução de

cuidados de enfermagem, tais como o aumento da mortalidade, tempo de internamento e infeções nosocomiais (Aiken et. al, 2014, Almenyan, et al., 2021).

O aumento da carga de trabalho pode ocasionar insatisfação no trabalho, redução da eficiência e aumento das complicações e taxas de mortalidade entre os pacientes (Claro, et. al, 2011, Schubert et. al, 2012, Almenyan, et al., 2021).

Gerasimou et al. (2014) mostraram, ainda, que existe uma correlação estatisticamente significativa entre carga de trabalho de enfermagem e a satisfação da família com os cuidados de enfermagem prestados em cuidados intensivos.

Atualmente, a crescente necessidade de recursos de saúde é influenciada por diversos fatores, como o envelhecimento da população e outras mudanças epidemiológicas, avanços tecnológicos e epidemias emergentes. Recentemente tais condições ocasionaram mudanças no sistema de gestão de saúde, ocasionando uma melhor qualidade no atendimento e redução de custos (Rhodes, et al., 2012).

As intervenções de enfermagem são importantes na prestação de serviços de saúde com qualidade, principalmente nas unidades de cuidados intensivos. Ao mesmo tempo são atividades entrelaçadas com muitos outros fatores tais como ambiente de trabalho, gravidade da doença, carga de trabalho, qualificações e habilidades dos profissionais e custo-eficácia, ao que ainda se acresce a importância dos resultados clínicos dos pacientes (Nogueira, et al., 2017).

O sistema de pontuação NAS é amplamente utilizado tanto para fins acervos à prática clínica, como em contexto de investigação. A este propósito, Margadant, et al. (2021) referem que, com base na sua revisão o TISS explica apenas 43% do tempo real de cuidados de enfermagem e o NAS apenas explica 0,59 a 0,81 do tempo real de enfermagem.

A NAS foi desenvolvida em 2003 para mensurar o consumo de tempo de enfermagem em UCI, e é utilizada como ferramenta de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, incluindo medidas de tarefas clínicas e administrativas realizadas por enfermeiros (Miranda, et al., 2003). A avaliação da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adulto através da aplicação de NAS tem sido objeto de muitas investigações em todo o mundo.

Nessas unidades, a complexidade assistencial é evidenciada pelo uso de tecnologia avançada, tomadas de decisão frequentes, enfrentamento de conflitos, necessidade de comunicação efetiva, trabalho interdisciplinar, vivência de morte e luto, abordagem de pacientes e familiares que se encontram em condições físicas e psicológicas desfavoráveis. Assim, é imprescindível uma adequada alocação de pessoal de enfermagem, além de profissionais experientes e especializados (Echevarria-Guanilo, et al., 2019).

5. Conclusão

A enfermagem destaca-se entre as profissões mais estressantes, e os seus profissionais experienciam, muitas vezes, sofrimento físico e psicológico (Carvalho, et al., 2017). Nesse contexto, a mensuração da carga de trabalho de enfermagem tem sido referida como um indicador essencial para a gestão de cuidados e qualidade assistencial, pois permite, entre outros, o adequado dimensionamento de pessoal (Trettene, et al., 2017).

Para mensurar a carga de trabalho de enfermagem de forma confiável e considerar a complexidade do cuidado e o processo de trabalho, diversos instrumentos têm sido desenvolvidos. Dentre eles, destaca-se o *Nursing Activities Score* (NAS), que permite mensurar as atividades de enfermagem direta e indireta, além de ser aplicável em diferentes contextos (Miranda, et al., 2003).

Assim, concretizar a assistência em saúde com base numa equipa de enfermagem adequada tornou-se um elemento-chave para manter e fornecer melhor qualidade de atendimento e, conseqüentemente, melhorar a satisfação do doente, atingir melhores resultados clínicos e otimizar o bem-estar dos profissionais.

6. Referências

Aiken, L., Sloane, D. e Bruyneel, L. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 383, 2014, pp. 1824-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24581683/>

Almenyan, A., Albuduh, A. e Al-Abbas, F. 2021. Effect of Nursing Workload in Intensive Care Units. *Cureus*. 13(1), 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33604212/>

Altafin, J., et al. 2014. Nursing Activities Score and workload in the intensive care unit of a university hospital. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 26, 2014, pp. 292-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25295824/>

Amadeu, L., et al. 2020. Nursing workload in burn intensive care unit. *Rev Bras Enferm*. 73, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32667481/>

Bernard, W., Nobre, M. e Jatene, F. 2004. Evidence based clinical practice. Part II - searching evidence databases. *Rev Assoc Med Bras*. 50, 2004, pp. 104-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15253037/>

Boyle, D., et al. 2006. Divulgação de erros e eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Crit Care Med*. 34(5), 2006, pp. 1532-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16540948/>

Carvalho, D., et al. 2017. Productivity versus workloads in the nursing working environment. *Rev Esc Enferm USP*. 51, 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29562050/>

Chang, L., Yu, H. e Chao, Y. 2019. The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *J Nurs Res*. 27(1), 2019, pp. 1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29613879/>

Claro, C., et al. 2011. Adverse events at the intensive care unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. *Rev Esc Enferm USP*. 45, 2011, pp. 167-72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21445504/>

Cullen, J., et al. 1974. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit. Care Med.* 2(2), 1974, pp. 57-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4832281/>

Echevarria-Guanilo, M., et al. 2019. Assessment of health-related quality of life in the first year after burn. *Esc Anna Nery.* 20(1), 2019, pp. 155-66. https://www.researchgate.net/publication/298210888_Avaliacao_da_qualidade_de_vida_relacionada_a_saude_no_primeiro_ano_apos_a_queimadura

Fasoi, G., et al. 2020. Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units Using the Nursing Activities Score Scale. *Int J Environ Res Public Health.* 18(1), 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33374244/>

Gerasimou-Angelidi, S., et al. 2014. Nursing Activities Score as a predictor of family satisfaction in an adult intensive care unit in Greece. *J. Nurs. Manag.* 22, 2014, pp. 151-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23859120/>

Hoogendoorn, M., et al. 2019. Workload scoring systems in the Intensive Care and their ability to quantify the need for nursing time: a systematic literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 101, 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31670169/>

Jahan, N., et al. 2016. How to Conduct a Systematic Review: A Narrative Literature Review. *Cureus.* 4, 2016, 8(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27924252/>

Kirby, E. e Hurst, K. 2014. Using a complex audit tool to measure workload, staffing and quality in district nursing. *Br J Community Nurs.* 19(5), 2014, pp. 219-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24784556/>

Kirchhof, A., et al. 2011. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. *Colomb Med.* 42, 2011, pp. 113-9. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-600205>

Kohn, L., Corrigan, J. e Donaldson, M. 2000. *To Err is Human.* Washington : Institute of Medicine/National Academy Press, 2000. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

Kollia, T., et al. 2016. Benchmarking indicators nursing workload in Intensive Care Units. *Health Res. J.* 2, 2016, pp. 277-90. <https://doi.org/10.12681/healthresj.19860>

Lachance, J., et al. 2015. The use of the nursing activities score in clinical settings: An integrative review. *Rev. Esc. Enfermagem USP.* 49, 2015, pp. 147-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26761705/>

Laurell, A. e Noriega, M. 1989. *Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo : Hucitec, 1989. pp. 109-18. <http://www.worldcat.org/oclc/23698320>

Magalhães, A., Dall'Agnol, C. e Marck, P. 2013. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 21, 2013, pp. 146-54.

Magalhães, A., Riboldi, C. e Agnol, C. 2009. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm.* 62(4), 2009, pp. 608-12.

Margadant, C., et al. 2021. Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *Int J Nurs Stud.* 113, 2021.

Michali, O., et al. 2019. The correlation between nursing workload and bloodstream infection from central venous catheter in ICU. *Health Res. J.* 2, 2019, pp. 63-77. <https://doi.org/10.12681/healthresj.19641>

Miranda, D., et al. 2003. Nursing activities score. *Crit. Care Med.* 31(2), 2003, pp. 374-82.

Miranda, D., et al. 2003. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing Activities Score. *Crit Care Med.* 31(2), 2003, pp. 374-82.

Miranda, D., et al. 2003. Working Group Therapeutic Intervention Scoring System - Nursing activities score. *Crit. Care Med.* 31, 2003, pp. 374-82.

Moher, D., Shamseer, L. e Clarke, M. 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols. *Syst Rev.* . 4, 2015, 1.

Nasirizad Moghadam, K., et al. 2021. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? *Nurs Open.* 8, 2021, 4, pp. 1625-33.

Nogueira, L., Ferretti-Rebustini, R. e Poveda, V. 2015. Nursing workload: is it a predictor of healthcare associated infection in intensive care unit? *Rev Esc Enferm USP.* 49, 2015, pp. 36-42.

Nogueira, T., et al. 2017. Effect of nursing care hours on the outcomes of intensive care assistance. *PLoS One.* 12, 2017.

Oliveira, A., Garcia, P. e Nogueira, L. 2016. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 50(4), 2016, pp. 683-694. .

Padilha, K., et al. 2017. Nursing workload, stress/burnout, satisfaction and incidents in a trauma intensive care units. *Rev Esc Enferm USP.* 26(3), 2017.

PRISMA. 2021. PRISMA - Transparente reporting of systematic reviews and meta-analyzes. [Online] 2021. <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>.

Rhodes, A. e Moreno, R. 2012. Intensive care provision: a global problem. *Rev Bras Ter Intensiva.* 24, 2012, pp. 322-5.

Salehi, A., Javanbakht, M. e Ezzatababdi, M. 2014. Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses. *Holist Nurs Pract.* 28(5), 2014, pp. 323-8.

Schubert, M., et al. 2012. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care.* 24, 2012, pp. 230-8.

Stoufis, N. 2015. Connection of nursing workload with severity and patient outcome in the ICU. *Vima Asklipiou.* 10, 2015, pp. 311-22.

Trettene, A., et al. 2017. Trettene AS, Fontes CMB, Razera APR, Prado PC, Bom GC, Kostrisch LMV. Sizing of personnel to promote self-care in a Pediatric Semi-Intensive Unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 29(2), 2017, pp. 171-9.

Tubbs-Cooley, H., et al. 2019. Association of Nurse Workload With Missed Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *JAMA Pediatr.* 173(1), 2019, pp.):44-51.

Urden, L. e Roode , J. 1997. Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *J. Nurs. Adm.* 27(9), 1997, pp. 34-41.

World Health Organization. 2009. *Mais do que palavras: marco conceitual da classificação internacional para segurança do paciente. Versão 1.1. Relatório Técnico Final.* Genebra : World Health Organization, 2009.