

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica (Pessoa em Situação Crítica)

**SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM O  
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**CUSTOMER SATISFACTION IN CRITICAL SITUATION WITH  
NURSING CARE**

Por

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, 2021

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica (Pessoa em Situação Crítica)

**SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM O  
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**CUSTOMER SATISFACTION IN CRITICAL SITUATION WITH  
NURSING CARE**

Por

Susana Cristina da Silva Andrez

Sob a orientação da

Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2021

Para o meu Pai que me guia mesmo sem estar aqui!

With one kind gesture you can change a life.  
One person at a time you can change the world.  
One day at a time we can change everything.

Steve Maraboli

## **Agradecimentos**

Chegada a esta etapa de uma longa caminhada importa-me expressar a minha gratidão a todas as pessoas que me acompanharam no meu crescimento pessoal e profissional.

À Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa pela exímia orientação, aprendizagem e reforço moral. Da mesma maneira como demonstrou incondicionalmente disponibilidade e transigência ao longo deste percurso!

À Senhora Professora Doutora Rita Marques pelas ilustres diretrizes!

Aos Senhores Enfermeiros tutores de estágio pela generosidade na partilha de sapiência que me acompanharam neste trilhar!

Às equipas que gentilmente me acolheram durante os estágios e, de forma benevolente, cooperaram na minha jornada!

Aos meus colegas de trabalho pela colossal ajuda, incentivo e compreensão, especialmente à Carla Vasques, à Vanessa Nascimento, ao Miguel Veríssimo, à Inês Gonçalves e à Cristina Martins!

Aos meus colegas da especialidade, em especial ao “Quinteto Cirúrgico”, pelo companheirismo e pela amizade, especialmente à Marlene Gonçalves pelas viagens que fizemos a estudar!

À minha família pelo carinho e incentivo!

Ao António Ricardo pelo Amor Compreensivo!

Aos meus filhos Joaquina e Ricardinho pelo Amor Incondicional!

À minha Mãe, a Mulher que me inspira, motiva e me transmite perseverança e resiliência!

A todos...

... A gratidão é o único tesouro dos humildes! (William Shakespeare)

## RESUMO

Ao frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica constatei que se revelou numa ferramenta substancial para a obtenção de níveis elevados de pensamento crítico e tomada de decisão, mediante o incremento de competências específicas que visam melhorar o cuidado especializado de Enfermagem prestados à pessoa em condição crítica e à sua família. Para a promoção deste *know-how*, tornaram-se elementares os estágios em duas distintas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes e em um Serviço de Urgência.

A tónica do presente relatório é “A Satisfação do Cliente em Situação Crítica com o Cuidado de Enfermagem”, a qual é traduzida por uma procura do Estado da Arte. Nesta esfera, espelha-se que o assunto “Satisfação do Cliente” remete precisamente para os Padrões de Qualidade dos Cuidados propostos pela Ordem dos Enfermeiros como uma das pedras basilares onde assenta a conduta do cuidado especializado de Enfermagem. E, igualmente, esta temática será esclarecida transversalmente pela teoria de Katharine Kolcaba, que implica a Teoria do Conforto e, por outro lado, pela teoria de Afaf Meleis, que se traduz pela Teoria das Transições.

Assim, decorrente da minha prática clínica ao longo do meu percurso académico foi possível compreender que os Enfermeiros em contexto de Cuidados Intensivos e de Serviço de Urgência prestam cuidado especializado de qualidade com o cliente em situação crítica. No entanto, os aspetos documentados não dão visibilidade a este processo, o que leva a que se questione a sua tomada de consciência e intencionalidade. Face ao problema que identifiquei, emergiu como objeto de estudo “Os Fatores que Influenciam a Satisfação do Cliente em situação crítica com o Cuidado de Enfermagem”, tendo sido concretizada uma investigação desenvolvida mediante uma Revisão *Scoping* da Literatura.

Perante o exposto, a elaboração deste relatório teve como finalidade aglutinar as experiências de aprendizagem que ocorreram em contexto de estágio com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica no que concerne ao objeto de satisfação do cliente crítico com o cuidado especializado de Enfermagem.

Foram desenvolvidas diferentes atividades em cada prática clínica no sentido de concretizar o objeto de estudo destacando-se: a elaboração de um guia de integração de novos elementos de Enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos (como facilitador da otimização do cuidado especializado de Enfermagem); a estruturação de um guia de cuidados ao cliente traqueostomizado (como facilitador da comunicação no cuidado especializado de Enfermagem); e a divulgação dos resultados da Revisão *Scoping* da Literatura (acerca do tema em investigação) através de uma formação em contexto de trabalho.

Neste propósito, admite-se que os objetivos definidos foram atingidos e contribuíram para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Palavras-chave:** Satisfação do Cliente; Cuidados Críticos; Enfermagem; Enfermeiro Especialista;

## **ABSTRACT**

When attending the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in People in Critical Situation, I found that it proved to be a substantial tool for obtaining high levels of critical thinking and decision making, through the increase of specific skills that aim to improve the specialized Nursing care provided to the person in critical condition and to their family. For the promotion of this know-how, internships in two different Multipurpose Intensive Care Units and an Emergency Service have become elementary.

The focus of this report is “Customer Satisfaction in a Critical Situation with Nursing Care”, which is translated by a search for the State of the Art. In this sphere, it is mirrored that the subject “Customer Satisfaction” refers precisely to the Quality Standards proposed by the Order of Nurses as one of the cornerstones on which the conduct of specialized nursing care is based. And, equally, this theme will be clarified transversely by the theory of Katharine Kolcaba, which implies the Theory of Comfort and, on the other hand, by the theory of Afaf Meleis, which is translated by the Theory of Transitions.

Thus, as a result of my clinical practice throughout my academic career, it was possible to understand that Nurses in the context of Intensive Care and Emergency Service provide quality specialized care to the client in a critical situation. However, the documented aspects do not give visibility to this process, which leads to questions about their awareness and intentionality. In view of the problem I identified, it emerged as an object of study “The Factors that Influence Customer Satisfaction in a Critical Situation with Nursing Care”, having carried out an investigation developed through a Scoping Review of Literature.

In view of the above, the preparation of this report had the purpose of bringing together the learning experiences that took place in the context of an internship with a view, through reflection, to the accommodation of knowledge inherent to the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing with regard to the object of satisfaction of the patient. critical client with specialized nursing care.

Different activities were developed in each clinical practice in order to concretize the object of study, highlighting: the elaboration of a guide for the integration of new elements of Nursing

in an Intensive Care Unit (as a facilitator of the optimization of specialized Nursing care); the structuring of a guide for the care of tracheostomized clients (as a facilitator of communication in specialized nursing care); and the dissemination of the results of the Scoping Review of Literature (on the topic under investigation) through training in the workplace.

In this regard, it is admitted that the defined objectives were achieved and contributed to the development of the skills of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

**Keywords:** Customer satisfaction; Critical Care; Nursing; Specialist Nurse;

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CI – Cuidados Intensivos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CO – Comissão de Organização

ED – Enunciados Descritivos

EE – Enfermeiro Especialista

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TC – Teoria do Conforto

TT – Teoria das Transições

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO</b> .....	16
1.1. SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO DE SCOPING DA LITERATURA .....	31
<b>2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO CLÍNICO</b> .....	41
2.1. PRÁTICA CLÍNICA I – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	42
2.2. PRÁTICA CLÍNICA II – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA .....	49
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>4. BIBLIOGRAFIA</b> .....	60
<b>5. ANEXOS E APÊNDICES</b>	
ANEXO 1 – Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros	
ANEXO 2 - Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba	
ANEXO 3 – Estrutura taxonómica da Teoria das Transições de Afaf Meleis	
ANEXO 4 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
ANEXO 5 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa em Situação Crítica	
APÊNDICE 1 – Projeto da Prática Clínica - Vigilância e Decisão Clínica	
APÊNDICE 2 – Reflexão Crítica da Prática Clínica - Vigilância e Decisão Clínica	

APÊNDICE 3 - Guia de Integração de Novos Elementos de Enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE 4 – Projeto da Prática Clínica I - Estágio Final em Contexto de Cuidados Intensivos

APÊNDICE 5 – Apresentação do Projeto de Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos

APÊNDICE 6 – Reflexão Crítica da Prática Clínica I - Estágio Final em Contexto de Cuidados Intensivos

APÊNDICE 7 - Guia de Cuidados à Pessoa com Traqueostomia

APÊNDICE 8 – Projeto da Prática Clínica II - Estágio Final em Contexto de Serviço de Urgência

APÊNDICE 9 – Apresentação do Projeto de Estágio em Contexto Serviço de Urgência

APÊNDICE 10 – 1ª Reflexão Crítica da Prática Clínica II - Estágio Final em Contexto de Serviço de Urgência

APÊNDICE 11 - Reflexão Crítica Final da Prática Clínica II - Estágio Final em Contexto de Serviço de Urgência

APÊNDICE 12 - Proposta formal de autorização para a realização de Sessão de Formação em Serviço

APÊNDICE 13 – Plano da Sessão de Formação em Serviço

APÊNDICE 14 – *Powerpoint* da Sessão de Formação em Serviço: “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem”

APÊNDICE 15 - Fichas de Avaliação da Sessão de formação em Serviço

APÊNDICE 16 – Certificado de Participação na Sessão de Formação em Serviço

APÊNDICE 17 – Registo de Presenças na Sessão de Formação em Serviço

APÊNDICE 18 – Submissão e Publicação do Póster “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem” publicado no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO”

APÊNDICE 19 – Póster “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem” publicado no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO”

APÊNDICE 20 - Programa do Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO”

APÊNDICE 21 - Certificado de participação no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO” e respectiva Certificação de Publicação do Póster “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem”

APÊNDICE 22 – Certificado de submissão a publicação do artigo da Revisão de *Scoping* da Literatura “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem”

APÊNDICE 23 – Carta de Apresentação à submissão a publicação do artigo da Revisão de *Scoping* da Literatura “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem”

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos .....	18
Figura 2 – Síntese dos principais resultados dos estudos .....	23

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Síntese dos artigos incluídos na Revisão <i>Scoping</i> da Literatura .....	18
--	----





## INTRODUÇÃO

*"Fazei o bem irmãos"*

S. João de Deus

O presente relatório tuta o caminho percorrido ao longo do ensino clínico frequentado no 13º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem na área Médico-Cirúrgica, na vertente de intervenção à Pessoa em Situação Crítica (PSC) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Representativo, portanto, da aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relacionais e humanas que permitiram prestar um cuidado de Enfermagem especializado à PSC e à sua família.

Ao Enfermeiro Especialista (EE) é outorgado um título profissional que lhe legitima competência científica, técnica e humana para prestar um cuidado de Enfermagem especializado na área da sua especialidade, conforme o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).<sup>1</sup> O que implica que, em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (OE), este detenha uma agregação de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe admite ponderar as necessidades de saúde do cliente e atuar nos diferentes contextos da vida humana.<sup>2</sup> A OE distingue, deste modo, as competências do Enfermeiro Generalista e Especialista, defendendo que o desempenho do EE deve espelhar uma prestação de cuidados de nível avançado, devendo para tal ser desenvolvida uma capacidade reflexiva, que conduza ao cuidado de excelência.<sup>2</sup>

Face ao exposto, o vigente relatório tem como alicerce fundamental o Modelo de Aprendizagem Reflexiva de modo a contribuir para o desenvolvimento da prática reflexiva.<sup>3</sup> Em acordo com Pereira-Mendes, aludindo Benner, a reflexão viabiliza que o Enfermeiro clínico identifique as preocupações que organizam a história; que admita as conceções do que é correto que estão presentes na história; que reconheça as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleça novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico.<sup>3</sup> Esse caminho foi sustentado na Metodologia de Projeto, durante o qual se indagou pela resposta a uma problemática identificada pela práxis, como destaca Ferrito.<sup>4</sup>

Em concordância com Gonçalves, citado por Janeiro, o projeto desenvolve-se a partir da identificação de necessidades, propondo objetivos, planejando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado.<sup>5</sup> A sistematização do presente projeto envolveu, portanto, as seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planejamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados, como defende Janeiro, quando cita Nunes.<sup>5</sup>

Com o presente relatório procurou-se dar resposta a um objetivo delineado no início de todo este percurso: conhecer o estado da arte relativo aos fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem. Para refutar esse objetivo foi realizada uma Revisão *Scoping* da Literatura com base no modelo conceptual do Joanna Briggs Institute.<sup>6</sup>

Tendo presente a evolução da profissão de Enfermagem e, paralelamente, o desenvolvimento das políticas de qualidade em saúde, faz sentido que o Enfermeiro compreenda como o seu cuidado pode ser impactante na jubilação do seu cliente. O que vai ao encontro do que defende Abrantes quando afirma que “os profissionais que lidam diretamente com os clientes devem reconhecer que o desempenho das suas funções se reflete na qualidade percebida de quem recebe os serviços prestados”.<sup>7</sup>

A qualidade dos cuidados de Enfermagem tem sido uma inquietação constante ao longo dos tempos. Porém, essa preocupação tem-se vindo a ampliar aquando do aumento de consciencialização do principal ator que recebe esse cuidado - o cliente, havendo evidência que a satisfação do cliente face aos cuidados que lhe são prestados constitui um importante indicador de qualidade, como defende Lopes.<sup>8</sup> O mesmo autor acrescenta que a qualidade e a satisfação não podem ser fragmentadas, sobretudo quando se fala em cuidados de saúde.<sup>8</sup>

Face ao exposto, constata-se a importância que deve ser atribuída ao reconhecimento dos fatores que substanciam a satisfação do cliente em contexto crítico com o cuidado de Enfermagem com destino à prestação de cuidados de excelência, pois permite-nos identificar determinadas condutas que poderão ser aperfeiçoadas. Em contrapartida, a pertinência deste estudo justifica-se pela razão de que nem sempre se percebe a satisfação com o cuidado de Enfermagem por parte do cliente em situação crítica. Por conseguinte, o tema “Satisfação do Cliente” remete precisamente para os Enunciados Descritivos (ED) dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) propostos pela OE. Sendo, portanto, esse um dos fundamentos teóricos que norteou a qualidade do cuidado de Enfermagem prestado

ao cliente em situação crítica nos diferentes contextos de estágios por convergir com a indagação constante da excelência profissional diligenciando os mais elevados níveis de satisfação do cliente.<sup>9</sup>

E, de forma idêntica, este relatório foi fiel às referências conceituais das teóricas Katherine Kolcaba e Afaf Meleis, concebendo a “Satisfação do Cliente” numa condição confortável e, simultaneamente, transitória entre doença-saúde e situacional. Por conseguinte, alicerçou-se o “Cuidado de Enfermagem” à Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba por ser a mais instigadora a definir *tools* de intervenção de Enfermagem atingíveis, dentro dos diferentes arbítrios que explicam o conforto. Em contrapartida, fundamentou-se o “Cliente em Situação Crítica” admitindo este numa metamorfose a que Afaf Meleis classificou de transição, reconhecendo-a como uma inquietude central para a Enfermagem, confirmando-se uma passagem de um estado bastante estável para outro estado relativamente estável, sendo um processo desencadeado por uma mudança, certificam Portela e Ribeiro.<sup>10,11</sup>

A literatura internacional de Enfermagem parece revelar algum investimento neste domínio da “Satisfação do Cliente”, contudo em contexto crítico observa-se que, apesar de o Enfermeiro aparentar assumir um nível de cuidado adequado, a visibilidade que lhe dá é diminuta, o que pode revelar a real necessidade de implementar a investigação nesta área. Assim sendo, o problema identificado e que esteve na origem deste processo de aprendizagem, emergiu da minha prática clínica. Numa perspetiva pessoal surgiram-me frequentemente questões e ambivalências relacionadas com a satisfação do cliente com o meu cuidado enquanto Enfermeira, as quais me têm levado a ter um particular interesse, em investir e aprofundar conhecimentos nesta área, menos explorada no âmbito da Enfermagem em cuidados críticos.

Posto isto, a elaboração deste relatório enforma a aglutinação das experiências de aprendizagem que ocorreram em contexto clínico com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na PSC e no que concerne ao paradigma satisfação do cliente relacionado com os cuidados críticos de Enfermagem.

Para concretizar o relatório, começa-se por apresentar o enquadramento teórico e conceptual que suportou teoricamente as atividades desenvolvidas em estágio e que, são descritas e exploradas posteriormente. O relatório culmina com a análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas em contexto clínico intrínsecas aos objetivos

definidos, por forma a garantir a crescente qualidade dos cuidados de Enfermagem por mim prestados. Em último, surge a conclusão onde se espelha como, porquê e em que aspetos o caminho que percorri foi pertinente e basilar para o desenvolvimento das competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas solicitadas ao EE. Assim, o argumento diagonal a toda a jornada da prática clínica, associa-se às intervenções do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na promoção da satisfação do cliente em situação crítica pautada ao cuidado de Enfermagem.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

*“The secret of quality is love”*

Avedis Donabedian

Como assinala Portela, a investigação é uma área de intervenção da Enfermagem, profetizado pelo REPE, em que o Enfermeiro concebe, realiza, promove e participa em projetos que objetivem o *upgrade* da profissão.<sup>10</sup> O mesmo autor, ao citar Fortin, acrescenta que para a investigação a teoria concede orientação, uma conceção do modo de abordar um dilema de investigação.<sup>10</sup> Considerando este autor, a investigação é como uma série de condutas intelectuais que indagam o desenvolvimento de conhecimentos e que se fundamenta numa teoria para descrever, explicar e predizer ou conferir os fenómenos ou relações entre conceitos.<sup>10</sup>

Fundamentando Ribeiro, as teorias promovem estrutura e organização ao conhecimento de Enfermagem, concedem ao Enfermeiro uma perspetiva da situação do cliente oferecendo, simultaneamente, uma forma de colheita de dados.<sup>11</sup> Portanto, o mesmo autor defende que as teorias consentem que o Enfermeiro se concentre em informações essenciais, eliminando informações irrelevantes.<sup>11</sup> Apesar de ser facilitadora da interpretação das informações, uma conceção teórica permite que o Enfermeiro planeie e implemente o cuidado de Enfermagem sistemática e intencionalmente, como acrescenta o mesmo.<sup>11</sup> Não obstante, concorda-se com Ribeiro quando afirma que, numa perspetiva histórica, foi a partir de Florence Nightingale que se manifestou a preocupação da Enfermagem com as questões teóricas.<sup>11</sup> A literatura de Enfermagem sugere que é creditado a Nightingale o título de primeira teórica moderna da Enfermagem, como afirma o mesmo autor.<sup>11</sup> Polizer e D’Innocenzo defendem que Nightingale foi vanguardista no processo de avaliação dos cuidados de Enfermagem, mediante a iniciativa de separar os recetores de cuidados por tipo de lesões durante a Guerra de Crimeia promovendo a colheita de dados de mortalidade e morbidade hospitalar.<sup>12</sup>

De acordo com Rodgers, mencionado por Apóstolo, consideram-se os conceitos como dinâmicos e sujeitos, ininterruptamente, à transformação sendo a sua evolução cíclica, progressiva e influenciada pela significação, uso e aplicação.<sup>13</sup> À vista do que defende

Apóstolo, submete-se em seguida o esclarecimento de cada um dos conceitos elegidos para justificar a problemática do presente relatório na perspetiva das teorias que se elegeram como matriz conceptual.

À luz dos **Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** da OE fundamenta-se a **Satisfação do Cliente**.

Historicamente, de acordo com Almeida e outros, citados por Castro, a investigação da qualidade alude à época romana num cenário de hospital militar.<sup>14</sup> Porém Gomes, citado por Castro, refere que o *boom* no estudo da qualidade emerge no século XIX com o progresso da indústria, sendo somente após a primeira grande guerra transversal a todas as áreas humanas.<sup>14</sup> O que vai de encontro a Abrantes quando identifica que a noção de qualidade evoluiu ao longo dos tempos a partir da Revolução Industrial.<sup>7</sup>

Nos anos 30, Shewhart, citado por Castro, foi o primeiro pesquisador que desenvolveu uma estrutura teórica relacionada com a gestão da qualidade, transversalmente pelo ciclo de melhoria contínua *plan-do-check-act* (PDCA), posteriormente designado ciclo de Deming.<sup>14</sup> Este método que permite a uniformização da prática, hoje em dia tem aplicabilidade justamente nos cuidados de Enfermagem, como identifica Freitas.<sup>15</sup> Todavia, Donabedian, citado por Castro, é identificado como o mais relevante pesquisador no âmbito da qualidade em saúde, desenvolvendo o modelo de apreciação da qualidade na tríade estrutura, processo e resultados.<sup>14</sup> É em meados dos anos 80 do séc. XX que Donabedian evidencia a importância do relacionamento interpessoal entre o técnico de saúde e o recetor, evidenciando que o arbítrio do cliente admite a extração de informações diversas, acerca do cuidado prestado pelo profissional de saúde, tal como a expectativa inicial do cliente, conforme identifica Castro.<sup>14</sup> Nos anos que se seguiram houve, como clarifica o mesmo autor, uma mudança de paradigma acerca da temática qualidade em saúde, destacando a relevância da satisfação do cliente.<sup>14</sup>

Hollanda e outros enfatizam a pertinência de substancializar que quanto mais reduzida for a expectativa em relação ao cuidado de saúde prestado resultará numa superior satisfação do cliente, como menciona Castro.<sup>14</sup> Contrariamente, um elevado grau de requisito pode permitir uma inferior satisfação com os cuidados, de acordo com o mesmo.<sup>14</sup>

Em Portugal, de acordo com Castro, o momento decisivo na temática da qualidade em saúde manifesta-se similarmente nos anos 80 com o desenvolvimento de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de cuidados de saúde.<sup>14</sup> Mais tarde, na década de 90, pelo

Ministério da Saúde é desenvolvido o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade na Saúde, segundo aponta Castro.<sup>14</sup> Já no século XXI, a Direção Geral de Saúde estabelece o Departamento da Qualidade na Saúde, acrescenta o mesmo autor.<sup>14</sup>

Nas últimas décadas vários estudos sobre a satisfação do cliente com os cuidados de saúde foram desenvolvidos inerentes à evolução dos contextos de saúde. No entanto, também relacionados com a mudança de perspectiva que o cliente apresenta com esses mesmos cuidados de saúde, uma vez que este tem, em harmonia com Castro, discernimento de maior conforto, bem-estar e qualidade de vida.<sup>14</sup> Ao longo dos anos vários estudos sobre esta temática foram realizados, sendo alguns desses estudos relacionados concretamente com a área da saúde. No entanto, Júnior e outros defendem que no âmbito da Enfermagem foram desenvolvidos escassos estudos sobre a temática satisfação do cliente e que, portanto, se confirmam insuficientes na pessoa em situação crítica.<sup>16</sup>

O fundamento teórico que norteou a qualidade do cuidado de Enfermagem prestado ao cliente em situação crítica nos diferentes contextos de estágios foram os ED dos PQCE da OE.<sup>9</sup> Os atores desses cuidados de Enfermagem, podem ser considerados os que os prestam e os que os recebem. Ao que recebe o cuidado de Enfermagem, adapta-se no presente relatório o conceito cliente, termo identificado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que se define por ser o sujeito ao qual um diagnóstico se refere e por ser o recetor de uma intervenção.<sup>17</sup> Polizer ainda complementa esta definição ao afirmar que o termo cliente define-se por ser o que recebe o serviço e, portanto, a sua satisfação tornou-se fator de sucesso.<sup>12</sup>

Visto à lupa, o termo qualidade vem do latim *qualitate* e na procura da sua definição constata-se ser a categoria esperada de qualquer coisa, sendo um conceito subjetivo que se relaciona com as perceções, necessidades e resultados em cada cliente.<sup>18</sup> Identifica-se pelo mesmo autor que a qualidade de um produto ou serviço pode ser olhada de duas perspectivas: a do produtor e a do cliente.<sup>18</sup> Na perspectiva do produtor, a qualidade relaciona-se com a conceção e produção de um produto diante das necessidades do cliente.<sup>18</sup> Do ponto de vista do cliente, a qualidade relaciona-se com o valor e a utilidade reconhecidas ao produto.<sup>18</sup> Desta forma, na visão do cliente, a qualidade é um conceito multidimensional, sendo por isso mais difícil de definir, como defende o mesmo autor.<sup>18</sup> De tal maneira, que pode ser difícil até para o cliente exprimir o que considera um produto de qualidade.<sup>18</sup>

Donabedian, aludido por Portela, aclara que o conceito de qualidade é interpolado através de sete pilares que regem a qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Elegem-se em seguida a descrição dos três primeiros.<sup>19</sup>

Portela identifica eficácia de um cuidado de saúde como o privilégio gerado pela sua aplicação.<sup>19</sup> De acordo com Ramos, a eficácia dos cuidados de saúde condiz com as estratégias de provocar resultados positivos no cliente.<sup>20</sup> Essas estratégias passam por um conjunto de ações que o Enfermeiro pode realizar para aprovisionar ao cliente melhorias na sua saúde e qualidade de vida.<sup>20</sup> Em conformidade com Ramos defende-se que a eficácia será uma série de princípios para a otimização do tratamento do cliente, como as melhores estruturas físicas, os melhores equipamentos, os melhores serviços e as melhores reações do cliente.<sup>20</sup> Consoante o defendido por Portela, distingue-se efetividade ao explicar que se trata do *upgrade* analisado no estado de saúde do cliente inerente aos cuidados de saúde.<sup>19</sup> E, portanto, está correlacionada com os resultados das ações, como confirma Ramos.<sup>20</sup> Analogamente, Portela adita que o termo eficiência é uma dimensão que contesta os recursos utilizados e os resultados obtidos com o cuidado de saúde.<sup>19</sup> Ramos acrescenta que é promover o supremo recurso terapêutico ao cliente acionando a menor quantidade de recursos possível.<sup>20</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como uma condição completa de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença, como menciona Abrantes.<sup>7</sup> Nesse pensamento, Donabedian, segundo o mesmo autor, define qualidade dos cuidados de saúde como um padrão que inclui o bem-estar do cliente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas de um processo de cuidados.<sup>7</sup>

Em harmonia com Ribeiro, a qualidade nos cuidados de saúde fundamenta-se por razões de ordem social, em que subsiste cada vez maior exigência e expectativa por parte do cliente; de ordem ética, pela imposição ao nível de formação e conhecimentos; de ordem profissional, com o desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos Enfermeiros; e, de ordem económica, através da racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações.<sup>21</sup> Assim, cuidado de saúde de qualidade é entendido por André e outros, aludido por Ribeiro, como o que potencia a satisfação do cliente em todas as etapas do processo do cuidar.<sup>21</sup> Neste âmbito, o mesmo autor defende que a satisfação do cliente atua como um indicativo da qualidade, visto que representa a sua

visão como utilizador, não só acerca das características do processo de que foi alvo, mas também da analogia dos resultados com as suas expectativas.<sup>21</sup> É completa referindo que o ponto de vista do cliente é considerado indispensável, pela monitorização da qualidade dos serviços de saúde, mas também para reconhecer questões a corrigir e expectativas em relação aos cuidados.<sup>21</sup>

Ribeiro fomenta a importância da relação que deve coexistir entre o cuidado que o Enfermeiro presta e as necessidades/expectativas do cliente, com o objetivo de constituir um repto auspicioso à avaliação da satisfação do último, exercendo esta conexão um fidedigno indicador da qualidade.<sup>21</sup>

É este indicador de qualidade que é reconhecido pela OE, e referenciado por Ribeiro, entendendo-se como uma das estirpes dos ED dos Padrões de Qualidade nos cuidados e produtividade de Enfermagem, quando refere que na busca constante da excelência profissional, o Enfermeiro diligencia os mais elevados níveis de satisfação do cliente, onde considera como componentes relevantes nesta sequência: consideração pelas capacidades, crenças, valores e desejos de essência individual, indagação constante de empatia na interação com o cliente, determinação de associações com o cliente no planeamento de cuidados, envolvimento das pessoas significativas do cliente no processo de cuidados e a dedicação do Enfermeiro, atendendo a minimizar o impacto negativo no cliente, incitado pela alteração de ambiente submetida pela imposição do processo de assistência de saúde.<sup>9,21</sup> (ANEXO 1) O mesmo autor formula que se profetiza como auspicioso que o Enfermeiro reclame o papel de *pivot* no contexto da equipa, como elemento dinamizador na gestão e qualidade de cuidados de saúde.<sup>21</sup>

Dissecando o termo “satisfação”, Oliver foi um dos autores percursores na definição e abordagem da satisfação, como menciona Abrantes.<sup>7</sup> Na perspetiva deste autor, a satisfação do cliente com o cuidado recebido relaciona-se com a comparação entre as expectativas e as perceções efetivas desse mesmo cuidado.<sup>7</sup> O mesmo autor adianta que a satisfação é a essência responsável pela alteração da atitude do cliente, permitindo que este ao se permitir a um determinado cuidado apresente uma ideia prévia daquilo que será a qualidade da sua prestação, confirmando que existe uma expectativa em relação ao mesmo.<sup>7</sup> Ainda em consideração por Oliver, referenciado por Abrantes, este defende que as emoções positivas/negativas estão diretamente relacionadas com a satisfação do cliente, declarando que as emoções medeiam a satisfação.<sup>7</sup>

Subscrevendo Abrantes ao citar Riley, no que diz respeito à qualidade no cuidado de Enfermagem, a arte do cuidar é intrínseca à manutenção da vida e deverá caracterizar a relação estabelecida entre o Enfermeiro e o cliente, pelo que este pensamento fundamenta a relevância das funções do Enfermeiro na qualidade do cuidado prestado.<sup>7</sup> Ainda nesta perspectiva de Riley, Abrantes esclarece que o Enfermeiro pode aproveitar o seu próprio *know-how* para uma abordagem qualitativa e descritiva dos comportamentos implícitos no cuidar, que se caracteriza pela relação de confiança baseada em “estar com” e não “fazer pelo” cliente, na compreensão do significado da experiência para este.<sup>7</sup>

Para Lopes, ao referir Gomes, subsistem vários fatores que influenciam as expectativas, quer antes quer durante o processo de cuidar.<sup>8</sup> Antes do cuidado, identificam-se fatores como idade, género, nível educacional, experiências anteriores e a perceção da sua situação atual.<sup>8</sup> Durante a prestação de cuidados, o cliente tem expectativas que podem estar relacionadas com o ambiente físico, comunicação e informação, participação e envolvimento, relações interpessoais com o Enfermeiro, as competências técnicas e a influência da organização de saúde, tanto no cliente como no profissional.<sup>8</sup>

Lopes, ao citar Franco, defende que é delicado definir o conceito de satisfação sendo possível elencar diferentes definições.<sup>8</sup> Em concordância com Graça, referida por Lopes, satisfação é o que o cliente compreende ou sente daquilo que recebe e classifica se era o que esperava.<sup>8</sup> O mesmo autor considera ser uma atitude que pode ser proferida e medida através de opiniões e perceções.<sup>8</sup> Concordando com Castro, em analogia com o vocábulo de qualidade, igualmente o conceito satisfação do cliente é suscetível de ser ponderado como estando longe de ter apenas uma definição, classificando-o como muito complexo, subjetivo e inacabado.<sup>14</sup> Contudo, compreende-se que a essência de satisfação do cliente está muito próxima da definição de Carr-Hill, mencionado por Castro, quando reconheceu que a satisfação humana é um termo hermético que se associa a vários elementos como o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade.<sup>14</sup> Subscreve-se Donabedian, apontado por Castro, quando expressa que a satisfação do cliente em saúde pode ser entendida como uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser proferido e mensurado mediante uma opinião.<sup>14</sup> Polizer remata esta definição acrescentando que é a sensação de prazer ou deceção pela comparação do desempenho expectável em relação às expectativas do cliente.<sup>12</sup>

Nos moldes da **Teoria do Conforto** (TC) de Katherine Kolcaba alicerça-se o **Cuidado de Enfermagem**. A opção por esta teoria está relacionada pela razão de ser a mais inspiradora a definir estratégias de intervenção de Enfermagem acessíveis, dentro das várias investigadoras que explicam o conforto.

Inerente à prática profissional, concorda-se totalmente com a afirmação de Apóstolo quando refere que o conforto é, quotidianamente, aplicado nas diferentes conjunturas da prática de Enfermagem e faz parte da linguagem habitual do Enfermeiro que frequentemente utiliza expressões do género “prestados cuidados de higiene e conforto”; “o cliente está confortável”, “foi confortado” ou “está confortavelmente instalado”.<sup>13</sup>

Como refere Pontífice-Sousa, o conceito conforto é assente pela CIPE, como sendo um sentimento de tranquilidade física e bem-estar corporal.<sup>22</sup> Paralelamente, na categorização da *North American Nursing Diagnosis Association*, o conforto surge como diagnóstico de Enfermagem, assente num padrão de alívio, bem-estar e transcendência numa dimensão física, psicoespíritual e ambiental, de acordo com o citado por Pontífice-Sousa, referente a Doenças e outros.<sup>22</sup> Analogamente, na *Nursing Outcomes Classification*, o conforto manifesta-se como o produto das intervenções de Enfermagem para o diagnóstico alusivo à perturbação do campo energético, consoante o referido por Pontífice-Sousa.<sup>22</sup>

Pontífice-Sousa expõe que, numa perspetiva histórica, conforto é reconhecido como um dos elementos do cuidado de Enfermagem, passando pelos primórdios da Era Cristã aos apontamentos de Nightingale.<sup>22</sup> E, já nessa altura era evidente a preocupação pelo conforto físico, mas também ambiental e espiritual que se preconiza num estado confortável.

Como explica Apóstolo, o conceito conforto tem surgido com interpretações distintas que se atribuem com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade, mas também com a evolução tecnocientífica, sobretudo das ciências da saúde e da Enfermagem concretamente.<sup>13</sup> O mesmo autor concorda que o cuidado de Enfermagem esteve, desde os primórdios, ligada à noção de conforto.<sup>13</sup> E, vai mais longe quando dissecar a origem etimológica das palavras “conforto” e “Enfermeiro” e percebe que são conceções profundamente relacionadas.<sup>13</sup> Este investigador explica que a palavra Enfermeiro é composta pelo termo “enfermo” + sufixo “eiro”.<sup>13</sup> Enfermo tem como fonte o termo latino *infirmus* que expõe aquele que está fraco e, concomitantemente, conforto deriva do latim *confortare* que traduz fortalecer, revigorar.<sup>13</sup> Deste modo, Apóstolo defende que o promotor do conforto “daquele que está enfermo” é o Enfermeiro.<sup>13</sup> Esta relação, também é

identificada por Apóstolo na língua inglesa.<sup>13</sup> Segundo o mesmo autor, ao referir-se a Bottorff, *Nurse* tem uma origem etimológica distinta da expressão em português – Enfermeiro – uma vez que deriva do vocábulo latino *nutrire*, que significa nutrir.<sup>13</sup> De igual modo, aquele que nutre, que cuida, proporciona o fortalecimento da pessoa estimulando o seu conforto.<sup>13</sup>

De acordo com Pontífice-Sousa, quando cita Houaiss e outros, o conceito conforto traduz-se numa circunstância de consolo, ânimo, coragem, comodidade e, paralelamente, uma situação de se sentir confortado, experiência agradável, sensação de prazer, de bem-estar, de plenitude.<sup>22</sup> Todavia, Pontífice-Sousa acrescenta que ao conceito “conforto” interessa sublinhar a distinção entre o nome/adjetivo “conforto” e o verbo “confortar”.<sup>22</sup> Entendendo, a ação de “confortar” como auxílio, ajuda, consolação, auxílio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade ou conceder forças, fortalecer, fortificar, animar, alentar, consolar, renovar as forças, o vigor, o ânimo, tornar forte, como refere Machado e outros, citado por Pontífice-Sousa.<sup>22</sup> Concerne que este último termo é inerente do processo de cuidar de Enfermagem e, conseqüentemente, só se conclui quando o produto ocorre (percepção de conforto), como explica Pontífice-Sousa ao referenciar Apóstolo.<sup>22</sup> E Apóstolo acrescenta a referência de Kolcaba, em que de acordo com o *Oxford English Dictionary*, a origem da palavra *comfort* é igualmente o termo latino *confortare*, do qual o sinónimo é dar forças, dar alento de modo nobre ou grandioso.<sup>13</sup> Tem origem em *cum*, que expressa um conjunto, e de *fortis*, que indica forte.<sup>13</sup> Assim, conforto exprime forte em conjunto.<sup>13</sup>

Neste princípio, Kolcaba e Morse enfatizam que ação de Enfermagem é o ato de confortar e o conforto é o *outcome* desse feito, como cita Pontífice-Sousa.<sup>22</sup> Entre outras teorias, salienta-se, em harmonia com Pontífice-Sousa, o fundamental contributo nesta temática que Kolcaba prestou ao papel do Enfermeiro, quando desenvolveu a TC.<sup>22</sup> Petiprin concorda com Pontífice-Sousa classificando a TC de Kolcaba como uma teoria de médio alcance pelo reduzido número de conceitos e pouca abstração quando comparada com grandes teorias, tendo sido desenvolvida pela primeira vez na década de 1990.<sup>23</sup> De acordo com Cruz, como teoria de médio alcance implica que os conceitos sejam comuns a várias áreas da Enfermagem.<sup>24</sup> Cruz ao identificar essa teoria com a capacidade de situar o conforto na “vanguarda da saúde”, descreve que neste processo de cuidar o Enfermeiro reconhece as necessidades do cliente que não foram consideradas e executa um plano de cuidados de bálsamo com o intuito de fomentar o conforto.<sup>24</sup>

Na sua estrutura taxonómica são identificadas por Kolcaba, citado por Nogueira, três formas de conforto: **alívio** como o estado de ter uma necessidade específica de conforto satisfeita; **tranquilidade** afirmando-se ser uma condição de calma; **transcendência** considerada pela situação em que se pode superar o problema.<sup>25</sup> (ANEXO 2) Petiprin esclarece que o alívio do conforto comumente ocorre com o controle da dor através de medicação.<sup>23</sup> Quando a terapêutica é administrada, o cliente tem uma sensação de alívio da dor, sendo uma condição para que restabeleça o seu comum desempenho, como acrescenta Kolcaba mencionada por Pontífice-Sousa.<sup>22</sup> A tranquilidade de conforto, como acrescenta a mesma investigadora ao referir Kolcaba, é uma condição de “sossego ou satisfação” necessária para um “desempenho eficiente”.<sup>22</sup> E, portanto, de acordo com Petiprin, está mais orientada para o ambiente e para a condição psicológica do cliente.<sup>23</sup> A título de exemplo, como enumera o mesmo autor, após a ansiedade ser abordada e tratada, o cliente sente maior conforto.<sup>23</sup> Finalmente, transcendência do conforto, Petiprin acrescenta que ocorre quando um cliente está apto para ultrapassar os estímulos que surgem no cuidado e na recuperação.<sup>23</sup> E, de acordo com Apóstolo, é a condição na qual o cliente experimenta que tem proficiências para planear, controlar e solucionar os seus problemas.<sup>13</sup> Este tipo de conforto é também denominado de renovação, como confirma o mesmo autor.<sup>13</sup>

A teórica Kolcaba completa a explicação da sua doutrina ao reconhecer quatro contextos nos quais o conforto do cliente pode ocorrer: **físico**, respeitante a sensações corporais, mecanismos homeostáticos, função imunológica, entre outros; **psicoespiritual**, relativo à consciência interna de si mesmo, compreendendo autoestima, identidade, sexualidade, significado na vida de uma pessoa e sua relação compreendida com um ser superior; **ambiental**, alusivo à situação externa, como temperatura, luz, som, cheiro, cor, móveis, paisagem, entre outros; **sociocultural**, pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.<sup>26</sup> Por outras palavras, Omena explica que a TC é, portanto, alicerçada nas três necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência consoante as circunstâncias sejam físicas, psicossociais, ambientais ou socioculturais.<sup>27</sup> Ou seja, o contexto será onde a experiência de conforto se pode desenvolver, como explica Cruz.<sup>24</sup>

E foi durante o avanço da sua teoria que Kolcaba complementou e defendeu que conforto é muito mais do que a ausência de dor ou outro desconforto físico, como sublinha Cruz.<sup>24</sup> Katherine Kolcaba clarifica que o conforto é o produto da arte holística da Enfermagem.<sup>28</sup> Por conseguinte, importa salientar o esclarecimento de Pontífice-Sousa, aludindo Kolcaba, ao referir que apesar de o cuidado de conforto ser simples e intuitivo, é identicamente uma

arte de Enfermagem que compreende o processo de confortar por um Enfermeiro a um cliente e o resultado de conforto ampliado.<sup>22</sup> Nesta conjuntura Pontífice-Sousa, ao se referir à mesma teórica, notifica a relevância do Enfermeiro ao indagar que este possui uma compreensão precisa das necessidades de conforto globais do cliente (onde se encontram implícitas as sensações físicas, a vida espiritual, as interações sociais e os aspetos ambientais), das ações orientadas para colmatar as necessidades específicas (quando não satisfeitas pelo próprio), assim como compreenderem se de facto o conforto (*outcome*) foi alcançado.<sup>22</sup> De acordo com a investigadora Pontífice-Sousa, a evidência científica comprova que o cliente que se sente confortável fica mais fortalecido, consegue ultrapassar mais eficazmente as dificuldades e os obstáculos, molda-se melhor às limitações, cura-se mais rapidamente e reabilita-se de um modo mais pleno, comparativamente ao que se encontra desconfortável.<sup>22</sup>

Com alicerce na **Teoria das Transições** (TT) de Afaf Meleis fundamenta-se o conceito **Cliente em Situação Crítica**.

A TT é uma teoria de médio alcance, dado que surge da práxis e que procura conceitualizar, assente em descrever, compreender e interpretar os fenómenos de Enfermagem, como explica Portela.<sup>10</sup>

A autora desta teoria reconhece “transições” como uma preocupação central para a Enfermagem, onde se verifica uma passagem de um estado bastante estável para outro estado relativamente estável, sendo um processo desencadeado por uma mudança, confirmam Portela e Ribeiro.<sup>10,11</sup> Desta forma, vai ao encontro da definição de Enfermagem por Meleis, como menciona Portela, afirmando ser a arte e a ciência de diligenciar a transição do cliente, tendo consideração com os processos e experiências do próprio que passam por transições, onde a saúde e o bem-estar são os *outcomes* expectáveis.<sup>10</sup> Costa corrobora essas afirmações acrescentando que a teoria de Meleis influencia substancialmente a Enfermagem pelo desenvolvimento de intervenções que proporcionam um cuidado eficaz anterior a situações de mudanças na vida do cliente.<sup>29</sup>

Atendendo à estrutura taxonómica da teoria de Meleis, onde são desenhados os principais fenómenos da TT, de seguida proceder-se-á à descrição pormenorizada desses conceitos. (ANEXO 3)

Transição, na visão de Soares, é um substantivo derivado do verbo latino *transire*.<sup>30</sup> Segundo a explicação de Costa, é um trilho entre dois intervalos de tempo relativamente estáveis,

acompanhando o cliente a mover-se por diferentes fases dinâmicas de mudança.<sup>29</sup> Durante esse intervalo de tempo ocorrem alterações que instigam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações, como afirma o mesmo autor.<sup>29</sup> Janeiro completa, como sendo uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado, considerando o processo e os resultados da heterogénea interação entre o cliente e o ambiente.<sup>5</sup>

Meleis, de acordo com Costa, confirma que a transição denota uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades.<sup>29</sup> A teórica insurge com a afirmação que existem semelhanças que determinam um período de transição: a desconexão com a rede social habitual; a perda temporária de objetos relevantes ou temas de referência familiar; novas necessidades que possam aparecer, segundo cita Costa.<sup>29</sup> Na sua investigação, Meleis pesquisou o que advém quando o cliente não vivencia transições saudáveis; de que forma o Enfermeiro cuida dessa pessoa; e, quais devem ser as estratégias de Enfermagem facilitadoras da evolução do cliente na perseguição de transições saudáveis, confirma Costa.<sup>29</sup> Na sua teoria, Meleis implementa três conceções de transição, como explica Costa: **transição saudável** como “domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados com novos papéis”; **transição ineficaz** que conduz o cliente na “direção de vulnerabilidade e risco, tendo a capacidade de resistir às redefinições de significados”; e insuficiência do papel caracterizada por dificuldade para desempenhar um papel, em que comportamentos e sentimentos são derivados do descumprimento de obrigações ou expectativas.<sup>29</sup> Janeiro esclarece que uma transição saudável traduz-se pela organização, planeamento e acessibilidade dos recursos, patenteados pelo suporte familiar, fontes de informação credíveis, aconselhamento sobre as diferentes possibilidades e suporte na tomada de decisão e a resposta efetiva às necessidades vividas.<sup>5</sup> Em contrapartida, o mesmo autor, ao citar Shumacher e Meleis, explica que podem ser encarados como fatores inibidores a informação e apoio insuficientes, inadequados ou contraditórios.<sup>5</sup>

Como explica Meleis, a sua teoria desenhasse na natureza das transições, onde são considerados os seus tipos, os seus padrões e as suas propriedades. Por outro lado, a mesma teórica esboça as condições em que essas transições surgem; e, delinea igualmente os padrões de resposta desse processo de transição, paralelamente às intervenções de Enfermagem.

No que diz respeito à natureza das transições, Meleis e Schumacher reconheceram quatro tipos significativos para a Enfermagem: de desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e

organizacionais, como cita Costa.<sup>29</sup> De acordo com o mesmo autor, as **transições de desenvolvimento**, consideram a existência de uma grande variedade de eventos que desencadeiam esse processo de transição, como é o caso de relacionamentos de parentalidade, mudança da imagem corporal na adolescência, menopausa, consciência da homossexualidade e o nascimento de uma criança.<sup>29</sup> A **transição situacional** abrange “adição ou subtração de pessoas no meio”, exigindo a definição ou redefinição de papéis dos envolvidos, como confirma Costa, exemplificando mudanças em situações familiares como viuvez, ida do idoso para um lar, imigração e falta de habitação.<sup>29</sup> A **transição no processo saúde/doença** é, como explica Costa, manipulada pela “diversidade cultural e de doenças, ficando a passagem do hospital para o domicílio, para o atendimento ambulatorial ou para centros de reabilitação, explorada em vários contextos”, como em situações de recuperação pós-operatória, doenças crônicas, entre outras.<sup>29</sup> Por último, o quarto tipo de transição elegido por Meleis, é a **transição organizacional** onde é patenteada mudança num ambiente institucional e pode ser precipitada por alteração no ambiente social, político, económico, como esclarece Costa.<sup>29</sup> São apontados como exemplo, pelo mesmo autor, a reorganização da estrutura das instalações, a inclusão de novos programas, admissão de novas políticas, concretizando atuais modelos de cuidados de Enfermagem.<sup>29</sup>

Apoiado na teoria de Meleis, o padrão das transições pode ser **simples** ou **múltiplo**, **sequencial** ou **simultâneo**, conforme a dimensão da sobreposição entre a transição e a relação entre os diferentes eventos que precipitam a transição do cliente, de acordo com Costa.<sup>29</sup>

No que concerne à propriedade das transições, identifica-se na presente teoria ser consciente, engajamento, mudança e diferença, tempo de transição, pontos críticos e eventos, cita Costa.<sup>29</sup> De acordo com o que Costa esclarece, **ser consciente** relaciona-se com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição e refere-se ao conjunto esperado de respostas e percepções do cliente que vivencia transições similares e o nível de conformidade entre os processos e as respostas.<sup>29</sup> O **engajamento** é o nível de compromisso de um processo característico à transição, conforme clarifica Costa.<sup>29</sup> E, acrescenta que este não pode acontecer sem a consciência, de acordo com a teoria de Meleis.<sup>29</sup> Assim sendo, o cliente está consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais ao contrário daquele que não vivencia tais mudanças, como defende o mesmo autor.<sup>29</sup> No que é relativo às propriedades **mudança** e **diferença**, apesar de análogas, Costa afirma que não são sinónimos de transição.<sup>29</sup> E, explica que a transição envolve mudança, porém, nem toda a

mudança está relacionada com a transição.<sup>29</sup> Acrescentando que mudança se associa a eventos críticos, a perturbações nas relações e rotinas.<sup>29</sup> Outra propriedade da transição é a diferença, que de acordo com a explicação de Costa, resulta na alteração de comportamentos ou percepções.<sup>29</sup> No tocante ao **tempo de transição**, outra propriedade identificada pela teórica Meleis, compreende o início da transição e decorre até que a harmonia e a estabilidade sejam novamente experimentadas, como esclarece Costa.<sup>29</sup> Algumas transições são marcadas por acontecimentos, que Meleis denominou **pontos críticos** e **eventos** como é o exemplo do nascimento, morte ou diagnóstico de uma doença, ilustrado por Costa.<sup>29</sup>

No centro do diagrama ilustrativo da teoria das transições estão as condições das transições que podem ser pessoais e serão facilitadoras ou dificultadoras de uma transição saudável, em concordância com Costa.<sup>29</sup> O mesmo autor, defende que as **condições pessoais** incluem os significados, as atitudes e crenças culturais, a classe socioeconómica, a preparação e o conhecimento apoiados nas dimensões comunitárias e sociais, sendo possível facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições.<sup>29</sup> Costa esclarece que os significados atribuídos a eventos precipitantes de uma mudança podem facilitar ou dificultar transições saudáveis.<sup>29</sup> Por outro lado, atitudes e crenças culturais, quando estão relacionadas a uma experiência de transição, podem inibir mudanças, já que algumas pessoas não discutem acerca de algumas situações, elegendo experienciar a situação por conta própria, tornando-se uma experiência solitária, como explica o mesmo autor.<sup>29</sup> Ainda no que respeita às condições das transições, Costa aponta a baixa condição socioeconómica uma vez que terá maior probabilidade de desenvolver sintomas psicológicos diante das transições.<sup>29</sup> Não obstante, de acordo com o diagrama representativo da teoria das transições, as **condições comunitárias** também facilitam ou inibem as transições, como refere Costa.<sup>29</sup> Nessa circunstância, Costa explica que as condições que facilitam as transições incluem o apoio da comunidade, informações relevantes obtidas a partir de prestadores de cuidados de saúde confiáveis, conselho de fontes respeitadas, modelos e esclarecimento a perguntas.<sup>29</sup> Por outro lado, os inibidores de uma transição saudável abrangem recursos insuficientes para suportar uma situação, suporte inadequado, conselhos não solicitados ou negativos, informação insuficiente ou contraditória, bloqueio por ser estereotipado ou presenciar a negatividade dos outros, como esclarece o mesmo autor.<sup>29</sup>

A terceira parte do diagrama representativo da teoria das transições faz referência aos padrões de respostas às transições, que se dividem em indicadores de processo e de resultado. Quanto aos **indicadores de processo**, Meleis e outros, citado por Costa, refere que estes

acontecem a qualquer altura.<sup>29</sup> E aponta como ilustrativo desses indicadores de processo “vivenciar sintomas e alteração do estado funcional, conexão com rede interpessoal, recuperação do controle sobre a sua vida e senso de integridade englobando o sentido de totalidade e coerência”.<sup>29</sup> Na TT esses indicadores de processo identificam-se como: sentir-se conectado, interagir, estar situado e desenvolver confiança, como explícito no diagrama do anexo 3. A premência de se sentir conectado é ilustrado por Costa como fazer novos contactos, com o continuar a relacionar-se com familiares e amigos.<sup>29</sup> Desta forma, o mesmo autor explica que utilizar os relacionamentos interpessoais da sua esfera social e familiar são apontadas como matrizes de informações para que o Enfermeiro reconheça a proporção que a transição sustenta defronte de evidências clínicas.<sup>29</sup> Ainda no que concerne aos padrões de resposta, a TT clarifica que os **indicadores de resultado** representam-se pela qualidade de vida do cliente que vivencia uma transição, como confirma Costa.<sup>29</sup> Por conseguinte, o mesmo autor acrescenta que uma transição considera-se completa de forma mutável e adaptável.<sup>29</sup> Entretanto, a transição submete-se pela circunstância com que se inicia, tal como pela sua natureza e o seu ritmo, de acordo com o mesmo autor.<sup>29</sup>

Meleis apontou dois indicadores de resultado na sua teoria: **maestria**, que Costa explicou ser o domínio de novas competências perante novas situações necessárias para gerir uma transição.<sup>29</sup> E, por outro lado, a **habilidade** considerada como o desenvolvimento de uma identidade integrativa espontânea.<sup>29</sup> Maestria caracteriza-se, de acordo com Costa, pela competência, conhecimento ou habilidade cognitiva, tomada de decisão, habilidades psicomotoras e autoconfiança.<sup>29</sup> Janeiro completa e afirma, referindo-se a Meleis, que para a transição ser saudável é exigida mestria no desempenho e comportamento, necessários para lidar com a nova situação, adquirindo uma sensação de bem-estar.<sup>5</sup> E acrescenta que o conceito de mestria refere-se ao domínio de “novas” competências para lidar com a “nova” condição.<sup>5</sup> Em contrapartida, Costa esclarece que as habilidades necessárias no sentido de alcançar o comando dos cuidados de uma situação abrangem a monitorização e a interpretação de sintomas, tomada de decisão, agilidade, fornecimento de cuidado com as mãos e trabalhar em colaboração com o cliente.<sup>29</sup> O mesmo autor acrescenta que o indicador de resultado habilidade fortalece-se pela experiência, tornando-se dificultada a sua identificação no início de uma experiência de transição.<sup>29</sup>

No que concerne a conduta de Enfermagem, Costa esclarece que a transição é motivo de apreensão para o Enfermeiro pelo risco potencial que a sua experiência pode colocar sobre o cliente.<sup>29</sup> O mesmo autor explica que precaver esses riscos, aperfeiçoar o bem-estar,

potenciar o funcionamento e repetir atividades de autocuidado são estratégias que o Enfermeiro usa no sentido de cuidar e apoiar o cliente a alcançar os processos de transição saudáveis e resultados.<sup>29</sup> Seguidamente, de acordo com Costa, explicam-se as modalidades Terapêuticas de Enfermagem para lidar com as transições, segundo a teoria de Meleis. A primeira terapêutica de Enfermagem identificada nesta teoria é a **Avaliação de Enfermagem** que Costa elucida ser a origem para todas as terapêuticas de Enfermagem.<sup>28</sup> Na medida em que a transição se transforma, o papel do Enfermeiro é sequenciar as ações de Enfermagem, avaliar, planejar e implementar.<sup>29</sup> Todavia, de forma a que o cuidado de Enfermagem progrida, a avaliação deve incluir todo o período de transição, reclamando uma supervisão rigorosa.<sup>29</sup> A segunda terapêutica de Enfermagem identificada por Meleis é a **Reminiscência** que colabora na assimilação do processo de transição, facultando uma conexão relevante entre o passado e o presente, produzindo oportunidades para o cliente refletir sobre as experiências de vida.<sup>29</sup> Paralelamente, simplifica o processo de crescimento e desenvolvimento de identidade, auxilia os processos de explorar o significado e as áreas nas quais a continuidade com o passado ainda é possível descobrir.<sup>29</sup> **Suplementação de Papel**, como a terceira terapêutica de Enfermagem, simplifica o processo em proliferar novos conhecimentos e habilidades, conduzindo à consciência de comportamentos, sentimentos, sensações e objetivos abrangidos por determinada função, sendo útil para que o cliente assuma um novo papel.<sup>29</sup> Contudo, Meleis e outros, citados por Costa, salvaguardam que a suplementação de papel pode afetar outras pessoas.<sup>29</sup> Proporcionar um **Ambiente Saudável**, como a quarta terapêutica de Enfermagem compreende proporcionar um ecossistema que aprovisione segurança e proteção; honrar tradições culturais; simplificar o acesso a realizar rotinas diárias e libertar o meio ambiente de obstáculos.<sup>29</sup> A meta da Enfermagem é harmonizar um ambiente dinâmico e adaptável, sincronizando às necessidades do cliente.<sup>29</sup> Por fim, **Mobilização de Recursos** abrange recursos pessoais, familiares e comunitários.<sup>29</sup> De forma a instigar esses recursos, é essencial ponderar a sua disponibilidade, se eles são ou não estáveis, se são suficientes ou se é necessário desenvolver novos recursos.<sup>29</sup> Costa indica como tipos de estratégias de terapêuticas de Enfermagem durante a fase de transição a promoção de estilo de vida saudável, incitamento a exercício regular, dieta nutritiva, controle do consumo de substâncias tóxicas, imunizações regulares, além de serviços regulares de cuidados primários de saúde.<sup>29</sup>

Em síntese, Costa defende que as transições são de insigne interesse para o Enfermeiro pelas consequências que trazem para a saúde do cliente.<sup>29</sup> Para prevenir instabilidade, o

Enfermeiro necessita considerar padrões de respostas em vez de respostas individuais, identificar situações críticas e de vulnerabilidade durante as transições, como esclarece o mesmo autor.<sup>29</sup> Assim sendo, acrescenta, são indispensáveis as terapêuticas de Enfermagem com o desígnio de bloquear consequências negativas e beneficiar resultados positivos à saúde.<sup>29</sup>

### 1.1. SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO DE *SCOPING* DA LITERATURA

Prefaciando, a evolução da sociedade contemporânea acompanha-se do avanço dos cuidados de saúde cada vez mais complexos, o que se traduz numa busca incessante dos melhores cuidados de saúde.

No propósito da melhor qualidade em saúde, a satisfação do cliente surge como um dos resultados a alcançar, sendo encarado por muitos gestores em saúde como um indicador de qualidade.<sup>14</sup> À semelhança do conceito de qualidade, também o conceito de satisfação do cliente é um conceito complexo, subjetivo e inacabado, que assume diferentes perspetivas, sendo por isso relacionado com grande número de fatores onde se inclui aspetos como o estilo de vida, experiências e vivências anteriores, expectativas futuras e valores assumidos como individuais e da própria sociedade.<sup>14</sup> Essa satisfação revela-se através de uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através de uma opinião relativamente a um desempenho esperado.<sup>14</sup>

A abordagem sobre as determinantes da satisfação em Enfermagem fundamenta-se no facto do Enfermeiro ser o pilar de referência, ou seja, é o ator que estabelece o principal vínculo entre o cliente e a instituição.<sup>16</sup>

A maioria dos estudos sobre a satisfação do cliente em contexto hospitalar incidem sobre os prestadores de cuidados, sem que o foco específico seja a satisfação do cliente crítico no cuidado de Enfermagem.<sup>16</sup> Deste modo, acredita-se ser fundamental identificar os fatores que podem influenciar a satisfação do cliente com o cuidar em Enfermagem em contexto crítico, a fim de que seja possível o Enfermeiro obter maior perceção sobre a qualidade da sua prática clínica.

Acredita-se que este tema é relevante e pertinente não só para o cliente enquanto recetor dos cuidados de Enfermagem, como também para os Enfermeiros que procuram um agir ajustado

às necessidades da pessoa em prol da excelência dos cuidados. Face ao exposto, urgiu como relevante a concretização de uma Revisão *Scoping* da Literatura no sentido de mapear na literatura científica os fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de enfermagem.

Metodologicamente, no que diz respeito ao tipo de estudo, trata-se uma Revisão *Scoping* da Literatura, de acordo com o referencial teórico-metodológico proposto pelo Instituto Joanna Briggs, defendida anteriormente por Arskey & O'Malley, onde se pretende apresentar a síntese de evidências acerca da temática reconhecida.<sup>6</sup>

Primeiramente, desenvolveu-se o Protocolo Prisma, incluindo a estratégia PCC (população-conceito-contexto) para a organização dos traçados metodológicos nas etapas subsequentes, como esclarece Mazoni e outros.<sup>31</sup> Formulou-se, assim, a seguinte questão de pesquisa: “Quais os fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem?”

Em concordância com o guia do Instituto Joanna Briggs<sup>6</sup> a questão de investigação foi definida de acordo com os seguintes elementos: população (P) – o cliente em situação crítica; conceito (C) - os fatores que influenciam a satisfação sobre o cuidado de Enfermagem e contexto (C) - os cuidados críticos (Unidade de Cuidados Intensivos/Serviço de Urgência).

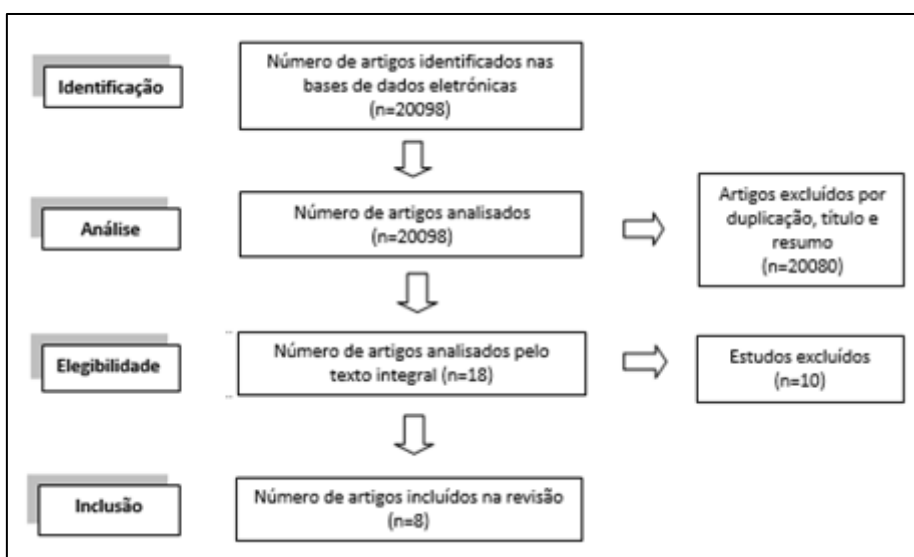
Para esta busca realizada entre 01/12/2020 a 30/12/2020 utilizou-se como estratégia os descritores (“patient satisfaction”) AND (“critical care”) AND (“nursing”), conforme o banco de Descritores em Ciências da Saúde (Decs). A associação entre os descritores com o operador booleano “AND” foi necessária devido a finalidade de identificar apenas artigos que correlacionassem os três termos no mesmo estudo. Utilizaram-se, como fonte de dados, as bases PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde, EBSCO, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e literatura cinzenta (Google Académico), sendo a busca feita por dois revisores independentes. Perante discordâncias foi pedida a opinião de um terceiro revisor. Estabeleceu-se como delimitação temporal, publicações entre os anos de 2010 e 2020, período que se justifica devido ao avanço nas políticas de qualidade em saúde. Definiu-se como critérios de elegibilidade, para além da delimitação temporal: artigos sobre o tema com ênfase em estudos direcionados ao cliente adulto hospitalizado em situação crítica, publicados em inglês, português ou espanhol; relacionados em formato de artigos disponíveis na íntegra on-line. Excluíram-se estudos realizados com clientes menores de dezoito anos.

Para sistematizar o processo de inclusão dos estudos, optou-se pela metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).<sup>6</sup> Os artigos foram pré-selecionados a partir da análise dos títulos, resumos e removidos os duplicados. De modo a eleger a amostra final da revisão, procedeu-se à leitura integral dos estudos com aplicação dos critérios de inclusão. Foram removidos os artigos repetidos e os que não exploram os aspetos de satisfação do cliente crítico com o cuidado do Enfermeiro.

No que ao resultado da investigação diz respeito, foram obtidos um total de 20098 artigos, dos quais 20080 foram excluídos por duplicação, pelo título e pelo resumo, identificando assim 18 artigos para leitura de acordo com os critérios de inclusão. Destes, oito foram incluídos na revisão conforme contemplado no fluxograma (Figura 1).

A estruturação do *check-up* realizado aos oito artigos selecionados é apresentada segundo o instrumento adaptado do manual metodológico para Revisão *Scoping* da Literatura do Instituto Joanna Briggs destacando as características principais dos artigos analisados e respetivos resultados (Quadro 1). A discrepância verificada entre o número de artigos identificados na pesquisa inicial e os incluídos na revisão deve-se ao facto de a maioria dos estudos que abordam a satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem não terem sido realizados em cuidados críticos. Dos artigos incluídos, cinco são de língua inglesa e três são de língua espanhola. Quanto ao local onde foram desenvolvidos os estudos: um realizou-se em Singapura, outro na Indonésia, outro na Roménia, dois em Espanha, um na Colômbia e dois nos Estados Unidos da América. Um dos estudos é do ano de 2011, um de 2013, dois de 2015, um de 2016 e três de 2017.

**Figura 1** – Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos(adaptado) <sup>6</sup>



**Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na Revisão *Scoping* da Literatura**

<b>Autores Ano Local</b>	<b>Tipo de Estudo / Amostra</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Brigitte Fong Yeong Woo et al./ 2017/ Singapura <sup>32</sup>	Revisão Sistemática/ Amostragem de 15 estudos entre 2006 e 2016	Sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre o impacto da Enfermagem de prática avançada na qualidade do atendimento, resultados clínicos, satisfação do cliente, e custo em ambientes de cuidados intensivos e emergência.	Os fatores de satisfação com a prática de Enfermagem relacionam-se com a <b>comunicação</b> (ensino e respostas ao cliente; escuta-ativa), o <b>conforto</b> (gestão da dor) e a <b>continuidade de cuidados</b> .
Marta Romero-Garcia et al./ 2013/ Espanha <sup>33</sup>	Estudo Qualitativo sob os métodos de entrevista estruturada e diário de campo/ Amostragem de 19 participantes	Explorar e compreender a satisfação dos clientes internados em cuidados intensivos com os cuidados de enfermagem, para identificar as dimensões do conceito de satisfação do seu ponto de vista.	O cliente em situação crítica considera o cuidado de Enfermagem satisfatório quando se caracteriza por uma combinação humanística e científica de forma constante, proporcionando segurança, bem- estar/conforto e confiança. Deste estudo emergiram 4 dimensões relacionadas com a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem na perspectiva dos participantes: 1 – <b>Intervenção holística</b> (nas vertentes física, psicoemocional e espiritual); 2 – <b>Intervenção comunicacional (Comunicação verbal:</b> quando o enfermeiro se apresenta, quando se despede e quando oferece explicações; <b>Não-Verbal:</b> sorriso, olhar, gestos); 3 - <b>Intervenção comportamental</b> (articulação de aspetos como a naturalidade, o julgamento clínico, o domínio da técnica, a rapidez, a precisão, a atitude, o trabalho em equipa); 4 – <b>Intervenção na continuidade de cuidados</b>
Carmen Jover-Sancho et al/ 2015/ Espanha <sup>34</sup>	Estudo Qualitativo através de entrevista estruturada e diário de campo/ Amostragem de 19 clientes e 7 Enfermeiras	Explorar as convergências e divergências entre a perceção de enfermeiros e clientes críticos, em relação ao atendimento satisfatório prestado e recebido.	Deste estudo emergiram 4 dimensões relacionadas com a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem: <b>Intervenção holística,</b> <b>comunicacional, comportamental</b> e de <b>continuidade de cuidados</b> . Ao fazer a comparação entre a perceção dos clientes e a perceção dos Enfermeiros em relação ao cuidado de Enfermagem, concluiu que ambos consideram que <b>aspetos humanístico-relacionais</b> (comunicação, atitudes, tratamento humano, etc) em concordância com <b>aspetos</b> <b>científico-técnicos</b> (domínio da técnica, julgamento clínico, precisão, etc.) são reveladores para ambos como um cuidado satisfatório. Os resultados revelam, portanto, que os clientes em situação crítica requerem profissionais com perfil humano e reflexivo, que sejam capazes de ver a pessoa de uma forma holística, para além da máquina e procedimentos, proporcionando segurança física, psicológica e

			<p>emocional (atitude receptiva; vínculo na relação; sensibilidade e atitude empática).</p> <p>Este estudo faz um paralelismo com o referencial de Patrícia Benner quanto às competências do enfermeiro especialista, segundo os quais, é necessário um <b>domínio intuitivo</b> (que antecipa e que está envolvido) e <b>clínico</b> (baseado em recursos e uma visão geral do cliente, orientado para o problema).</p>
Zuli Milena Joven et al./ 2019/ Colômbia <sup>35</sup>	Estudo Descritivo/ Quantitativo/ Amostragem de 55 clientes	Descrever a percepção do cliente adulto em situação crítica sobre as condutas de cuidado humanizado de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos	<p>Deste estudo emergiram 3 categorias relacionadas com a percepção de comportamentos de cuidados de enfermagem humanizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Atender à Pessoa:</b> valorizar o cliente como ser único através do respeito pelos seus valores, crenças, forma de estar, vontades e relacionamentos, favorecendo uma relação de confiança, respeito e presença autêntica;</li> <li>- <b>Intervenção comunicacional na vertente educacional</b> (educação para a saúde) e <b>habilidades comunicacionais</b> (olhar atento, escuta-ativa, diálogo, disposição para cuidar).</li> <li>- <b>Qualidades da intervenção:</b> identificação das necessidades; conforto físico; gestão da dor; empatia; compreensão.</li> </ul>
Ioana Gadalean et al./ 2011/ Roménia <sup>36</sup>	Estudo Descritivo/ Quantitativo/ Amostragem de 106 clientes	Analisar e avaliar a satisfação com as atividades de enfermagem intimamente relacionadas aos clientes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos.	Identificaram 10 fatores de ordem emocional que influenciam a satisfação do cliente com o cuidado de enfermagem: adequação do cuidado, cuidado humanizado com compaixão, explicação do procedimento, gestão da dor, preocupação adequada, contacto com a família, resposta às solicitações, promoção de um sono eficaz, promoção de alimentação adequada e, abordagem adequada.
Sirajudin Noor Et. al/ 2016/ Indonésia <sup>37</sup>	Estudo Descritivo/ Quantitativo/ Amostragem de 341 clientes	Determinar a relação entre o <i>caring</i> e o conforto, com a satisfação do cliente num Serviço de Urgência	<p>O estudo revelou que <b>caring</b> e conforto são fatores muito importantes que influenciam a satisfação do cliente.</p> <p>Entende-se que o conceito de <i>caring</i> enquanto relacionamento interpessoal entre enfermeiro e cliente, indica cuidado atencioso com vista a manter o cliente saudável e com energia positiva.</p> <p>Há que continuar a investigar sobre o papel do enfermeiro na promoção do <i>caring</i> e conforto ao cliente.</p>
Theresa Bucco/ 2015/ Estados Unidos da América <sup>38</sup>	Revisão de Literatura/ Amostragem de 86 díades Enfermeira-cliente	Examinar a relação entre a percepção do cliente sobre o cuidado de enfermagem e a percepção do enfermeiro sobre o comportamento da enfermagem na relação com a satisfação do cliente.	<p>A percepção dos clientes sobre o comportamento de cuidado de enfermagem foi categorizada em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Habilidade Técnica</b> (domínio da tecnologia e equipamentos);</li> <li>- <b>Habilidade de Comunicação/interação</b> (conexão).</li> </ul> <p>A habilidade técnica foi a categoria mais bem avaliada pelo cliente crítico ao invés da habilidade de comunicação/interação.</p>

Candi Payne/ 2017/ Estados Unidos da América <sup>39</sup>	Revisão de Literatura/ Amostragem de 28 artigos	Compreender os padrões de atendimento da equipa de enfermagem de um Serviço de Urgência	A <b>comunicação</b> na vertente educacional revela-se como fundamental à satisfação do cliente crítico, onde se inclui: - Fazer ensinamentos de enfermagem compreensíveis para o cliente; - Garantir a compreensão do cliente e, caso não compreenda, re- ensinar. A satisfação do cliente aumentou com a validação e reforço do ensino ( <b>Re-ensino</b> ).
---	--	---	---

No que concerne à discussão dos resultados, em harmonia com Costa e outros, categorizar os estudos permite a avaliação crítica dos mesmos, dado que, a sua análise leva à possibilidade de figurar achados pertinentes que considerem o objetivo da revisão.<sup>40</sup> Nesta sequência, após a categorização dos achados, há que estabelecer a sua interpretação. Assim, na presente Revisão *Scoping* da Literatura, a categorização das evidências científicas permitiu encontrar sete categorias que se relacionam com a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem.

Em quatro estudos<sup>33,34,36,38</sup> comprovou-se que a intervenção humanístico-relacional (comunicação, atitudes, tratamento humano, etc.) em comunhão com a intervenção científico-técnica do Enfermeiro (que engloba o domínio da tecnologia e equipamentos) constituem fatores facilitadores da satisfação no cliente em situação crítica. Nestes estudos é retratada a importância dos resultados reveladores de que o cliente em condição crítica entende o cuidado de Enfermagem satisfatório quando ajusta a dimensão humanístico-relacional com a científico-técnica de forma constante. Um desses estudos<sup>38</sup> testemunhou, inclusive, que a intervenção científico-técnica do Enfermeiro foi a categoria mais bem avaliada pelo cliente em situação crítica. Por outro lado, a intervenção humanístico-relacional entre o Enfermeiro e o cliente foi a categoria classificada como a mais baixa pela pessoa em situação crítica. Corrobora-se, assim, a importância da competência relacional e empática no cuidado de Enfermagem à pessoa neste contexto.

No que diz respeito à categoria intervenção comportamental o estado da arte<sup>33,34</sup> comprova que o Enfermeiro, pela articulação de aspetos como a naturalidade, o julgamento clínico, o domínio da técnica, a rapidez, a precisão, a atitude, o trabalho em equipa fomentam a satisfação do cliente crítico.

Outros estudos<sup>32,33,34,35,36,38,39</sup> sugerem a implementação de uma intervenção comunicacional na díade Enfermeiro/cliente como fator de indigitamento da satisfação da pessoa em situação crítica. A habilidade comunicacional do Enfermeiro comprovada em dois desses estudos<sup>32,35</sup> através do olhar atento, escuta-ativa, diálogo, disposição para cuidar são agregantes da

satisfação de quem em situação crítica é cuidado. Concomitantemente, os modos de expressão verbal (pela forma como o Enfermeiro se apresenta, quando se despede e quando oferece explicações) e de expressão não-verbal (através de um sorriso, um olhar, ou pelos gestos) são em determinados estudos<sup>33,34,35,36</sup> comprovativos da satisfação do cliente num ambiente crítico. Outro estudo<sup>38</sup> acrescenta a vertente da conexão estabelecida entre o Enfermeiro e o cliente como um fator conciliador da satisfação no recetor de cuidados. Acresce ainda que, é particularizada essa intervenção comunicacional numa vertente educacional, explicando que através dos ensinamentos de Enfermagem se reconhece uma maior satisfação da pessoa cuidada em situação crítica.<sup>32,35,39</sup> Particularmente, num desses estudos retrata-se que a satisfação do cliente aumentou com a validação e reforço do ensino que se baseiam nos seguintes aspetos: explicar os ensinamentos de enfermagem de uma forma compreensível e fornecer oportunidade de garantir a compreensão do cliente; e, caso não compreenda, re-ensinar.<sup>39</sup> Apresentam-se, portanto, resultados que evidenciam não só, que este re-ensino influencia a satisfação, como também emerge o papel determinante da Enfermagem no processo de comunicação, concretamente na forma de comunicar, sendo esta, diretamente proporcional à satisfação do cliente em situação crítica.

Em complementaridade, o fator intervenção holística destaca-se na literatura científica como relevante, na medida em que salienta a importância da satisfação dos participantes com os cuidados de Enfermagem em três vertentes: física, psicoemocional e espiritual.<sup>33,34</sup> A intervenção holística surge quando os autores valorizam o cliente como um ser único e individualizado mediante o respeito pelos seus valores, crenças, forma de estar, vontades e relacionamentos, favorecendo uma relação de confiança, respeito e presença autêntica.<sup>35</sup> O mesmo estudo destaca a adição do suporte físico e emocional como dimensão holística que promove a satisfação do cliente crítico nos comportamentos de Enfermagem, promovendo a reflexão do cuidado humano e a promoção da identificação das necessidades de forma integral. Os resultados revelam que os clientes em situação crítica requerem profissionais com perfil humano e reflexivo, que sejam capazes de ver a pessoa de uma forma holística ao invés da priorização de tecnologias ou procedimentos rotineiros que podem comprometer uma relação terapêutica ideal.<sup>35</sup> Assim, os estudos envolvidos nesta revisão consideram que o Enfermeiro tem a oportunidade de influenciar diretamente o sucesso da satisfação do cliente durante a sua condição em fase crítica, proporcionando-lhe acompanhamento holístico e integral para uma recuperação mais rápida e adequada.

No âmbito da intervenção na continuidade de cuidados de Enfermagem<sup>32,33,34</sup> constata-se que este fator caracteriza a satisfação do cliente crítico, permitindo ao mesmo a percepção de acompanhamento por parte dos Enfermeiros, promovendo maior segurança.

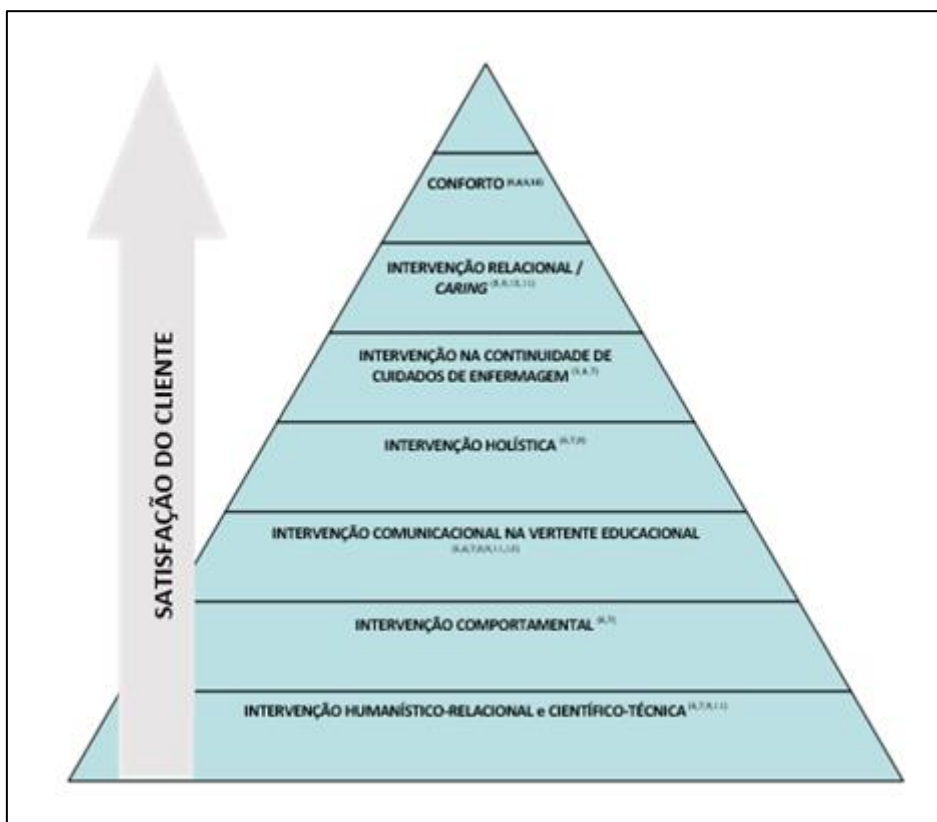
Numa outra perspectiva, concetualizando o *Caring* como o relacionamento interpessoal entre Enfermeiro e cliente, foi possível perceber que este se relaciona com a dimensão confortadora num cuidado atencioso com vista a manter o cliente saudável e com energia positiva. Dois estudos certificaram que este tipo de intervenção é favorável à satisfação da pessoa em situação crítica.<sup>37,38</sup> Numa relação similar, a Intervenção Relacional surge como motor para a satisfação onde se destaca a empatia, a compreensão<sup>35</sup> a compaixão e a preocupação adequada.<sup>36</sup>

A evidência científica confirma que as relações intersubjetivas e relações terapêuticas (confiança/respeito/presença autêntica) se destacam como positivas, onde se incluem aspetos de valorização do cliente como: a privacidade, o respeito pelas suas decisões e o tratá-lo pelo nome. Destacaram-se como aspetos menos favoráveis a falta de gentileza e o tom de voz inadequado por parte do Enfermeiro.<sup>35</sup>

Salienta-se ainda que os Enfermeiros podem estabelecer relações de maior proximidade com os clientes do que os médicos, tendo uma atitude determinante na continuidade de cuidados e preparação para a alta<sup>32</sup> As suas competências relacionais são essenciais para o bem-estar e conforto, sendo que este último é apontado como uma das pedras basilares do cuidado de Enfermagem promotor da satisfação do cliente.<sup>32,35,36,37</sup> O Conforto tem expressão a nível físico e/ou na gestão da dor, bem como através da promoção de um sono eficaz<sup>36</sup>, sendo fundamental uma avaliação rigorosa das necessidades<sup>32,35,36</sup>, tornando-se assim desejável continuar a investigar sobre o papel do Enfermeiro na promoção do *caring* e conforto.<sup>37</sup>

Em jeito de síntese, e de acordo com os achados, comprova-se que os fatores elencados são diretamente proporcionais à satisfação da pessoa numa condição crítica e encontram-se sintetizados no esquema seguinte (Figura 2).

**Figura 2** – Síntese dos principais resultados dos estudos



De acordo com os achados, os oito estudos considerados na presente Revisão *Scoping* de Literatura comprovam a influência que esses fatores têm, diretamente, na melhoria da satisfação do cliente em condição crítica com o cuidado de Enfermagem e, conseqüentemente, o impacto positivo na percepção dos Enfermeiros sobre a sua conduta.

Ultimando, a presente Revisão de *Scoping* vem contribuir para o melhor conhecimento da prática e da satisfação do cliente com os cuidados de Enfermagem, uma vez que, permitiu mapear os fatores que contribuem para a mesma. Entendendo que o Enfermeiro é considerado um elemento-chave na satisfação do cliente em condição crítica, esta revisão permitiu apurar que as várias dimensões existentes se relacionam entre si com impacto positivo na satisfação do cliente crítico. Considera-se, portanto, que as intervenções de Enfermagem identificadas, pelo cliente para a sua satisfação, apontam para uma perspectiva holística no cuidar, onde os aspectos de humanização dos cuidados incluem intervenções

relacionais, comunicacionais e confortadoras numa inter-relação com os cuidados técnico-científicos.

Urge ainda referir que, os fatores que interferem na satisfação do cliente são igualmente promotores de bem-estar, conforto, segurança e confiança. Emerge assim a necessidade de existir mais divulgação e formação junto das equipas de Enfermagem bem como mais investigação acerca da correlação entre estes fatores e a satisfação do cliente crítico com os cuidados.

Salienta-se o facto de que estes dados foram propostos para publicação em uma revista de investigação de Enfermagem, aguardando-se presentemente a aprovação da mesma.

## 2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO CLÍNICO

*“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”*

Fernando Pessoa

Em sintonia com Guerreiro, concorda-se que o progresso de um relatório final de estágio, que visa a atribuição do grau de Mestre, responsabiliza rigor, cujo o objetivo é dar visibilidade à operacionalização dos objetivos propostos e a tornar mensuráveis os resultados obtidos, integrando a metodologia um pilar fundamental, de modo que contribua positivamente para o desenvolvimento das macrocompetências de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica.<sup>41</sup> No entanto, também se deve considerar o circunscrito da prática clínica, que Guerreiro nomeia de locais onde as experiências de aprendizagem têm lugar.<sup>41</sup>

A eleição dos campos de estágio foi deliberada por mim, de forma a poder abranger os meus objetivos de estudo e, também em resposta à proposta oferecida pela Comissão de Organização (CO) da prática clínica. Portanto, numa fase inicial, propus à CO realizar estágio em instituições privadas, pretendendo os contextos mais adequados para desenvolver competências de EE, tendo em conta o âmbito da problemática e do objeto de estudo que defini. Logo, no que concerne ao contexto de Cuidados Intensivos (CI) sugeri, por um lado, a UCI de um hospital que faz parte do grupo de saúde privado onde exerço funções, por me fazer sentido compreender a dinâmica como o cliente em situação crítica é cuidado pelos meus pares na promoção da sua satisfação. Por outro lado, quando aceitei a proposta da CO em desenvolver a segunda prática clínica em uma UCI numa diferente instituição privada, que não se encontrava no grupo de saúde onde exerço funções, pretendi descobrir diferentes formas de cuidar o cliente crítico, atendendo à sua satisfação. Por último, respondendo a critérios académicos para desenvolver estágio em contexto de urgência, propus-me estagiar no SU num hospital do qual faz parte integrante do grupo de saúde privado onde exerço funções de Enfermeira. É, por conseguinte, numa alusão ao desenvolvimento das Competências Comuns do EE (ANEXO 4) e Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ANEXO 5) que se retrata o caminho delineado neste capítulo.

Foi na unidade curricular “Vigilância e Decisão Clínica” numa UCI que se inaugurou este processo. A UCI pela singularidade que lhe é inerente espelha um local de preferência no cuidar do cliente em situação crítica. Ao longo deste estágio foi explorada uma prestação de cuidados de excelência à pessoa a vivenciar processos complexos de doença, tendo como pedra basilar as Competências de EE estabelecidas pela OE lado a lado com os três paradigmas eleitos – ED dos PQCE da OE, TC de Kolcaba e TT de Meleis.

Para Costa, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais na perspectiva da Enfermagem obedece a uma capacidade de autoconhecimento do Enfermeiro.<sup>43</sup> Concorda-se, assim, com Costa quando afirma que o Enfermeiro promove erudição assente na teoria e na experiência adquirida na prática.<sup>42</sup> Neste sentido, as vivências ao longo desta prática clínica revelaram circunstâncias de crescente aprendizagem e que serão determinantes para a minha atuação profissional daqui em diante. Os cuidados à PSC, inerentes neste estágio, revelaram-se assim uma nobre oportunidade para serem transformados em momentos de aprendizagem, uma vez que diferem substancialmente da minha realidade profissional.

A sapiência do Enfermeiro surge da práxis fundamentada na evidência e alcança-se no momento do cuidar. Este estágio pretendeu refletir a definição de Enfermagem ilustrada por Ponte, como uma arte que contempla a graciosidade do cuidar humano num respeito contínuo pela dignidade da pessoa.<sup>43</sup> Nesse sentido, reconhecem-se todas as oportunidades de cuidado ao cliente durante esta prática clínica, e as que se seguiram, com o prisma da satisfação do cliente. Sendo tal procurado pela minha dedicação para minimizar o impacto negativo pela situação vivida pelo cliente; pela empatia desenvolvida para com o mesmo; pelo respeito pelas suas aptidões, anseios e conceções, como instigado nos ED dos PQCE da OE.

## 2.1. PRÁTICA CLÍNICA I – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Incipientemente assumo que na perseguição do desejo de aumentar o saber surgiu a vontade de aprender mais para cuidar ainda melhor de quem precisa. Nesse propósito justificou-se neste estágio toda a procura de mais conhecimento.

Concertando que a Enfermagem é a representação fiel do cuidar do ser humano, permitindo-lhe o respeito, a defesa e a promoção dos direitos da pessoa cuidada prontamente, esta prática clínica propôs-se ser realizada com e para o cliente. Nesse propósito, o objetivo geral deste

estágio pretendeu desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado de Enfermagem especializado à PSC e sua família em contexto de CI. Catalogando como objetivos específicos nesta prática clínica o desenvolvimento de competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua família em contexto de CI; e, a contribuição para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em CI na área da satisfação do cliente.

Como elucida Teixeira e outros, a dor existe frequentemente no cliente em situação crítica e a sua manifestação, relacionada seja com a patologia de base que originou o seu internamento na UCI ou relacionada com procedimentos invasivos e não invasivos a que é submetido.<sup>44</sup>

Acerca do papel do Enfermeiro neste diagnóstico, Ponte sublinha Sequeira, e esclarece que este conforme vai obtendo experiência adquire, concomitantemente, maior competência empática para com o cliente que vivencia uma situação de doença, sendo que terá de integrar ao longo do seu desenvolvimento profissional um conjunto de competências básicas de comunicação com o objetivo de utilizá-las de modo efetivo nos contextos de saúde, agindo com empatia, assertividade e aceitação na identificação da dor e na promoção do conforto e bem-estar do cliente e da sua família.<sup>43</sup>

Teixeira e outros, referindo-se a Ferreira, esclarecem que controlo e gestão da dor no cliente em situação crítica, engloba para além da avaliação e monitorização, igualmente a implementação de intervenções interdependentes (condutas farmacológicas) e autónomas (condutas não farmacológicas) para o seu tratamento.<sup>44</sup> Neste sentido, foi imperativo neste estágio realizar a identificação, quantificação e tratamento da dor ao cliente em condição crítica, não raras vezes com consciência comprometida, aplicando as escalas de *Glasgow* e de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*).

Em CI a dor pode ser consequência de intervenções invasivas, pelo posicionamento do cliente em situação crítica, colocação de cateter central ou cateter arterial, aspiração de secreções, remoção de tubos torácicos, entre outros. Constatou-se durante esta prática clínica que a prevenção da dor é uma consideração presente na equipa através da monitorização horária com base na escala comportamental da dor (BPS – Behavioural Pain Scale). Durante este estágio, a aplicação desta escala foi uma preocupação constante uma vez que o cliente ao estar sedado e/ou ventilado não tem possibilidade de transmitir o seu desconforto.

Kolcaba, citada por Santos, considera três tipos de medidas de conforto: **medidas de conforto técnicas**, pela manutenção de homeostasia e controlo da dor, mediante a monitorização de sinais vitais e administração de terapêutica antiálgica; **medidas de coaching**, no sentido de diminuir a ansiedade, promover a confiança, informar, encorajar e ouvir; e **medidas de comfort “Food for the Soul”**, cuja finalidade é alcançar a transcendência por via de interações memoráveis entre o Enfermeiro e o cliente, como: a massagem, a otimização de um ambiente promotor de tranquilidade, a imaginação guiada, a musicoterapia e o toque.<sup>45</sup>

Por outro lado, concorda-se com Taveira quando considera que a dor não é a única causa perturbadora numa UCI.<sup>46</sup> Para este autor a privação do sono acaba sempre por ser um problema comum, e todos os sons que não são familiares constituem maioritariamente uma ameaça para o cliente.<sup>46</sup> No mesmo propósito, Taveira cita Rabiais, afirmando que o estímulo visual nos cuidados intensivos é desmesurado pela iluminação permanente; as luzes podem incitar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite, suspensão do sono.<sup>46</sup> O mesmo autor explica que o ciclo de sono é perturbado pela iluminação ou outras fontes de estimulação ambiental, mas similarmente pelas intervenções constantes do Enfermeiro.<sup>46</sup> Estando em conformidade com esta afirmação, a UCI onde se realizou este estágio tem na sua estrutura física janelas ao longo de toda a unidade que permitem a entrada de luz solar e, igualmente, permite a perceção da chegada da noite. Desta forma, é facilitada a orientação temporal do cliente em situação crítica internado nesta unidade. A par da preocupação constante da equipa nesta temática, atendendo às evidências científicas e aos meus compromissos éticos, promovi constantemente apropriar o tom de diálogo, adequar a luz às necessidades e reduzir os estímulos sensoriais. Quando se aproximava a noite, tinha o cuidado de reduzir a iluminação da unidade do cliente e, por outro lado, reduzir ao mínimo a duração dos alarmes dos equipamentos. Neste sentido, durante este estágio foi desígnio não só o conforto físico do cliente como também o conforto audiovisual (ambiental).

Durante a presente prática clínica foram vários os clientes que foram submetidos a drenagem torácica, seja em modo passivo como em modo ativo, pelas mais diversas causas. Contudo, foram dois clientes especificamente que mais facilmente são recordados. Um deles (tinha o nome de um personagem de uma história romântica muito conhecida), inicialmente encontrava-se com ventilação assistida e sedado e, num dos turnos, sob apoio de ecógrafo foi necessário auxiliar o médico de serviço a colocar drenagem torácica passiva por derrame pleural. Ao longo do estágio, numa fase posterior, foi realizado desmame da sedação e o

cliente foi ficando mais desperto e consciente. Coincidiu uma das vezes assistir à visita da filha ao cliente o que foi transtornante o sentimento que experienciei de impotência. O cliente numa fase crítica, com consciência, a reconhecer claramente a filha e, pelo facto de ainda se encontrar com prótese ventilatória orotraqueal, não poder falar com a sua familiar. Neste momento, foi clarividente a empatia da equipa multidisciplinar, a preocupação em explicar a situação à filha do cliente e em tranquilizá-la que o seu familiar se encontrava confortável e bem adaptado ao ventilador. A conduta de Enfermagem de suporte emocional à família é crucial, assim como a integração e participação no processo de cuidados por parte da mesma.

Outro cliente que relembro nesta condição com derrame pleural, era Médico aposentado cujo traço que destaco era a sua gentileza, mesmo na sua condição crítica. Era extremamente educado e colaborante nos cuidados. Tinha sido submetido a uma prostatectomia e, de entre as múltiplas patologias, destacava-se espondilite anquilosante o que lhe conferia um enorme grau de dependência física. No primeiro contacto que existiu com este cliente, foi nas primeiras horas pós-operatórias de prostatectomia, em que desenvolveu o síndrome de abdómen agudo. Neste contexto teve de ser entubado nasogastricamente. O Médico de serviço explicou-lhe a necessidade emergente de ser entubado nasogastricamente e o cliente generosamente lembrou ao seu colega: “– Doutor, não vai ser fácil, tenho espondilite anquilosante, não consigo endireitar o pescoço”. A equipa presente ficaram sensibilizados pelo cuidado do cliente em alertar para o facto de o procedimento não ser fácil. Ainda na condição de abdómen agudo, voltou ao bloco operatório no sentido de ser submetido a colostomia. Uns dias mais tarde, tendo consciência da condição de situação crítica, este cliente igualmente colaborou de forma exímia na colocação de drenagem torácica passiva por derrame pleural bilateral. Questionava várias vezes acerca da quantidade de drenagem e das características do líquido drenado. Para além dos seus conhecimentos médicos gostava de ouvir música e recordo as conversas que estabeleci com ele acerca desse tema, sendo meu desígnio promover a este uma imaginação guiada. Era visitado pela esposa todos os dias. Relembro a esposa ter comentado comigo que estava cansada de ver o esposo naquela condição. Um dia a esposa não voltou à UCI... O cliente faleceu... Foi clarividente que a esposa deste cliente experienciava um grande sofrimento, ansiedade e insegurança, associados à ausência do esposo internado, como defendido por Mendes, citado por Santos.<sup>46</sup> Tal como Frizon e outros, referido por Santos, a esposa deste cliente vivenciava sensações de dor, tristeza, angústia, impotência, medo e desespero, relacionados com a possibilidade iminente da perda.<sup>45</sup> Santos, ao referir-se a Mendes, defende o papel determinante do

Enfermeiro no suporte fornecido à família do cliente em situação crítica, entendendo que se a família for informada reverte significativamente a redução ou controlo das outras necessidades, sendo facilitador da aprendizagem na gestão da ausência do familiar internado em condição crítica, da necessidade de estar próximo.<sup>45</sup> Consequentemente, a esposa deste cliente soube progressivamente dissipar a dúvida e a incerteza; estar preparada; gerir emoções; autocontrolo, tal como explica Mendes referido por Santos.<sup>45</sup> O mesmo autor acrescenta que, desta forma, a informação reclama um lugar central devido à possibilidade de tranquilizar esta esposa.<sup>45</sup>

Durante este estágio assistiram-se a diferentes formas de interação com a família, o que vai de encontro ao que Santos explica, segundo Mendes, em que a família se torna cliente de Enfermagem, pela vivência de um processo de transição saúde-doença, de um dos seus membros.<sup>45</sup> Sendo essencial o suporte do Enfermeiro na assistência a este familiar como a vivenciar um processo de transição situacional.

Contrariamente à minha realidade profissional atual, em contexto pandémico, em que não são permitidas visitas de familiares, salvo em casos excecionais, durante esta prática clínica as visitas eram autorizadas. Contudo, apenas durante uma hora por dia, sendo exigido que seja sempre a mesma pessoa significativa a visitar o cliente. E foi nesta crise epidemiológica que verifiquei a humanização dos cuidados da equipa da UCI. O facto de muitas vezes ser necessário pesar os pratos da balança e avaliar os contributos e os prejuízos de determinada situação faz todo o sentido. E foi isso que se verificou. A troca de felicidade e tranquilidade que cliente e família partilhavam nestes curtos momentos é uma mais valia para cuidado integral.

Destacam-se, ainda, as exceções permitidas, com limites éticos muito sensíveis, no sentido de viver esta época de pandemia de uma forma mais humanizada. Recorda-se uma cliente que tinha já longas semanas de internamento nesta unidade e cuja relação com o único filho era distante, também motivado, confidenciava a própria, por este ser dependente de substâncias ilícitas. Contudo, a mesma tinha uma relação muito próxima com a irmã e com o sobrinho. Era a irmã o familiar autorizado a visitá-la todos os dias à mesma hora. Mas... um dia teve uma maravilhosa surpresa... Quem apareceu à hora combinada não foi a irmã, mas o sobrinho. Foi notória a felicidade de ambos. Dir-se-ia que é fundamental este paradoxo da equipa da UCI, ao mesmo tempo que se destaca pela preocupação em prestar cuidados técnico-científicos de última evidência científica, analogamente tem presente a humanização

dos cuidados. Portanto, concorda-se com Santos, ao citar Hanson, o qual considera que o Enfermeiro, sempre que possível, deve questionar o cliente sobre quem é que admite como família.<sup>45</sup>

Em contrapartida, também nos momentos mais difíceis, a equipa da UCI foi a heroína neste filme sobre a pandemia. E foi numa circunstância de particular dor que a equipa da UCI possibilitou a presença conjunta de três familiares de um cliente em fase terminal, permitindo estarem reunidos no momento da partida deste.

Com estes casos foi, conseqüentemente, possível comprovar a importância da interação entre a equipa de Enfermagem e o cliente/família. Taveira, ao citar Nascimento, enfatiza que a reflexão sobre a capacidade de comunicar torna o Enfermeiro mais humano, mas para que isso aconteça terá que estar disponível para o diálogo e disposto a ir além da competência técnica.<sup>46</sup> Neste propósito, Cintra, citado por Taveira defende que só é possível humanizar os cuidados intensivos partindo da nossa própria humanização.<sup>46</sup> Schneider e outros, citado por Taveira, refere que apesar de a UCI ser um ambiente integralmente distinto de outras unidades, não impede a humanização do cuidado, que é expressa pela atitude relacional do Enfermeiro com o cliente e seus familiares.<sup>46</sup>

Faz, ainda, sentido referir neste capítulo um dos momentos mais marcantes deste estágio. O tal cliente com nome de um personagem de uma história romântica, referido anteriormente, a certa altura do estágio, chegou a uma fase terminal ainda sob ventilação invasiva. E foi neste contexto que surgiu o privilégio de presenciar a incrível generosidade e grandiosa empatia da equipa multidisciplinar da UCI em transferir este cliente de uma unidade em regime aberto para uma unidade em regime fechado de forma a possibilitar a reunião dos familiares mais próximos deste (esposa e filhos) e proporcionar de forma mais íntima despedirem-se no momento da sua partida. Importa, portanto, referenciar Silva e outros, mencionados por Santos, que desenvolveram uma investigação cuja categoria central que surgiu foi a promoção do conforto no processo de morrer, tendo como significados: aliviar o desconforto físico, como a dor e a dispneia; disponibilizar apoio social e emocional ao cliente em fim de vida e família, permitindo a sua presença contínua junto do mesmo, apesar de tal implicar a flexibilização de normas e rotinas hospitalares; e garantir a manutenção da integridade cutânea e do posicionamento corporal.<sup>45</sup> À vista desta investigação, comprova-se a TC de Kolcaba que prevê, para além do conforto físico, igualmente o conforto psicoespiritual, sociocultural e ambiental que incluem a família.<sup>45</sup> Concorde-se com Santos,

ao citar Benner, quando refere que o conforto promove tanto o bem-estar no cliente como na família, acrescentando que esta se torna uma extensão do cliente em situação crítica.<sup>45</sup> Kolcaba, referida por Cruz, sublinha que tudo isto é realizado com a cooperação dos Enfermeiros, que utilizam a sua arte de intervenção criativa, num cuidar envolvendo um complexo de intervenções confortantes.<sup>24</sup> Tal enfatiza que o cuidar em Enfermagem pretende-se que seja disruptivo de um cuidar simplesmente tecnicista.

Comprova-se pela TT de Meleis que a família do cliente em situação crítica vivencia um processo de transição situacional, motivada pela transição saúde-doença do seu familiar, como explica Santos.<sup>45</sup> O mesmo autor, referindo-se a Meleis, explica tal processo com o facto que a família em qualquer momento do seu ciclo vital experiencia um processo de transição situacional, que compreende a perda de um papel desempenhado pelo cliente internado como por exemplo o papel de sustento da família.<sup>45</sup>

Soares, ao citar Wright e outros, defende que, para além da situação crítica em que se encontra o cliente internado que necessita de cuidados personalizados, igualmente a família irá requerer de cuidados de Enfermagem, uma vez que está a vivenciar um desequilíbrio familiar com o internamento, sendo crucial a intervenção do Enfermeiro, com o intuito de suprimir os problemas que a família está a experienciar.<sup>30</sup> Nesta conjuntura, durante este estágio as intervenções de Enfermagem foram direccionadas também para a família como foco de atenção e não numa abordagem fragmentada visando apenas o cliente, como defende o mesmo autor.<sup>30</sup> Soares esclarece que viver o internamento de um familiar pode incitar uma consciência de mudança.<sup>30</sup> O mesmo autor, ao referenciar Mendes e outro, menciona que o viver uma condição de saúde-doença de um familiar, leva a pessoa a refletir e consciencializar-se sobre a fragilidade da saúde humana.<sup>30</sup>

Foi considerado durante esta prática clínica um cuidar facilitador da transição saudável do familiar. Tal como defende Soares, se o Enfermeiro apoiar os familiares durante o internamento ajuda-os a ultrapassarem a situação presente de forma mais descontraída.<sup>30</sup>

A minha conduta durante esta prática clínica teve presente que a Enfermagem não vê apenas o cliente em situação crítica, mas igualmente a família a vivenciar um processo de transição pela condição do familiar internado. Nesse sentido, corrobora-se com Rodrigues, ao considerar que o Enfermeiro tem o dever de interagir suportado pela relação terapêutica, ajudar a família a lidar com os desafios e com as transições, com a intenção de promover estabilidade e aumentar a sensação de bem-estar.<sup>47</sup> O mesmo autor considera que o tempo

que cada Enfermeiro dedica à família, ajudá-la-á a instituir com eles uma relação empática e cimentada na confiança.<sup>47</sup> O que só será exequível se o Enfermeiro que cuida da família demonstrar verdadeira preocupação e disponibilidade pelos seus problemas, saiba ouvir, criando uma atmosfera de abertura que simplifique e estimule a falar dos seus medos e das suas angústias, o apoie moral e psicologicamente mostrando a sensibilidade e discrição que cada situação particular exige, como esclarece Rodrigues.<sup>47</sup>

No que concerne o segundo objetivo específico para este estágio - contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em CI na área da satisfação do cliente - o cuidar intensivo à pessoa com traqueostomia também era um desígnio durante este estágio, uma vez que ao longo da minha prática profissional nunca o tinha realizado. Surgiram algumas oportunidades nesse sentido e, inclusivamente, houve oportunidade não só de prestar cuidados diretos de Enfermagem como também de assistir ao ensino realizado a um cliente durante a mudança entre cânula de traqueostomia não fenestrada para uma fenestrada, permitindo a este retomar novamente a comunicação verbal. Compreendeu-se que a continuidade de cuidados a este padrão de cliente implicaria um investimento na educação do mesmo. Pelo que foi premissa neste estágio, e indo ao encontro do segundo objetivo específico traçado, a elaboração de um guia orientador para a pessoa com traqueostomia. Em reuniões informais com a Enfermeira Orientadora foi avaliada a necessidade e a adequação deste tipo de intervenção junto do cliente em situação crítica e, posteriormente foi elaborado o guia em questão. Foi submetido à correção pela Enfermeira Orientadora pela sua experiência em cuidados intensivos e pelo facto de ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A aceitabilidade do guia pelo serviço ficou pendente pelo facto de esta prática clínica ter sido abruptamente interrompida uns dias antes do previsto devido a um surto epidemiológico na equipa. Porém, considera-se que a realização deste guia promoveu-me a aquisição de competências no cuidado ao cliente com traqueostomia, fundamentalmente na forma como se devem realizar os ensinamentos, critério decisivo na promoção educacional.

## 2.2. PRÁTICA CLÍNICA II - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

As mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a confirmar na sociedade em geral e, em particular, na área da saúde exibem novos impulsos aos Enfermeiros. Estes reptos incentivaram-me na reflexão e na busca de novos saberes e orientaram-me na

indagação de formação contínua e académica especializada de forma a ir ao encontro de um crescimento profissional e pessoal, onde cada vez mais me são intimados conhecimentos de elevado nível quer práticos quer teóricos. Por esse ângulo, acredito que a Enfermagem sendo uma arte é igualmente uma ciência e, portanto, é nessa vertente que tem de se comportar, sendo imperativo “fazer” tal como “saber fazer”.

Pessoalmente, na circunstância de estudante de mestrado e atendendo às premissas das competências do EE, o objetivo geral balizado para este estágio contemplou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado de Enfermagem especializado à PSC e sua família em contexto de Serviço de Urgência (SU). Elencando como objetivos específicos nesta prática clínica: desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua família em contexto de SU; e, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em SU na área da satisfação do cliente.

Reclamei a mim própria toda a dedicação nesta prática clínica e na consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos na formação académica e, identicamente baseando-me na evidência científica. Por conseguinte, admito a afirmação de Benner, citada por Ponte, quando reconhece que “a especialização se consegue através do empenho depositado na experiência, bem como da integração de conhecimentos e competências”.<sup>43</sup>

As circunstâncias que decretaram esta trajetória são, igualmente as que se consideram ter sido depositárias de um cuidar de Enfermagem integral, porém importa destacar os incidentes mais reveladores desse crescimento pessoal e profissional.

Recorda-se uma estudante de 3º ano do curso de Medicina que tinha recorrido ao SU com sintoma de lombalgia com dois dias de evolução, a quem tinha sido diagnosticada pielonefrite. Encontrava-se na Sala de Observação (SO) a aguardar transferência para o internamento. O seu discurso era típico de quem sai do seu ambiente abruptamente numa condição de doença súbita, mas com a agravante que os pais desta jovem se encontravam a viver fora de Portugal e, portanto, não tinha pessoas significativas da família próximas. Acredita-se, tendo em conta a TC de Kolcaba, que a atuação de Enfermagem com esta cliente foi positiva, uma vez que incluiu medidas promotoras de conforto físico (como o conforto algico ou aconselhamento postural com o sentido do alívio da dor); medidas de conforto ambiental (com a adequação térmica corporal e promoção de privacidade); medidas de conforto psicoespiritual (através da motivação e esperança na melhoria do quadro clínico

relembrando a necessidade da antibioterapia nesta situação) e medidas de conforto sociocultural (incentivando ao contacto audiovisual com os familiares e amigos). No que respeita a condição súbita de doença desta jovem estudante de Medicina, concorda-se com Santos quando se refere a Kolcaba e outros, explicando que o papel do Enfermeiro visa ajudar a cliente a criar condições que proporcionem uma transição saudável.<sup>45</sup> A situação de pielonefrite demanda que a cliente tome consciência (propriedade da transição) da necessidade da mudança (outra propriedade da transição apontada pela TT); e, simultaneamente, implica também que a cliente se sinta envolvida (“engajamento”) na situação atual, permitindo que influencie diretamente o seu nível de compromisso no processo de transição, como explica Ferreira.<sup>48</sup> Foi possível verificar o envolvimento na situação atual com as questões que a cliente colocava à equipa acerca da sua condição e, igualmente, durante o seu discurso considerar suspender as aulas da Faculdade no sentido de recuperar mais facilmente o estado de saúde, compreendendo-se uma mudança proativa nas suas atividades, como defende Ferreira.<sup>48</sup> Ainda acompanhando a teoria de Meleis, entende-se que as condições da transição desta jovem podem ser consideradas facilitadoras, considerando as suas dimensões pessoais como seja: é diferenciada intelectualmente, pertence a uma classe socioeconómica média-alta. No entanto, em termos de suporte de sociocomunitário a transição saúde-doença pode ter como fator inibitório o facto de os seus pais estarem ausentes do país. Porém, o suporte social em termos de amigos próximos foi verificado, pressupondo um processo de transição saudável.

Relembra-se um Inspetor da Polícia Judiciária aposentado com quadro de retenção urinária súbito, deu entrada na SO durante um dos turnos que realizei no SU. A sua chegada fez-se particularmente notar pelo facto de oferecer um discurso renitente a ser auxiliado a ser acolhido neste espaço. Alegou por diversas vezes que tinha de regressar para sua casa, ao mesmo tempo que contestava os cuidados da equipa. No entanto, tendo consciência da sua situação atual consentia as intervenções de Enfermagem, como por exemplo drenagem vesical e colheita de rotinas analíticas. A dada altura desse mesmo turno confidenciou que tinha de ir para casa porque a sua esposa já de avançada idade nunca tinha ficado sozinha e acrescentou que o seu gato iria igualmente sentir a sua falta. Durante o longo diálogo, explicou que o seu gato, companheiro de há longo tempo, costumava adormecer com a esposa e logo de manhã bem cedo era a ele que ia pedir o pequeno-almoço. Sendo estas confissões tão ternurentas que se revelaram na assinatura de alta contra parecer médico, apesar da neta (familiar que o acompanhava no SU) o advertir do risco que corria.

Negativamente avalia-se a minha inexperiência em não ter tido sucesso na argumentação para capacitar o cliente em permanecer internado sob observação. Ainda que o cliente tenha reconhecido verbalmente que teve muito gosto em me conhecer e confidenciado que “será uma grande profissional” (sic). Importa que o Enfermeiro compreenda que este cliente acolhido na SO recebeu, momentos antes de ser acolhido nesta sala, um diagnóstico de doença. Relembrando a bibliografia, concorda-se com Afonso e outros que defendem o momento de o diagnóstico ser sempre gerador de algum sofrimento psíquico pois, a doença traz insegurança e ansiedade.<sup>49</sup> Os mesmos autores, citando Melo, acrescentam que o cliente avalia a ameaça associada ao diagnóstico/tratamento com uma resposta emocional a essa ameaça e desenvolve estratégias de *coping* com o propósito de diminuir a ameaça percebida.<sup>49</sup> As intervenções de Enfermagem promovem a manutenção de comportamentos adaptativos, por esse motivo atendem às necessidades deste cliente, de forma a prepará-lo para a transição, simplificando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a sua própria saúde e experiência de doença, como esclarecem Afonso e outros.<sup>49</sup> Outra estratégia de Enfermagem para a promoção do conforto psicoespiritual deste cliente foi a imaginação guiada, defendida pela teoria de Kolcaba. Quando questionado sobre a sua profissão de inspetor da judiciária confidenciou o seu deleite na sua atividade profissional, explicando que muitas vezes se viu confrontado com crimes bárbaros, mas que não o impediam de realizar um bom trabalho. Desta feita, foi essencial para o seu conforto esta viagem no tempo, permitindo ausentar-se da SO nem que sejam por uns minutos.

Evoca-se um Ex-Ministro da Agricultura com início de quadro de dor precordial nessa manhã a quem foi diagnosticado doença coronária aguda, cujo plano clínico seria ser submetido a angioplastia percutânea durante essa mesma manhã. Quando foi admitido na SO era notória a sua ansiedade que verbalizava com o facto de ainda hoje de manhã tinha ido às compras de forma autónoma e agora estava “numa cama de hospital” (sic), com a família na sala de espera preocupada consigo. A sua angústia insidia fundamentalmente com a circunstância de a família ter sido submetida a este constrangimento e à condição de a sua autonomia estar comprometida, já que não tinha permissão para se mobilizar, dada a indicação de repouso absoluto. Do ponto de vista do conforto físico, negava precordialgia. Na ótica do conforto ambiental, apenas solicitou que lhe fosse oferecido um cobertor justificando algum arrefecimento do espaço. Na perspetiva do conforto psicoespiritual, manifestava ansiedade pela restrição de visitas da família, pela inerência do enquadramento epidemiológico atual; e, portanto, manifestava desconforto sociocultural, tendo manifestado

menos ansiedade após lhe ter sido explicado a relevância de nesta fase de pandemia serem restritas as visitas; e, igualmente, quando lhe foi permitido pela equipa despedir-se da família antes do procedimento de angioplastia. De qualquer forma, entende-se que se acrescentou contributo na satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem ao permitir um cuidado personalizado ao chamar o cliente pelo seu nome e apresentando-me pelo nome e identificando-me como de estudante de especialidade de Enfermagem. Simultaneamente eram-lhe explicadas as intervenções de Enfermagem; por outro lado, eram respondidas todas as solicitações do cliente demonstrando disponibilidade e empatia pela sua situação atual. A certa altura foi solicitada a sua autorização para que me permitisse assistir ao procedimento a que iria ser sujeito no serviço de Hemodinâmica a que o cliente respondeu que sim e, inclusive, agradeceu justificando que dessa forma se sentiria mais acompanhado já que me conhecia previamente ao procedimento. Para Kolcaba, como confirma Nogueira, é basilar para alcançar o conforto sociocultural um acolhimento bem realizado.<sup>25</sup> Nesse sentido, foram promovidas estratégias facilitadoras para que este cliente com patologia coronária se sentisse convenientemente acolhido e informado diligenciando, desta forma, como explica Nogueira, o seu envolvimento nos cuidados e na tomada de decisão.<sup>25</sup> O mesmo autor, ao mencionar Kolcaba, acrescenta que o Enfermeiro é um grande suporte social devendo tomar como pressuposto fazer o cliente sentir-se na sua própria casa.<sup>25</sup> Decorrente desta perspetiva, na fase de acolhimento na SO procurou-se conhecer o cliente e o seu contexto de vida, a sua perceção da sua situação de transição saúde-doença, expectativas, suporte familiar. Ainda na dimensão do conforto sociocultural, foi manifestado por este cliente a iminência de se tornar dependente de cuidados, exteriorizando ansiedade com o facto de tal se traduzir em sacrificar a sua família. Nogueira, ilustrando a teoria de Kolcaba, explica que o desconforto experienciado por este cliente com doença coronária aguda verifica-se nas dimensões da transcendência sociocultural, uma vez que a sua capacidade para planear, controlar e resolver os seus problemas está condicionado pelo contexto das suas relações interpessoais, familiares e sociais.<sup>25</sup> No que diz respeito às intervenções de Enfermagem que implicaram a gestão do conforto ambiental, foi argumento a dimensão da tranquilidade já que, como comprova Kolcaba, o facto de se manipular o ambiente melhora a *performance* do cliente dado que facilita a sua satisfação, como alega Nogueira.<sup>25</sup> Neste sentido, durante esta prática clínica foram consideradas determinadas condutas confortantes facilitadoras do estado de tranquilidade ambiental, como explica a teoria de Kolcaba: a intensidade da luz (o facto de na SO ser possível regular a intensidade da luz, sempre que não se justificava por algum procedimento técnico, era regulada para a intensidade média ou baixa; por outro lado, o facto

de nesta sala existirem janelas era causa adjuvante da orientação do ciclo dia-noite; todavia, foi encontrado um fator negativo nesta sala, pela circunstância de não existir um relógio que permitisse ao cliente a orientação temporal); a privacidade (no espaço que compreende a SO existiam biombos laterais entre cada cama, porém pelo facto de ter as camas distribuídas de frente umas para as outras exigia que fossem aplicados biombos portáteis de forma a privilegiar a privacidade individual de cada cliente, sendo algumas vezes os biombos em quantidade insuficiente para as necessidades; e, não obstante, a privacidade acústica não era possível ser assegurada); a temperatura do espaço (pelo facto de ser regulada de forma externa pelo serviço de manutenção, existia algumas vezes, nomeadamente mais ao final do dia e em clientes com idade mais avançada, a necessidade de aplicar roupa extra fornecendo mais aquecimento corporal); o ruído (como momentos mais tranquilos considerou-se quando o Enfermeiro realizava os registos de Enfermagem, após os cuidados de higiene ou durante o período da refeição; e como momentos menos tranquilos, alarmes dos equipamentos e, em algumas situações, quadro de demência e/ou agitação psicomotora, em que determinado cliente questionava o ruído existente na SO; sempre que possível a transferência ou a alta da SO era preocupação do Enfermeiro, no sentido de diminuir este tipo de constrangimento); a prevenção de quedas (com estratégias como cama com as rodas travadas, grades da cama elevadas, plano da cama o mais baixo possível, campainha junto do cliente, objetos pessoais do cliente junto deste, orientação espaço-temporal frequentemente ao cliente confuso, substituição frequente do absorvente no cliente incontinente de esfíncteres). No que concerne ao conforto emocional, Kolcaba considera que o Enfermeiro deve implementar estratégias “confortadoras da alma”, que ajudem o cliente a sentir-se fortalecido e que se relacionam com a dimensão da transcendência, como referencia Nogueira.<sup>25</sup> Nessa esfera, foi intenção neste estágio a aplicação de exercício de utilização de imagens mentais positivas, da massagem e do toque terapêutico, com o intuito de reduzir a ansiedade e o stress, como sugeriu Nogueira.<sup>25</sup>

Lembra-se uma Professora que tinha sido sujeita a um acidente no dia anterior que se revelou numa fratura do colo do fémur, em consequência de uma queda da própria altura enquanto praticava caminhada diária. A cliente, uma mulher de meia idade, profissionalmente ativa e praticante de desporto diariamente, verbalizava a sua angústia pela sua condição atual ao mesmo tempo que manifestava queixas álgicas à mobilização. O plano após avaliação das queixas álgicas incidiu em administrar terapêutica antiálgica prescrita para conforto físico uma vez que se programava o cuidado de higiene assistido na condição de repouso no leito.

Após as medidas de conforto para diminuição das queixas álgicas e de cuidados de higiene, introduziram-se alguns ensinamentos que incluíam exercícios isométricos e isotônicos, justificando o seu propósito iminente à indicação de repouso no leito durante as 48 horas que se seguiam uma vez que aguardava ser encaminhada para o bloco operatório para a implantação de uma prótese total da anca. O contributo de Enfermagem implementado foi incidir no plano de reabilitação da cliente, ao mesmo tempo que admitia a sua satisfação do ponto de vista do conforto físico, que foi reconhecido pela cliente que agradeceu as noções dos exercícios explicados. Ao ser preocupação um plano de cuidados de reabilitação nesta cliente, apesar de o intervalo de tempo que permaneceu na SO ter sido escasso, já que após os cuidados de higiene foi encaminhada para o Bloco Operatório, vai ao encontro do que Nogueira defende.<sup>25</sup> Este autor explica que o plano de cuidados funciona como uma fonte essencial na obtenção de competências, uma vez que a sua elaboração impõe a mobilização de conhecimentos pertinentes para uma avaliação sistemática das necessidades de conforto do cliente com alterações motoras.<sup>25</sup> Negativamente, entende-se que não surgiu oportunidade de introduzir cuidado de encorajamento e esperança, porque emotivamente a cliente não manifestou essa necessidade.

Confirma-se que a bússola orientadora que esteve subjacente a este percurso prendeu-se com a promoção do conforto do cliente, relacionando com a TC de Kolcaba. E, paralelamente, reconhecendo fenómenos de transição saúde-doença com a aplicação de intervenções de Enfermagem promotoras da TT de Meleis. Ao longo deste estágio considerou-se que o conforto fosse preocupação constante uma vez que o desconforto acrescenta a condição de vulnerabilidade. Porém, importa destacar que conforto não é somente a ausência de dor. Durante a passagem por este SU foi claro para mim o que Kolcaba explica na sua teoria. Não foram raras as vezes que o cliente em situação crítica, apesar de lhe ter sido administrada medicação antiálgica continuava a exteriorizar desconforto pela inquietude e preocupação com a sua circunstância atual, com a sua família e, em alguns casos até manifestava desconforto por assistir à condição de doença de um cliente que estivesse na mesma sala nesse dia. Tendo embora em consideração a total inexperiência em contexto de SU, considerei fundamental no cuidado ao cliente em situação crítica as quatro dimensões da teoria de Kolcaba (física, psicoespiritual, social e ambiental), tomando estratégias de promoção de alívio, de tranquilidade e de transcendência, como identificou a mesma autora. Por conseguinte, quando, durante este estágio, se considerou especificamente a necessidade específica de conforto do cliente, por exemplo, o **alívio** da dor física através da administração

de medicação antiálgica, a pessoa cuidada experimenta conforto no sentido de alívio. Por outro lado, o objetivo de estratégias de Enfermagem apaziguadoras quando o cliente se encontrava numa situação de ansiedade e vulnerabilidade era, fundamentalmente, alcançar o estado de satisfação confortável. Em que, à luz da teoria de Kolcaba, o cliente experienciava conforto no âmbito da **tranquilidade**, por exemplo, como alguém pode se sentir depois de ter resolvido problemas que estão a provocar ansiedade. Finalmente, entendendo a **transcendência** como o estado de conforto no qual o cliente está apto para ultrapassar os seus desafios, compreende-se que os ensinamentos fornecidos são fenómenos capacitantes para atingir esta condição.<sup>50</sup>

Por fim, considera-se significativo sublinhar a preocupação da equipa do SU no sentido de que instalou iluminação na sala de espera numa intensidade muito ténue, permitindo um ambiente o mais tranquilizador possível.

No que se refere ao segundo objetivo específico - contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em SU na área da satisfação do cliente - os ED são para o cliente o quadro de garantia da qualidade do cuidar de Enfermagem e para o Enfermeiro a matriz para uma prática profissional de excelência, segundo defende Martins e outros.<sup>51</sup> E, é seguramente durante a prática de cuidados ao cliente que se percebe se o cuidado está a ser de acordo com o que era esperado por este, pela verbalização de aceitação, de agradecimento, de valorização que se recebe do recetor do cuidado de Enfermagem.

A procura contínua pela excelência nos cuidados que foram prestados ao cliente em situação crítica no SU onde decorreu este estágio, entende-se que foi facilitador do cumprimento das boas práticas que balizam os PQCE descritos anteriormente. Ainda ao que à qualidade dos cuidados diz respeito, importa salvaguardar a importância da necessidade constante da procura do estado da arte no sentido da excelência da práxis. Nesse sentido, em reuniões informais com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Coordenadora, foi proposta uma sessão de formação em contexto de trabalho no sentido serem apresentados os resultados da investigação acerca da temática em investigação: “Fatores que influenciam a satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem” na sequência de uma Revisão de *Scoping* da Literatura. Ambas as Enfermeiras aceitaram a proposta da sessão, tendo sido posteriormente elaborada a proposta formal para a realização da sessão. A agenda da sessão foi cumprida tendo sido promovida à equipa de Enfermagem do SU a sessão de formação prevista. A aceitação e pertinência do tema exposto foi transversal na verbalização de todos

os Enfermeiros que assistiram à sessão, tendo apresentado a justificação que se trata de uma temática que inquieta a equipa, mas que nem sempre com a prática de cuidados urgentes/emergentes é uma prioridade. E acrescentaram que o facto de haverem momentos como este onde se promove espaço de reflexão sobre a questão são enriquecedores na promoção da qualidade.

Paralelamente a esta sessão de formação, no decorrer desta prática clínica, realizou-se a apresentação de um póster no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa “Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente - Inovadora no Futuro” onde, identicamente, foram apresentados os resultados da Revisão *Scoping* da Literatura sobre a temática “Fatores que influenciam a satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem”.

#### 4. CONCLUSÃO

*“Um vencedor é um sonhador que nunca desiste.”*

Nelson Mandela

Considerando que a satisfação do cliente é um dos desígnios para a qualidade no cuidado de Enfermagem, o meu propósito foi compreender que pressupostos no cuidar poderiam estar implicados. Honrando, ao longo do meu percurso, os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, valorizando a essência de cada um, procurando perseverantemente pela relação empática com o cliente, incluindo-o no planeamento de cuidados, permitindo a dimensão família no processo de cuidados e a compaixão do Enfermeiro para minorar o impacto negativo no cliente, impelido pela transformação ambiental sujeita pelo constrangimento do processo de doença.

Outra premissa neste percurso foi a Teoria do Conforto de Kolcaba, prezando que essa doutrina tem a aptidão de edificar o conforto na “vanguarda da saúde”, como aclara Cruz.<sup>24</sup> A inquirição por aprofundar mais conhecimento sobre esta teoria permitiu-me olhar de forma mais clarividente para o recetor dos meus cuidados.

O dogma da transição foi igualmente ponderado nesta viagem, pela Teoria das Transições, permitindo compreender melhor o olhar sobre a Enfermagem, assumindo ser a arte e a ciência de diligenciar a transição do cliente, considerando as experiências do próprio que atravessam transições, onde a saúde e o bem-estar são os *outcomes* prováveis, como define Meleis, citado por Portela.<sup>10</sup>

A conjuntura contemporânea, como o desenvolvimento técnico-científico, a crescente exigência da qualidade nos cuidados pelo cliente e família em situação crítica e, inevitavelmente a era epidemiológica que atravessamos, constitui um constante desafio na indagação das melhores práticas. Porém, profissionalmente, a satisfação do cliente também me é um tema de particular interesse uma vez que exerço a minha profissão em uma instituição de saúde privada onde é uma vertente permanentemente considerada. Pessoalmente, reconheço a importância deste tema, porque já vivenciei eu própria e com a minha família situações de transição saúde-doença onde o agente “satisfação” foi claramente sentido e indutor de uma recuperação mais clarividente. Assim, estes foram os núcleos

basilares para a elaboração deste relatório que procurou indagar a essência da satisfação da pessoa em situação crítica inerente ao cuidar de Enfermagem, possibilitando a compreensão do estado da arte e, portanto, tributar para uma Enfermagem erudita cientificamente.

Foi possível constatar, no papel de estudante de Mestrado de Enfermagem, que o meu exercício reflexivo na prática clínica auxiliou, gradualmente, a construção do meu pensamento enquanto prestadora de cuidados de Enfermagem. O que vivi e senti durante a prática clínica e a realização deste relatório possibilitaram-me lembrar a importância da aprendizagem pela *práxis* que mais do que experienciada, para que possa ser enriquecedora, deve ser motivo de reflexão, de forma a avaliar e reavaliar continuamente as ações, induzindo compreensão do impacto das intervenções no cliente e em mim. Permitiu-me reconhecer factos relevantes do meu desempenho que os reconheço como aspetos que posso melhorar, contribuindo para uma melhor prática de cuidados de Enfermagem ao cliente em situação crítica.

Os objetivos definidos foram, portanto, atingidos e contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências no trilho para Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que permitirão prestar cuidados de excelência como preconiza a Ordem dos Enfermeiros. Por conseguinte, na qualidade de futura Enfermeira Especialista ensejo adotar uma atitude interventiva tenaz, com o objetivo de promover a acurácia da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Por fim, importa exprimir que a “mochila” que transporte até aqui foi-se esvaziando pouco a pouco de medos e inseguranças, mas, paralelamente, foi sendo preenchida com experiências riquíssimas e *savoir-faire* que me metamorfosearam indubitavelmente como Pessoa e como Enfermeira, reavivando Kafka.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril); disponível em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
2. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento n.º 140/2019; disponível em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
3. Pereira-Mendes, A.; O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em Enfermagem; Revista Eletrónica Educare; 2016; disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
4. Ferrito, C. e outros; Metodologia de Projetos: Coletânea Descritiva de Etapas; Revista Percursos; 2007; disponível em:  
[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
5. Janeiro, V; Relatório de Estágio: Cuidados de Enfermagem especializados à pessoa com ostomia de eliminação intestinal: A resposta dos cuidados de saúde primários; Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2019; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32090>
6. Peters, M. e outros; Capítulo 11: Revisões do escopo (versão 2020); Manual Instituto Joanna Briggs; 2020; disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
7. Abrantes, D.; Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde - A Qualidade dos Serviços de Saúde - Análise Comparativa de Diferentes Perceções; Repositório Digital da UbiBliorum; 2012; disponível em:  
<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3038>
8. Lopes, M.; Dissertação de Mestrado: Satisfação do acompanhante do doente adulto que recorre ao serviço de urgência; Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2015; disponível em:  
<http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1361>

9. Ordem dos Enfermeiros; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos; 2001; disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
10. Portela, J.; Relatório de Trabalho de Projeto: Preparação Pré-Operatória com a Pessoa com Ostomia: Promover uma Transição Saudável; 2015; disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/62701868.pdf>
11. Ribeiro, O. e outros; O olhar dos Enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem; 2018; disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3970016.pdf>
12. Polizer, R.; D’Innocenzo, M.; Satisfação do cliente na avaliação da assistência de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem; 2006; disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a14v59n4.pdf>
13. Apóstolo, J.; O conforto nas teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos; Revista de Enfermagem Referência; 2009; disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2133&id\\_revista=4&id\\_edicao=26](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26)
14. Castro, J.; Projeto de Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde: A satisfação do cliente em contexto de consulta externa, num hospital privado; Instituto Universitário de Lisboa; 2016; disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13049/1/Tese%20-%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Cliente%20num%20servi%C3%A7o%20de%20Consulta%20Externa.pdf>
15. Freitas, S.; Programa de melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem; Ordem dos Enfermeiros; 2015; disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalNelioMendonca\\_SistemaClassificacaoDoentes\\_Madeira.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_SistemaClassificacaoDoentes_Madeira.pdf)
16. Júnior, J.; Motta, L.; Lopes, E.; Mensuração da Satisfação do Cliente com o Serviço de Enfermagem e sua Relação com a Avaliação do Serviço Hospitalar; Revista Gestão e Tecnologia; volume 15, n.º 2, página 68-89; 2015; disponível em: <http://revistagt.fpl.emnuvens.com.br/get/article/view/840/597>

17. Ordem dos Enfermeiros; Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE; 2009 disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)
18. Wikipédia - enciclopédia livre; Qualidade; disponível em:  
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidade>
19. Portela, M.; Avaliação da qualidade em saúde; Editora FIOCRUZ; 2000; página 259-269; disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>
20. Ramos, D.; Saúde: os 7 Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian; 2017; disponível em: <https://blogdaqualidade.com.br/saude-os-7-pilares-da-qualidade-de-avedis-donabedian/>
21. Ribeiro, O. e outros; Qualidade dos Cuidados de Saúde; 2008; consultado em:  
[https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade\\_dos\\_%20cuidados\\_%20de\\_%20saude.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf)
22. Pontífice-Sousa, P.; Tese de Doutoramento em Enfermagem - A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - Construção de uma Teoria Explicativa; 2012; disponível em:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>
23. Petiprin, A.; *Kolcaba's Theory of Comfort*; Nursing-Theory.org.; disponível em:  
<https://nursing-theory.org/theories-and-models/kolcaba-theory-of-comfort.php>
24. Cruz, P.; Construção e implementação de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos; 2012; disponível em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15815/1/Relatorio%20final.pdf>
25. Nogueira, S.; Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Alívio da Dispneia e da Fadiga na Pessoa com Doença Avançada e Progressiva; 2014; disponível em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16319/1/Relat%c3%b3rio%20Sofia%20Lupi%20CD.pdf>
26. Kolcaba, K.; Blog Nursology; 2018; disponível em: <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/kolcabas-comfort-theory/>
27. Omena, J. e outros, Teoria de Kolcaba Aplicada ao Cuidado de Enfermagem para o Paciente Queimado: Uma Revisão Integrativa; 2019; disponível em:

- <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2807/tcc%20pronto%20kolcaba%20%281%29.pdf?sequence=1>
28. Kolcaba, K.; *Comfort as process and product, merged in holistic nursing art*; 1995; 13 (2): 117-31; disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7745238/>
  29. Costa, L.; Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem; *Enfermagem Brasil*; 2016; disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>
  30. Soares, E.; Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem; Os Familiares e Processo de Internamento de um Membro da Família no Hospital: Vivenciar uma Transição; 2013; disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/143408048.pdf>
  31. Mazoni S., Castro K., Vasques C.; Uso do método *scoping review* para mapeamento da literatura relacionada às intervenções de Enfermagem; I International Health Research Seminar - II Nursing Research Symposium in the Federal District.; 2018; disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329198793\\_Uso\\_do\\_metodo\\_scoping\\_review\\_para\\_mapeamento\\_da\\_literatura\\_relacionada\\_as\\_intervencoes\\_de\\_enfermagem/link/5d6acd3392851c8538838756/download](https://www.researchgate.net/publication/329198793_Uso_do_metodo_scoping_review_para_mapeamento_da_literatura_relacionada_as_intervencoes_de_enfermagem/link/5d6acd3392851c8538838756/download)
  32. Woo B., Lee J., Tam W.; *The impact of the advanced practice Nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review*; *Human Resources for Health*; 2017; 15: 63; disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594520/>
  33. Romero-Garcia M. e outros; La percepción del paciente crítico sobre los cuidados Enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción; *Enfermería Intensiva*; 2013; 24: 2: 51-62; disponível em: <https://www.recercat.cat/handle/2072/212513>
  34. Jover-Sancho C. e outros; *Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermeira*; 2015; 26: 1: 3-14; disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65733/1/646159.pdf>
  35. Joven Z., Parada S.; *Perception of the critical patient on the behaviors of humanized Nursing care*; *Av Enferm*; 2019; 37:1: :65-74; disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002019000100065&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002019000100065&script=sci_abstract&tlng=pt)
  36. Gadalean I., Cheptea M., Constantin I.; *Evaluation of patient satisfaction*; *Applied Medical Informatics*; 2011; 29:4: 41-47; disponível em:

- [https://www.researchgate.net/publication/268384462\\_Evaluation\\_of\\_Patient\\_Satisfaction/link/54b7d79b0cf2c27adc473221/download](https://www.researchgate.net/publication/268384462_Evaluation_of_Patient_Satisfaction/link/54b7d79b0cf2c27adc473221/download)
37. Noor S., Maria I., Agianto; *The relationship between caring, confort, and patient satisfaction in the emergency room, Ratu Zalecha Hospital, South Kalimantan, Indonesia*; Belitung Nursing Journal; 2016; 2: 6; disponível em: <https://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/39>
38. Bucco T.; *The Relationships Between Patients' Perceptions of Nurse Caring Behaviors, Nurses' Perceptions of Nurse Caring Behaviors and Patient Satisfaction in the Emergency Department*; Seton Hall University; 2015; disponível em: <https://scholarship.shu.edu/dissertations/2048/>
39. Payne C.; *Teach-Back Methodology to Improve Patient Satisfaction in an Urgent Care Setting*; The Institutional Repository of Liberty University; 2017; disponível em: [https://digitalcommons.liberty.edu/nurse\\_grad\\_proj\\_schol/13/](https://digitalcommons.liberty.edu/nurse_grad_proj_schol/13/)
40. Costa A., Zoltowski A.; *Como escrever um artigo de revisão sistemática*; ResearchGate; 2014; disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/323255862\\_Como\\_escrever\\_um\\_artigo\\_de\\_revisao\\_sistemica/link/5aee454aa6fdcc8508b80fee/download](https://www.researchgate.net/publication/323255862_Como_escrever_um_artigo_de_revisao_sistemica/link/5aee454aa6fdcc8508b80fee/download)
41. Guerreiro, P.; *A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A Arte de Cuidar*; 2016; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16496/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20Patricia%20Baltar%20ESIP.pdf>
42. Costa, S.; *Relatório de Estágio*; 2014; disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19672/1/Vers%C3%A3o%20Final%20%20Tese%20Mestrado%20Sandra%20Costa%2019MAI2014.pdf>
43. Ponte, C.; *Relatório Final: Cuidados Integrals à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca*; 2017; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21571/2/Relat%C3%B3rio%20Final%20%20Carla%20Ponte.pdf>
44. Teixeira, J., Durão, C.; *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura*; Revista de Enfermagem Referência; número 10; página 135-142; 2016; disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a15.pdf>

45. Santos, M.; Relatório de Estágio: Intervenção especializada de enfermagem à pessoa em situação crítica e acolhimento à família na qual se insere; Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2017; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18955>
46. Taveira, C.; Relatório Final: Enfermagem... Um Percurso no Saber; 2011; disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9414/1/Relat%c3%b3rio%20CD.pdf>
47. Rodrigues, L.; Dissertação de Mestrado: A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro; 2013; disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27078&code=743>
48. Ferreira, C.; O papel do Enfermeiro como facilitador da transição saúde-doença à pessoa com enfarte agudo do miocárdio; 2012; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16051/1/RELATORIO%20FINAL-CLAUDIA%20FERREIRA.pdf>
49. Afonso, A. e outros; Revista de Investigação em Enfermagem; Transições saúde-doença – experiência na pessoa gastrectomizada; 2013; disponível em: <https://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/710-rie-5-novembro-2013>
50. Teorias de Enfermagem; Enfermagem Atual; disponível em: [https://currentnursing.com/nursing\\_theory/comfort\\_theory\\_Kathy\\_Kolcaba.html](https://currentnursing.com/nursing_theory/comfort_theory_Kathy_Kolcaba.html)
51. Martins, M. e outros; Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento; Revista Brasileira de Enfermagem; 2016; disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt)

## **6. ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO 1** – Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de  
Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros



**DIVULGAR**

**PADRÕES DE QUALIDADE DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL  
ENUNCIADOS DESCRITIVOS**



## ÍNDICE GERAL

<b>1. Introdução.....</b>	<b>05</b>
1.1. Do contexto .....	05
1.2. Da OE e das instituições de saúde ....	06
<b>2. Enquadramento Conceptual .....</b>	<b>08</b>
2.1. A saúde .....	08
2.2. A pessoa.....	08
2.3. O ambiente.....	09
2.4. Os cuidados de enfermagem .....	10
<b>3. Enunciados descritivos .....</b>	<b>13</b>
3.1. A satisfação do cliente .....	13
3.2. A promoção da saúde.....	14
3.3. A prevenção de complicações.....	15
3.4. O bem-estar e o autocuidado .....	16
3.5. A readaptação funcional .....	17
3.6. A organização dos cuidados de enfermagem .....	18

## 1. INTRODUÇÃO

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu atingido um dos seus desafios importantes. Entre as várias competências estatuídas, definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo **reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem** a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de **reflectir sobre o exercício** profissional dos enfermeiros.

Nesta breve introdução, entendeu-se adequado referir o contexto da produção do discurso, bem como perspectivar o domínio das competências relativas à **implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade** do exercício profissional dos enfermeiros, quer da OE, quer das instituições de saúde.

### 1.1. Do contexto

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a **Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros**, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade.

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. É este o contexto no qual o Conselho de Enfer-

magem (CE) da OE enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Assume-se que a **qualidade em saúde é tarefa multiprofissional** e que tem um contexto de aplicação local. Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

### 1.2. Da OE e das instituições de saúde

Importa distinguir, relativamente aos diferentes papéis institucionais face ao assunto da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que deve ser tido como compromisso da OE e o que deve ser tido como compromisso das instituições de saúde onde enfermeiros exercem a sua atividade profissional.

De acordo com a alínea f). 30º e com a alínea f) do n.º 4 do art. 31º-A do estatuto da OE\*, compete ao CE **definir padrões** de qualidade dos cuidados de enfermagem. De acordo com a alínea f) do n.º 4 do art. 31º-A e com a alínea b) do n.º 3 do art. 37, compete respectivamente aos Colégios de Especialidade

\* De acordo com as alterações introduzidas pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.

e aos Conselhos de Enfermagem Regionais **zelar pela observância** dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade.

Por sua vez, às instituições de saúde compete **adequar os recursos e criar as estruturas** que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade.

O maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – **para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir** –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados.

Estamos certos de que não basta aprovar projectos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que

os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Adoptando o enquadramento conceptual aqui ensaiado, evolui-se para a construção de uma base de trabalho da qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

### 2.1. A saúde

A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado-subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

### 2.2. A pessoa

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade

própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projecto de saúde. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são factor importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.

### **2.3. O ambiente**

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de

vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente.

#### **2.4. Os cuidados de enfermagem**

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes(1) dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, **prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.**

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, **distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autóno-**

mas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

A **tomada de decisão** do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, **o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática**. Reconhece-se que a produção de **guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código

deontológico informam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, **os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas** e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

### 3. ENUNCIADOS DESCRITIVOS

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes (cf. Bednar, 1993<sup>2</sup>), quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Grimshaw & Russel, 1993<sup>3</sup>).

Nesta fase, foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

#### 3.1. A satisfação do cliente

*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue*

***os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.***

São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

### **3.2. A promoção da saúde**

***Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.***

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis

***os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.***

São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia nas interacções com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

### **3.2. A promoção da saúde**

***Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.***

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis

cuidados de saúde;

- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.

### 3.4. O bem-estar e o autocuidado

***Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.***

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros:

- a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos dife-

rentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;

- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e pelos que delega.

### 3.5. A readaptação funcional

***Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.***

São elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros:

- a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;
- o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

### 3.6. A organização dos cuidados de enfermagem

*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.*

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:

- a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

**Notas:**

<sup>1</sup> No texto utilizaremos o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Em todo o caso, designações como utente, doente ou consumidor de cuidados, dependendo do contexto da utilização, não colidem com os princípios que pretendemos aqui clarificar. A opção pelo termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante activo. Cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade.

<sup>2</sup> BEDNAR, D. – *Developing clinical guidelines: an interview with Ada Jacox*, ANNA Journal 20(2), 121-126

<sup>3</sup> GRIMSHAW, J. RUSSEL, I. – *Achieving health gain through clinical guidelines. Developing scientifically valid guidelines, Quality in Health Care 2, 243-248.*

*Edição:* Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002

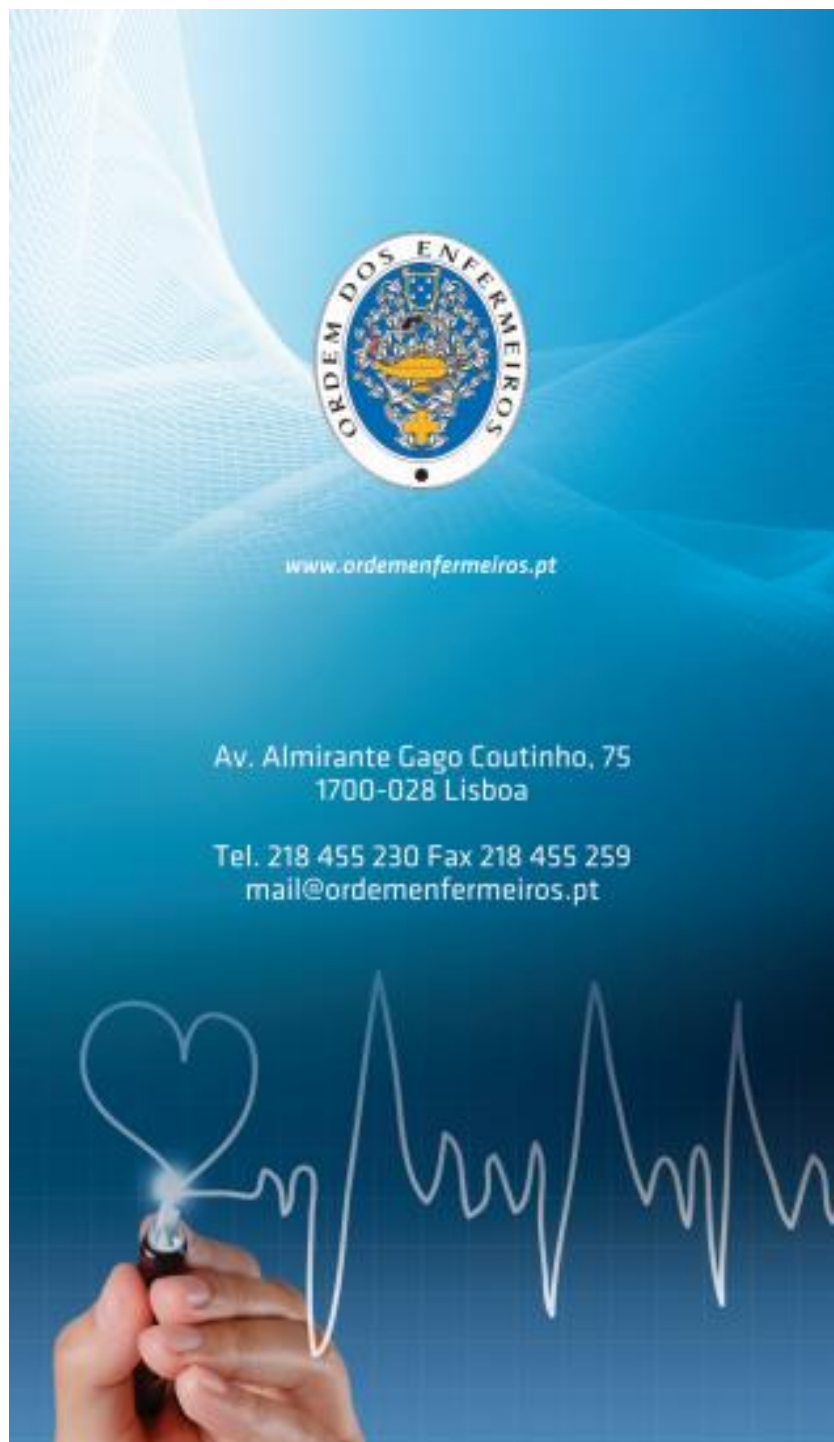
*Revisão e reimpressão:* Agosto de 2012



[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

Av. Almirante Gago Coutinho, 75  
1700-028 Lisboa

Tel. 218 455 230 Fax 218 455 259  
[mail@ordemenfermeiros.pt](mailto:mail@ordemenfermeiros.pt)



<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padres-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

**ANEXO 2 - Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba**

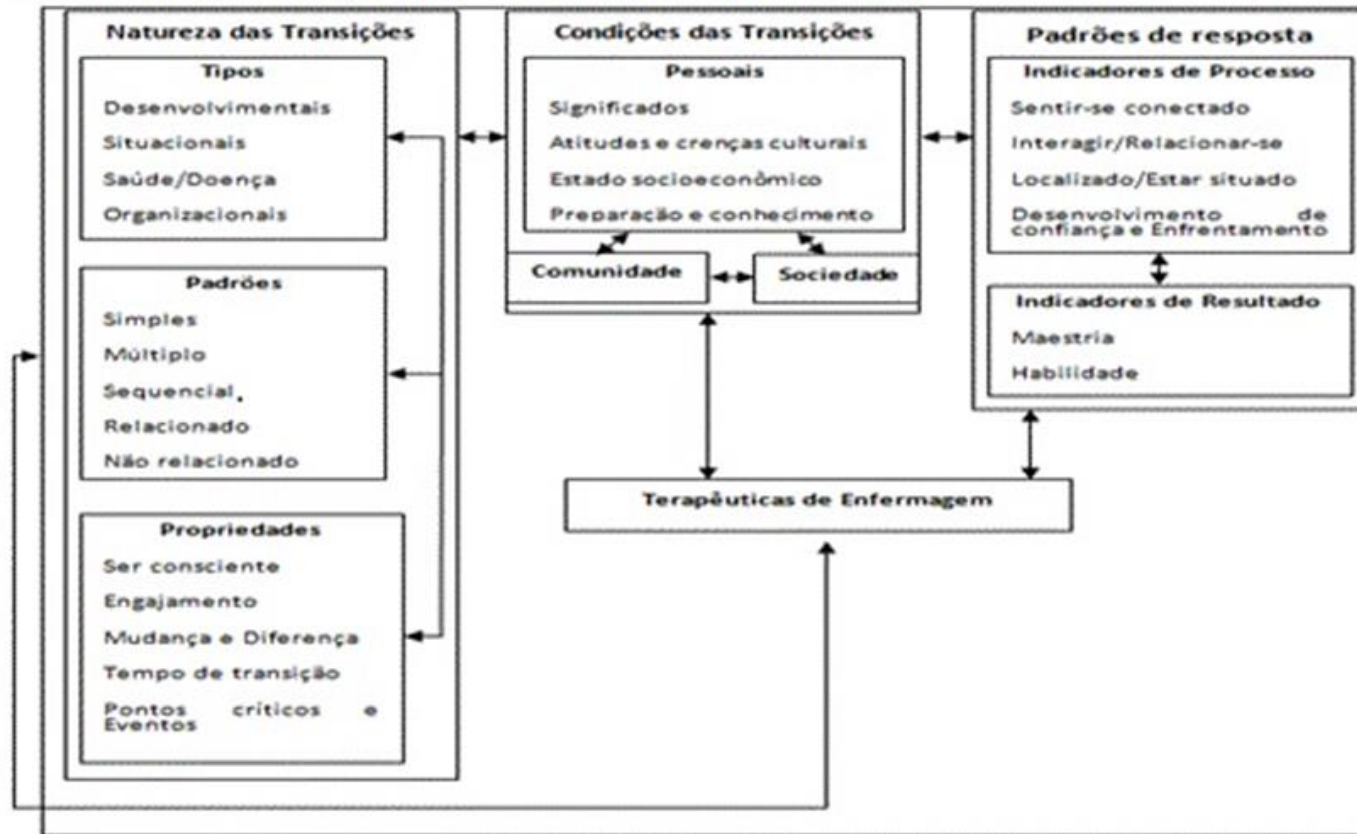
Estrutura Taxonómica do Conforto. Adaptado de Kolcaba (1991)

<b>Estados</b> <b>Contextos</b>	<b>Alívio</b>	<b>Tranquilidade</b>	<b>Transcendência</b>
<b>Físico</b>	Alívio Físico	Tranquilidade Física	Transcendência Física
<b>Psicoespiritual</b>	Alívio Psicoespiritual	Tranquilidade Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
<b>Ambiental</b>	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental
<b>Sociocultural</b>	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural

Nogueira, Sofia; “Intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Alívio da Dispneia e da Fadiga na Pessoa com Doença Avançada e Progressiva”; 2014; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16319/1/Relat%c3%b3rio%20Sofia%20Lupi%20CD.pdf>

**ANEXO 3** – Estrutura taxonómica da Teoria das Transições de Afaf Meleis

Figura 1 - Diagrama representativo do processo das transições.



Adaptado de Meleis [1].

Costa, L.; "Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem"; Enfermagem Brasil; 2016; disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>

**ANEXO 4 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

#### Artigo 9.º

##### Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

#### Artigo 10.º

##### Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de “Apto” e “Não apto”, sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de “não apto”, poderão repetir a prova seis meses depois.

#### Artigo 11.º

##### Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

## CAPÍTULO IV

### Disposições Finais

#### Artigo 12.º

##### Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

#### Artigo 13.º

##### Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

#### Artigo 14.º

##### Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Ana Rita Pedrosa Cavaco.

## Regulamento n.º 140/2019

### Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

#### Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim, a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea i) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

## CAPÍTULO I

### Disposições Gerais

#### SECÇÃO I

##### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

## Artigo 2.º

**Âmbito e finalidade**

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

## SECÇÃO II

**Conceitos**

## Artigo 3.º

**Conceitos**

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competência Acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

## CAPÍTULO II

**Das Competências**

## Artigo 4.º

**Domínios das competências comuns**

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

## Artigo 5.º

**Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) 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 (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

## Artigo 6.º

**Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

## Artigo 7.º

**Competências do domínio da gestão dos cuidados**

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

## Artigo 8.º

**Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

## CAPÍTULO III

**Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista**

## Artigo 9.º

**Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista**

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

#### CAPÍTULO IV

##### Disposições finais

###### Artigo 10.º

###### Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

#### ANEXO I

##### A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

###### Competência

A1 — 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

###### Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

###### Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

###### Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. . . . .	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

## ANEXO II

**B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade****Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade . . . . .	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

**Competência**

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas . . . . .	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua . . . . .	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua . . . . .	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

**Competência**

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	<p>B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.</p> <p>B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p> <p>B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.</p> <p>B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</p>
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	<p>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 — Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p>

## ANEXO III

**C — Domínio da gestão dos cuidados****Competência**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<p>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.</p> <p>C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.</p> <p>C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.</p>
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<p>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.</p>

**Competência**

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<p>C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados.</p> <p>C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

## ANEXO IV

**D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais****Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

**Competência**

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. . . .	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, Ana Rita Pedroso Cavaco.

311997392

## UNIVERSIDADE DO ALGARVE

### Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, Paulo Águas.

### Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea o) e q) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea w) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/contenidos/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

### I — Disposições Gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

#### Artigo 2.º

##### Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

### II — Composição e Competências

#### Artigo 3.º

##### Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

#### Artigo 4.º

##### Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

**ANEXO 5 - Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(Vertente Pessoa em Situação Crítica)**

Unidades de competências	Critérios de avaliação
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	2.1.5 — Assigura processos de mentoring e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. 2.2.1 — Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. 2.2.2 — Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. 2.2.3 — Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. 2.2.4 — Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. 2.2.5 — Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. 2.2.6 — Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover o maior visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

311459665

**Regulamento n.º 429/2018**

**Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.**

**Preâmbulo**

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar no seu artigo 40.º os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, os quais consistem nos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades dos cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a importância de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, subsume-se e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Para além disso, e ainda por força destas alterações, tem-se necessário definir um regime de compartilhação dos títulos de enfermeiros especialistas até aqui atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente quando perante a necessidade de revalidação do título.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas c), d) e f) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado no reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, anexo Parer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea b), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea b), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código do Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 3 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas (b) e (c) do artigo 39.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido homologado

por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

**Artigo 1.º****Objeto**

O presente regulamento define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integre, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas no regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concentradas comunitária e comunitária de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, que visam promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.

**Artigo 2.º****Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica**

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são:

- Cuidar da pessoa e família/cuidador e a vivenciar processos médicos e cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crítica;
- Optimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidador e a vivenciar processos médicos e cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crítica;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência antimicrobiana perante a pessoa e a vivenciar processos médicos e cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crítica.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo I, sendo as mesmas aplicáveis relativamente aos títulos de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros até à entrada em vigor deste regulamento, nomeadamente em processos de recertificação de competências e avaliação de desempenho.

**Artigo 3.º****Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica**

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador e a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Diminuir a resposta em situações de emergência, excitação e catástrofe, da concepção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo II.

#### Artigo 4.º

##### Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa são:

a) Cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, mantendo o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

b) Estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e ao acompanhamento no luto.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo III.

#### Artigo 5.º

##### Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória são:

a) Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;

b) Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa multidisciplinar, conjugando com a conciliação cirúrgica.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação nos anexos IV.

#### Artigo 6.º

##### Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de enfermagem à pessoa em situação crónica

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica são:

a) Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;

b) Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

2 — As competências específicas estabelecidas no número anterior são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação nos anexos V.

#### Artigo 7.º

##### Norma transitória

1 — O presente regulamento é aplicável a todos os pedidos de atribuição de título de enfermeiro especialista apresentados na Ordem dos Enfermeiros a partir da entrada em vigor do presente regulamento.

2 — Aos enfermeiros que se encontrem nas situações identificadas nas alíneas seguintes, aplica-se o disposto no artigo 2.º deste Regulamento:

a) Enfermeiros que já reúnam as condições para a atribuição do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

b) Enfermeiros que se encontram a frequentar Cursos de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem e Cursos de Mestrado com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros quanto à adequação

dos planos de estudos, desde que a terminem no prazo de cinco anos a contar da data da entrada em vigor do presente Regulamento.

#### Artigo 8.º

##### Norma revogatória

Com a publicação deste documento são revogados o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril.

#### Artigo 9.º

##### Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao do sua publicação no Diário da República.

9 de maio de 2018. — A Bastanteira da Ordem dos Enfermeiros, Ana Rita Pedroso Carvalh.

#### ANEXO I

##### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Os tratamentos médicos e cirúrgicos remontam da antiguidade. Os desenvolvimentos técnicos e científicos em resposta às necessidades em cuidados de saúde permitem um desenvolvimento ímpar no diagnóstico e tratamento. Mais do que em qualquer outra época, este avanço no conhecimento oferece oportunidades que elevam a longevidade. Mas, viver mais nem sempre significa viver melhor.

Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias afetas dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que careçam 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.

Os processos médicos e cirúrgicos complexos dão um suporte ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potencial consequência do caso alternativo e racio, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário. Estes processos terapêuticos constituem-se como suportes estruturados, educativos e orientados, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações fisiopatológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica.

O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nos mais recentes evidências, orientada para os resultados obtidos nos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e analisar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

Em cumprimento do disposto no 2.º do artigo 2.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, aplicáveis relativamente aos títulos de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros até à entrada em vigor deste regulamento, nomeadamente em processos de revalidação de títulos.

1 — Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

##### Descritivo

Atendendo à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa acometida por doença aguda ou crónica e respetiva família/cuidadores, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa perspetiva de cuidar promotora de segurança e da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.	1.1.1 — Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador afeto dos seus cuidados; 1.1.2 — Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>1.1 — Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atuação relevantes para a pessoa, família/cuidador(a) que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;</p> <p>1.2 — Conhece planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p> <p>1.3 — Implementa as intervenções planeadas tentando a vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.</p> <p>1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidador(a) a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>1.1.1 — Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atuação relevantes para a pessoa, família/cuidador(a) que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;</p> <p>1.1.4 — Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidador(a);</p> <p>1.1.5 — Envolve a pessoa, família/cuidador(a) em todo o processo de cuidar, tanto à independência e ao bem-estar;</p> <p>1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidador(a) alvo dos seus cuidados especializados.</p> <p>1.2.1 — Apoi(a) a pessoa e família/cuidador(a) no processo de transição e adaptação saúde/doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.2 — Planifica a intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação;</p> <p>1.2.3 — Adequa estratégias de intervenção especializada exaustivas, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;</p> <p>1.2.4 — Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador(a) na vivência do processo de transição saúde/doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.2.5 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p> <p>1.3.1 — Reconhece situações de especial complexidade e implementa intervenções especializadas decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.2 — Adequar recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>1.3.3 — Atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador(a);</p> <p>1.3.4 — Reconhece os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress;</p> <p>1.3.5 — Atua capacitando a pessoa, família/cuidador(a) na prevenção da doença aguda ou crónica;</p> <p>1.3.6 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;</p> <p>1.3.7 — Atua de forma a reunir pessoa, família/cuidador(a) de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado;</p> <p>1.3.8 — Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico.</p> <p>1.4.1 — Envolve a pessoa, família/cuidador(a) na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas;</p> <p>1.4.3 — Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador(a) considerando os resultados esperados;</p> <p>1.4.4 — Documenta de forma sintetizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrente dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>
<p>2 — Otimize o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidador(a) a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica</p> <p>Descritivo:</p> <p>Ponderando os múltiplos contextos de atuação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.</p>	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.1 — Gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</p>	<p>2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.1.2 — Formula planos que favoreçam os processos de adaptação/transição situacional;</p> <p>2.1.3 — Dirige(a) a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos;</p> <p>2.1.4 — Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>2.1.5 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas;</p> <p>2.1.6 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas;</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.2 — Garde circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.</p> <p>2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção de risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.</p>	<p>2.1.7 — Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a tele-trabalho em enfermagem;</p> <p>2.1.8 — Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;</p> <p>2.2.1 — Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>2.2.2 — Adapta planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação;</p> <p>2.2.3 — Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituintes estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos;</p> <p>2.2.4 — Desenvolve procedimentos de controlo de eventos adversos;</p> <p>2.3.1 — Notifica os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem;</p> <p>2.3.2 — Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais;</p> <p>2.3.3 — Formula medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com conteúdos ou organizações institucionais.</p>
<p>3 — Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.</p> <p>Descritivo:</p> <p>Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrentes da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, que sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.</p>	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>3.1 — Concebe Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados.</p> <p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.</p>	<p>3.1.1 — Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos a dos diretores de âmbito local, regional e nacional;</p> <p>3.1.2 — Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;</p> <p>3.1.3 — Formula estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;</p> <p>3.1.4 — Analiza com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.5 — Divulga por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.1.6 — Facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados;</p> <p>3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados;</p> <p>3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos necessários na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão;</p> <p>3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.4 — Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas;</p> <p>3.2.5 — Integra a nível local, regional e nacional, o grupo de coordenação nesta área de intervenção.</p>

## ANEXO II

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou insuficiência da função de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo-complicação e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata.

Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como “acidente grave ou a série de acidentes graves sucessivos de provocação elevada perigosos

materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, coleta e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prevenir e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, evacuação e catástrofe, da conceção à ação.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 3.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Descritivo:

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Evacua cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma
1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; 1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.2.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.
1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.	1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; 1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicoemocional e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.3.3 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; 1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; 1.3.5 — Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sub-ansiosia.
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.	1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; 1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	1.5.1 — Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transições da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação; 1.5.2 — Reconhece o impacto das transições na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.5.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.5.4 — Avalia o processo da relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.
1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do modo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; 1.6.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, evacuação e catástrofe, da conceção à ação

Descritivo:

Perante uma situação de emergência, evacuação ou catástrofe o enfermeiro especialista atua coordenando, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficiência e eficácia, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, evacuação e catástrofe.	2.1.1 — Salvaguarda condições de segurança; 2.1.2 — Adequa resposta em situação de trauma; 2.1.3 — Realiza triagem primária e secundária; 2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; 2.1.5 — Assegura meios de evacuação e transporte; 2.1.6 — Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.
2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	2.2.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe; 2.2.2 — Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe	<p>2.2.3 — Define o plano de emergência e controlo pela equipa;</p> <p>2.2.4 — Garante que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente;</p> <p>2.2.5 — Colabora no sentido do plano de emergência ou catástrofe;</p> <p>2.3.1 — Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe;</p> <p>2.3.2 — Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde;</p> <p>2.3.3 — Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção;</p> <p>2.3.4 — Define prioridades de atuação;</p> <p>2.3.5 — Simulata as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe;</p> <p>2.4.1 — Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa;</p> <p>2.4.2 — Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa;</p> <p>2.4.3 — Adapta a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe;</p> <p>2.4.4 — Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação;</p> <p>2.4.5 — Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência;</p> <p>2.4.6 — Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe.</p>
2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe	<p>2.5.1 — Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente;</p> <p>2.5.2 — Salvaguarda a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;</p> <p>2.5.3 — Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes;</p> <p>2.5.4 — Encaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família.</p>
2.5 — Assegura a eficácia dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	

3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Descritivo:

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
3.1 — Conhece plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	<p>3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;</p> <p>3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;</p> <p>3.1.3 — Estabelece as estratégias pré-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço;</p> <p>3.1.4 — Analisa o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos do Serviço com base na evidência.</p>
3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	<p>3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica;</p> <p>3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.</p>

#### ANEXO III

##### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

A área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tem como alvo dos seus cuidados a Pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal nos mais diversos contextos de atuação e respetivos cuidadores familiares.

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o rápido crescimento de doenças oncológicas, neurológicas, insuficiência de órgão, são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes que padecem de grande sofrimento, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados. A nível social e familiar são sobretudo a composição, estrutura e funções familiares que mais problematizam

a situação das pessoas com doença avançada, realidade que deve ser igualmente equacionada e objeto de intervenção pelos profissionais que se assistem.

Os Cuidados Paliativos (CP) assentam-se como uma resposta a estas necessidades, sendo definidos como “Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psico-sociais e espirituais”.

A Assembleia da República decretou, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos n.º 52/2012 de 5 de setembro, a qual consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado

em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sob tutela do Ministério da Saúde.

Em Portugal, a RNCP não tendo capacidade de dar resposta às necessidades de todos os doentes com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, nos diferentes contextos de saúde (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados), continuando por esta razão o seu desenvolvimento a ser uma prioridade, na qual se impõe a evidente necessidade de profissionais formados e especializados nesta área.

Em 2005, o Conselho da Europa, pronunciando-se sobre a organização de CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 4.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro

especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal das suas condições/famílias, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada à pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, bem como das suas condições/famílias. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo, das suas condições/famílias na satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, maximizando a sua qualidade de vida, aliviando o sofrimento, com vista a preservar a sua dignidade.

Unidade de competência	Crítérios de avaliação
1.1 — Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e das suas condições/famílias.	1.1.1 — Elabora o diagnóstico das necessidades do cuidado paliativo do doente, ao nível físico, psicossocial, espiritual e sociofamiliar; 1.1.2 — Reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual; 1.1.3 — Avalia os sintomas no doente, segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, utilizando ferramentas padronizadas; 1.1.4 — Valoriza o peso de variáveis psicossociais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional; 1.1.5 — Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto; 1.1.6 — Antecipa, em tempo útil, as situações de agudização.
1.2 — Promove intervenções baseadas na avaliação junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, suas condições/famílias respeitando as suas preferências.	1.2.1 — Estabelece um plano individualizado para a pessoa e suas condições/famílias, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respetando as perspetivas dos próprios; 1.2.2 — Utiliza estratégias para o desenvolvimento do autocuidado e da capacitação da pessoa e suas condições/famílias; 1.2.3 — Anta, em tempo útil, as situações de agudização; 1.2.4 — Demonstra conhecimentos e específicos na prevenção, intervenção e controlo da infecção e de Resistência a Antimicrobianos; 1.2.5 — Adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas; 1.2.6 — Reformula o plano individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas.
1.3 — Envolve os cuidadores/famílias da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.	1.3.1 — Reúne periodicamente com cuidadores/famílias, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a comunicação familiar; 1.3.2 — Atualiza o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/famílias.
1.4 — Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.	1.4.1 — Adota estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes no processo de cuidar; 1.4.2 — Dinamiza o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão.
2 — Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e suas condições/famílias, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.	
Descritivo:	
Orienta resultados de Cuidados Paliativos à pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, com necessidades complexas de cuidados, através da constituição de uma aliança terapêutica, assente na confiança, compreensão empática e capacitação da pessoa e suas condições/famílias. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites claramente acordados, possível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo e adaptável aos diversos contextos.	

Unidade de competência	Crítérios de avaliação
2.1 — Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e suas condições/famílias no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.	2.1.1 — Mobiliza conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/famílias; 2.1.2 — Estabelece plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram; 2.1.3 — Demonstra resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa; 2.1.4 — Apoiar pessoa, suas condições/famílias, de modo contínuo, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução de luto (incluindo o antecuidado e complexo); 2.1.5 — Encaminha, quando necessário, os cuidadores/famílias para outros recursos de apoio.
2.2 — Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e suas condições/famílias.	2.2.1 — Incentiva ativamente a pessoa, suas condições/famílias como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
2.3 — Negocia objetivos/ metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.	2.2.2 — Salvaguarda que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados. 2.3.1 — Capacita a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores familiares, mobilizando os seus recursos, de modo a facilitar a tomada de decisão. 2.3.2 — Utiliza ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas. 2.3.3 — Ajuda a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desinvestimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores familiares.
2.4 — Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.	2.4.1 — Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional. 2.4.2 — Utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionais com a dependência crescente e a proximidade da morte. 2.4.3 — Desenvolve estratégias de apoio aos restantes intervenientes no processo de cuidar.

## ANEXO IV

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória**

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciar um experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciar um processo de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.

A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Esta período comporta as fases pré, intra e pós-operatório.

A fase pré-operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória.

A fase intraoperatória inicia quando a transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA).

A fase pós-operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico.

Considerando os elevados riscos associados aos cuidados perioperatórios é de extrema importância clarificar alguns conceitos, pois a pessoa que necessita, recebe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceita submeter-se a um estado de consciência alterado,

e aos riscos inerentes a esses procedimentos e aceita ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, sendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida. O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica.

A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade da pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes à que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a disponibilidade e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição.

A Conciliação cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo interno estimado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, comprometido e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 5.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Descritivo:

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.	1.1.1 — Identifica as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória. 1.1.2 — Elabora plano de intervenção em função das necessidades identificadas. 1.1.3 — Estabelece solução de ajuda com a pessoa e respetiva família/pessoa significativa. 1.1.4 — Utiliza estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções. 1.1.5 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo. 1.1.6 — Assegura que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão. 1.1.7 — Garante o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado. 1.1.8 — Prepara a pessoa para as potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, decorrente do processo cirúrgico. 1.1.9 — Desenvolve plano de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação. 1.1.10 — Assegura os mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais, de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais.
1.2 — Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória	1.2.1 — Garante a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>1.3 — Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva inter-profissional.</p>	<p>1.2.2 — Responsabiliza-se pela pessoa tomando a cargo o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da vontade expressa, até que a mesma tenha capacidade para os assegurar;</p> <p>1.2.3 — Assegura o posicionamento cirúrgico;</p> <p>1.2.4 — Age com pertinência nas diferentes áreas de atuação: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos;</p> <p>1.2.5 — Executa intervenções de enfermagem em resposta a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade;</p> <p>1.2.6 — Monitoriza sinais e sintomas analisando os resultados e intervindo com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional;</p> <p>1.2.7 — Gere a dor associada aos procedimentos cirúrgicos;</p> <p>1.2.8 — Mobiliza estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa atendida por barreiras à comunicação e alteração da consciência;</p> <p>1.2.9 — Utiliza estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados;</p> <p>1.3.1 — Adapta estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos;</p> <p>1.3.2 — Garante a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados baseados nos melhores evidências científicas;</p> <p>1.3.3 — Contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa;</p> <p>1.3.4 — Comunica de forma eficaz, visando a segurança cirúrgica;</p> <p>1.3.5 — Gere o trabalho em equipa, fomentando a partilha e reflexão sobre processos de cuidados e eventual instrução de medidas corretivas;</p> <p>1.3.6 — Gere situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso;</p> <p>1.3.7 — Intervém no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar.</p>

2 — Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, consoante com a consciência cirúrgica

Descritivo:

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especializado na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.1 — Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.</p>	<p>2.1.1 — Atua como modelo de resiliência, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa;</p> <p>2.1.2 — Intervém na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória;</p> <p>2.1.3 — Propõe medidas corretivas tendo por base a análise epidemiológica dos eventos adversos;</p> <p>2.1.4 — Prepara o ambiente para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados;</p> <p>2.1.5 — Utiliza estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração da temperatura e procedimentos anestésicos;</p> <p>2.1.6 — Estabelece procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, que garantam o conforto e previnam complicações;</p> <p>2.1.7 — Insere programas de vigilância epidemiológica para monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados;</p> <p>2.1.8 — Garante condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais;</p> <p>2.1.9 — Garante que estão asseguradas as condições de boa prática e deteção segura para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos;</p> <p>2.1.10 — Colabora na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa;</p> <p>2.1.11 — Emite pareceres técnicos sobre programas de conceção e de remodelação dos ambientes perioperatórios.</p>
<p>2.2 — Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.</p>	<p>2.2.1 — Assegura o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, de acordo com as evidências científicas;</p> <p>2.2.2 — Adapta os métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, considerando as particularidades de cada situação;</p> <p>2.2.3 — Cooperar no cumprimento dos princípios de gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica antibiótica;</p> <p>2.2.4 — Assegura o cumprimento dos princípios da manutenção da qualidade e higienização ambiental;</p> <p>2.2.5 — Assegura o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras;</p> <p>2.2.6 — Gere a implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada;</p> <p>2.2.7 — Garante o cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos;</p> <p>2.2.8 — Colabora na manutenção da técnica asséptica cirúrgica, minimização do traumatismo tecidual e redução do tempo cirúrgico;</p> <p>2.2.9 — Gere a manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório;</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
2.1 — Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.	2.2.10 — Elabora recomendações e normas internas de aplicação dos princípios de assepsia progressiva, estruturas físicas e equipamentos, garantindo a sua implementação; 2.3.1 — Assegura que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante; 2.3.2 — Garante a rastreabilidade dos dispositivos médicos; 2.3.3 — Providencia a manutenção da equipa acerca das normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos; 2.3.4 — Assegura a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantitativos no local cirúrgico; 2.3.5 — Gere a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade; 2.3.6 — Controla a gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise, eliminação, coleta e transplante; 2.3.7 — Participa na conceção e na implementação dos processos de reposicionamento de dispositivos médicos de uso múltiplo; 2.3.8 — Entia parâmetros técnicos para a aquisição de dispositivos médicos.

## ANEXIV

#### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

O aumento da esperança de vida acarreta o aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes resultas de complicações que transcendem a vertente curativa da assistência dos cuidados de saúde.

Em Portugal, como na maioria dos países do mundo, as doenças crónicas tendem a aumentar a um ritmo alarmante, refletindo-se num problema com enorme impacto social. Mais de 80% das mortes em Portugal resultam de doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas. A doença crónica decorre de patologias cardiovasculares, respiratórias, gastro-intestinais, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas, imunológicas e metabólicas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida.

A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si. O seu conceito é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, que estão associadas a um variável grau de incapacidade e que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são de longa duração e geralmente de progressão lenta. A doença crónica é definida como a "doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada" (1).

Embora cada doença seja única e tenha um impacto diferente em cada pessoa, há um núcleo comum de problemas e complicações associadas.

Assim as doenças crónicas apresentam características comuns como: prolongam-se no tempo (mais de 3 meses), produzem incapacidades ou deficiências residuais e implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, mental, social, psicológico, emocional e espiritual). A pessoa acometida por uma doença crónica necessita de utilizar diariamente medicamentos, produtos e materiais de consumo rápido, os quais são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao controlo e seguimento tratamento e à qualidade de vida.

Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliário e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção da estilo de vida, a promoção do processo de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e realização de um projeto de vida, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma.

Em cumprimento do disposto n.º 2 do artigo 6.º do presente Regulamento, apresenta-se esta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com descritivo, análises de competência e critérios de avaliação.

1 — Cuidar da pessoa e família/cuidadores a viverem a doença crónica

##### Descritivo:

Atendendo às limitações impostas pela doença crónica e à necessidade de estratégias de gestão eficazes para lhes dar resposta, o enfermeiro especialista responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Identifica as necessidades da pessoa, família/cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica.	1.1.1 — Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados; 1.1.2 — Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto; 1.1.3 — Envolve a pessoa, família/cuidadores no processo de cuidar, rumo ao bem-estar e qualidade de vida; 1.1.4 — Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atuação relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam a doença crónica; 1.1.5 — Reconhece as implicações e complicações, inerentes à doença crónica; 1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente da doença crónica tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e na família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados; 1.1.7 — Antecipa, em tempo útil, situações de agudização.
1.2 — Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica.	1.2.1 — Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante a doença crónica; 1.2.2 — Estabelece planos de intervenção individualizados para a pessoa e seus cuidadores/família, com vista à prevenção e controlo da doença crónica nos diversos contextos de ação, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respetando as perspetivas dos próprios; 1.2.3 — Reconhece a gestão da doença crónica como um fator de stress.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>1.3 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.</p> <p>1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a viver com doença crónica.</p>	<p>1.2.4 — Adoça estratégias de intervenção especializada exaustivas, concretas e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/família em modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;</p> <p>1.2.5 — Fomenta estratégias para autoajuda e promoção da saúde em pessoas com doença prolongada e incapacidades crónicas;</p> <p>1.2.6 — Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, capacitando-a para a gestão situacional;</p> <p>1.2.7 — Atua preventivamente nos fatores de risco e nas complicações inerentes à doença crónica;</p> <p>1.2.8 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde-doença;</p> <p>1.2.9 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;</p> <p>1.2.10 — Documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados;</p> <p>1.3.1 — Demonstra conhecimentos dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretivas de âmbito local, regional e nacional, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados;</p> <p>1.3.2 — Diagnostica as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;</p> <p>1.3.3 — Fomenta estratégias pré-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;</p> <p>1.3.4 — Facilita a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados;</p> <p>1.3.5 — Estabelece os procedimentos e circuitos necessários na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão;</p> <p>1.3.6 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;</p> <p>1.3.7 — Documenta as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas;</p> <p>1.4.1 — Envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;</p> <p>1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas;</p> <p>1.4.3 — Monitoriza os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados separados;</p> <p>1.4.4 — Documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamenta a tomada de decisão.</p>
<p>2 — Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a viver com a doença crónica</p> <p>Descritivo:</p> <p>Ponderando os contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adota a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção.</p>	
Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>2.1 — Gerir os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica.</p> <p>2.2 — Garantir circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.</p>	<p>2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença crónica;</p> <p>2.1.2 — Fomenta planos que favoreçam os processos de adaptação/transição situacional e o desenvolvimento de Políticas de Saúde que procurem capacitar a pessoa na gestão do processo saúde-doença;</p> <p>2.1.3 — Fomenta a adesão ao regime terapêutico;</p> <p>2.1.4 — Dinamiza a conscição, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sistemas disfuncionais da doença crónica;</p> <p>2.1.5 — Intervém na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas;</p> <p>2.1.6 — Demonstra conhecimentos que permitam a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas;</p> <p>2.1.7 — Intervém na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição;</p> <p>2.1.8 — Demonstra conhecimentos que permitam a intervenção junto de pessoas, família/cuidador com patologias endócrinas, nutricionais, metabólicas, imunológicas, infecciosas e oncológicas;</p> <p>2.1.9 — Demonstra conhecimentos na gestão das alterações e incapacidades impostas pela doença crónica, nomeadamente a alteração da imagem corporal;</p> <p>2.1.10 — Mobiliza conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a tele-trabalho em enfermagem;</p> <p>2.2.1 — Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>2.2.2 — Salvaguarda as questões de segurança na administração dos processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação;</p> <p>2.2.3 — Fomenta a cultura de segurança dos cuidados especializados;</p> <p>2.2.4 — Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituinte medidas preventivas;</p> <p>2.2.5 — Dissolve procedimentos de controlo e notificação de eventos adversos.</p>

Unidades de competência	Centros de avaliação
2.3 — Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.	2.3.1 — Notifica os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem; 2.3.2 — Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou insuportado nos diferentes níveis organizacionais; 2.3.3 — Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com instituições ou organismos institucionais; 2.3.4 — Promove ações de prevenção e rastreio para deteção precoce da doença crónica; 2.3.5 — Participa na organização das unidades, definição de estratégias e políticas de saúde.

(<sup>1</sup>) Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho.

311459657

### UNIVERSIDADE ABERTA

#### Despacho (extrato) n.º 6261/2018

Torna-se público que, por despacho da Administradora da Universidade Aberta, de 11 de maio de 2018, se encontra aberta, pelo prazo de dez dias úteis, contados a partir da publicação do presente Aviso no Diário da República, procedimento concursal em regime de mobilidade interna para ocupação, na modalidade de relação jurídica de emprego público iniciada por contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, de 1 (um) posto de trabalho de técnico superior da carreira geral de técnico superior para a Direção de Serviços de Documentação, previsto e não ocupado, constante do mapa de pessoal da Universidade Aberta, nos termos do disposto nos artigos 92.º a 100.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

O referido procedimento concursal será publicitado na Bolsa de Emprego Público (BEP), durante 10 dias úteis, após a publicação do presente aviso no Diário da República, contendo a indicação dos requisitos formais do provimento, do perfil exigido, da composição do júri, dos métodos de seleção, e demais detalhes, podendo ser consultado em [www.bep.gov.pt](http://www.bep.gov.pt).

27 de junho de 2018. — A Chefe de Divisão de Recursos Humanos, *Célia Maria Cruz Fonseca de Azeite*.

311461632

#### Despacho (extrato) n.º 6862/2018

Torna-se público que, por despacho da Administradora da Universidade Aberta, de 13 de abril de 2018, se encontra aberta, pelo prazo de dez dias úteis, contados a partir da publicação do presente Aviso no Diário da República, procedimento concursal comum para ocupação na modalidade de contratação a termo resolutivo certo, de 1 (um) posto de trabalho de técnico superior da carreira geral de técnico superior para a Direção de Apoio ao Campus Virtual previsto e não ocupado, constante do mapa de pessoal da Universidade Aberta, nos termos do disposto nos artigos 92.º a 100.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

O referido procedimento concursal será publicitado na Bolsa de Emprego Público (BEP), durante 10 dias úteis, após a publicação do presente aviso no Diário da República, contendo a indicação dos requisitos formais do provimento, do perfil exigido, da composição do júri, dos métodos de seleção, e demais detalhes, podendo ser consultado em [www.bep.gov.pt](http://www.bep.gov.pt).

27 de junho de 2018. — A Chefe de Divisão de Recursos Humanos, *Célia Maria Cruz Fonseca de Azeite*.

311461576

### UNIVERSIDADE DO ALGARVE

#### Contrato (extrato) n.º 544/2018

Por despacho de 11 de março de 2018, do Rector da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções

públicas a termo resolutivo certo com a Mestre Joana Maria Reis Franco Cruz, na categoria de assistente convidada, em regime de tempo parcial a 50 %, para a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve, no período de 12 de março de 2018 a 11 de março de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

21/06/2018. — O Administrador, *António Cabecinha*.

311461235

#### Contrato (extrato) n.º 545/2018

Por despacho de 4 de junho de 2018, do Rector da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com a Mestre Ana Sofia Martins Davim Santos, na categoria de assistente convidada, em regime de tempo parcial a 52,5 % para o Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, no período de 4 de junho de 2018 a 3 de outubro de 2018, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 140 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

21/06/2018. — O Administrador, *António Cabecinha*.

311461282

#### Contrato (extrato) n.º 546/2018

Por despacho de 27 de fevereiro de 2018, do Rector da Universidade do Algarve, foi autorizado o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo com o Doutor Miroslav Jozef Armano de Jesus Farinhó, na categoria de professor auxiliar convidado, em regime de acumulação a 30 % para o Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, no período de 1 de março de 2018 a 28 de fevereiro de 2019, auferindo o vencimento correspondente ao escalão 1, índice 195 da tabela remuneratória dos docentes do ensino superior universitário.

26/06/2018. — O Administrador, *António Cabecinha*.

311461349

### UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA LUIS DE CAMÕES

#### Anúncio n.º 115/2018

De acordo com o disposto pelos artigos 75.º a 80.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, na redação que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.º 63/2016, de 13 de setembro e n.º 115/2017, de 7 de agosto, e em conformidade com a Deliberação n.º 2392/2013, de 12 de novembro, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 250, de 26 de dezembro, da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e com o Despacho n.º 5941/2016, do Director-Geral do Ensino Superior, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 86, de 4 de maio, a CEJ — Cooperativa de Ensino Universitário, CRL, vem publicar o Plano de Estudos do curso de licenciatura em Engenharia Informática depois

**APÊNDICE 1 – Projeto da Prática Clínica - Vigilância e Decisão Clínica**



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO de ESTÁGIO  
(PROJETO INDIVIDUAL de APRENDIZAGEM)

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, junho de 2020



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO de MESTRADO em ENFERMAGEM  
de ESPECIALIZAÇÃO de MÉDICO-CIRÚRGICA  
de PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA**

PROJETO de ESTÁGIO realizado por:

Susana Cristina da Silva Andrez

Nº192019013

Sob orientação da Senhora Professora Doutora

Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, junho de 2020

## **LISTA de ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS e SIGLAS**

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

HLL – Hospital ██████████

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPL – Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

# ÍNDICE

1 - NOTA INTRODUTÓRIA	1
2 – DESENVOLVIMENTO	2
2.1 – FUNDAMENTAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO	2
2.2 – OBJETIVO GERAL	4
2.3 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2.4 – INDICADORES	4
2.4.1 – INDICADORES DE PROCESSO	5
2.4.2 – INDICADORES DE RESULTADO	6
3 – NOTA FINAL	7
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
5 – ANEXOS	9
ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
ANEXO 2 - ANÁLISE SWOT para a elaboração de um Guia de Integração de Novos Enfermeiros/Estudantes de Enfermagem	

## 1 – NOTA INTRODUTÓRIA

A frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (UCPL), no âmbito do estágio de Vigilância e Decisão Clínica levou à elaboração do presente projeto.

Na perseguição do desejo de aumentar o saber surgiu a vontade de aprender mais para cuidar ainda melhor de quem precisa.

Sendo a enfermagem a representação fiel do cuidar do ser humano, permite-lhe o respeito, a defesa e a promoção dos direitos da pessoa cuidada.

Um projeto de pesquisa, segundo Kauane Kovalski (1), apresenta uma série de funções importantes: pode constituir uma "carta de intenções" através da qual o pesquisador apresenta a sua proposta; pode configurar o retrato de uma pesquisa em desenvolvimento; pode transformar-se num precioso instrumento para o diálogo científico e académico; pode configurar um instrumento importante para a elaboração de ideias e para auto-esclarecimento de quem o produz; pode funcionar como um eficaz roteiro de trabalho ou instrumento de planeamento; pode desempenhar o importante papel de um instrumento que direciona a pesquisa, entre outras funções importantes.

No próximo capítulo, pretende-se apresentar, então, essa “carta de intenções” de uma forma explícita, tendo sempre presente a mudança e a receptividade de novas propostas como na realidade um projeto se caracteriza. Com a convicção de que ao longo do futuro longo percurso que se adivinha haverá muitas paragens em “estações” e “apeadeiros” onde se cruzarão pessoas que jamais serão esquecidas.

## **2 - DESENVOLVIMENTO**

Na elaboração deste projeto de estágio pretende-se:

- Adquirir e aprofundar competências na elaboração de um projeto;
- Definir objetivos a atingir durante o estágio;
- Elaborar a planificação das atividades a desenvolver, servindo como guia orientador para o estágio.

Este documento pretende descrever, de modo breve, o planeamento das várias etapas de estágio que servirá como instrumento de orientação e avaliação, favorecendo a autoanálise e fomentando o percurso de aprendizagem, no sentido de conquistar competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Este 1º estágio insere-se na unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família” na vertente “Vigilância e Decisão Clínica” do 2º semestre do Mestrado em Enfermagem (ME) do ICS da UCPL. Terá início em 5 de junho de 2020, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) do Hospital da Luz de Lisboa (HLL) – num total de 180 horas.

### **2.1. – FUNDAMENTAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO**

Em primeiro, importa enunciar as competências comuns do enfermeiro especialista (2):

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Por outro lado, e conforme referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (3): “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Neste sentido, o estágio de “Vigilância e Decisão Clínica” na UCI/UCIM do HLL visa o desenvolvimento de competências especificamente relacionadas com a pessoa na condição de situação crítica - Regulamento OE nº429 (3):

- a) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamizar a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de 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.

Paralelamente, com base nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (4), pretende-se igualmente ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes. Destaca-se, portanto, o enunciado descritivo “A satisfação do cliente”:

***Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.***

Identificam-se como componentes relevantes da satisfação dos clientes, relacionada com os métodos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia na interação com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento das pessoas significativas do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

## **2.2 – OBJETIVO GERAL**

Este projeto é, portanto, a descrição de um processo que se pretende ser realizado com e para as pessoas.

Nesse sentido, o objetivo geral deste estágio é:

**Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.**

### **2.3. – OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos deste estágio são:

**1º OBJETIVO ESPECÍFICO - Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI**

**2º OBJETIVO ESPECÍFICO - Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em UCI na área da satisfação do cliente.**

### **2.4 – INDICADORES**

Como referido pelo Instituto Camões (5), a “identificação de indicadores é de grande utilidade na medida em que evidencia como se vão alcançando os objetivos e os resultados” no prisma da elaboração de um projeto.

Um indicador é reconhecido, então, como a tradução de informação “objetiva, representativa e comparável sobre os recursos utilizados e os fins alcançados”(5) e, desta forma permite compreender a distância que o projeto se situa dos objetivos e resultados previamente identificados.

Pretende-se que os indicadores sejam “de natureza o mais simples possível e de fácil mensuração, evitando assim uma eventual ambiguidade na análise dos mesmos”(5). Inclusivamente, o mesmo autor (5) sublinha a importância de o número de indicadores ser reduzido ao essencial, verificando a sua utilidade nesta limitação. Finalmente, este autor identifica a importância que “será também relevante ter em consideração a facilidade da mensuração dos dados e a sua elasticidade relativamente a alterações no projeto” (5).

## 2.4.1. INDICADORES DE PROCESSO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE PROCESSO
<b>1.Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar o processo de enfermagem mental, fazendo o levantamento de diagnósticos de enfermagem;</li><li>- Agir em conformidade mediante o diagnóstico que foi levantado;</li><li>- Pesquisa bibliográfica sobre as diferentes valências abordadas na UCI.</li></ul>
<b>2.Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em UCI na área da satisfação do cliente.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adquirir conhecimento da estrutura física e dinâmica da UCI (através da leitura dos protocolos do serviço);</li><li>- Pesquisa bibliográfica sobre as diferentes valências abordadas na UCI;</li><li>- Identificar as necessidades formativas da equipa;</li><li>- Desenvolver um <b>Guia de Integração de Novos Enfermeiros/Estudantes de Enfermagem</b>;</li><li>- Partilhar a informação com o Enfermeiro Orientador acerca da pesquisa efetuada;</li><li>- Divulgação da informação que foi recolhida à equipa da UCI</li></ul>

## 2.4.2. – INDICADORES DE RESULTADO

Com os indicadores de resultado pretende-se demonstrar os efeitos do projeto, no campo de atuação definido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE RESULTADO
<b>1.Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI</b>	- Demonstração de conhecimento adquirido acerca das diferentes valências do serviço, na elaboração de um trabalho de pesquisa dessas temáticas, que confirma a aquisição de competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.
<b>2.Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em UCI na área da satisfação do cliente.</b>	- Aceitação por parte do Enfermeiro Chefe acerca da utilidade do <b>Guia de Integração de Novos Enfermeiros/Estudantes de Enfermagem</b> ; - Aceitação por parte do Enfermeiro Orientador acerca da utilidade do <b>Guia de Integração de Novos Enfermeiros/Estudantes de Enfermagem</b> ; - Aceitação por parte da Equipa de Enfermagem acerca da utilidade do <b>Guia de Integração de Novos Enfermeiros/Estudantes de Enfermagem</b> ;

### **3 – NOTA FINAL**

A elaboração deste projeto teve como principal intenção, a exposição da forma como o estágio de “Vigilância e Decisão Clínica” se desenrolará, bem como a delimitação dos objetivos que se pretendem atingir com o mesmo.

Este projeto não pretende ter um perfil rígido e definitivo, mas sim flexível e suscetível a alterações, tendo sempre presente a temática Satisfação do Cliente acerca dos Cuidados de Enfermagem Prestados.

A realização deste estágio irá de encontro às minhas necessidades profissionais, na medida em que se pretende adquirir competências exigidas enquanto enfermeira especialista. A comunhão de informação é uma mais valia para a profissão de enfermeira bem como para cada um individualmente.

#### 4 – BIBLIOGRAFIA

1 - “Projeto de pesquisa” - consultado em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto\\_de\\_pesquisa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto_de_pesquisa)

2 - Diário da República, 2ªsérie- Nº26, 6 de Fevereiro de 2019 – consultado em:

[https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte\\_filter=33&dreId=119190226](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte_filter=33&dreId=119190226)

3 - Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - nº429/2018 de 16 de Julho – consultado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

4 - Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade – consultado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

5 - “Indicadores de Processo” – consultado em:

[https://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/financprojts\\_peded10.pdf](https://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/financprojts_peded10.pdf)

6 - FREITAS, e outros - Revista “Percurso”, nº15, Janeiro-Março 2010 – consultado em:

[http://web.ess.ips.pt/Percurso/pdf/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percurso/pdf/Revista_Percursos_15.pdf)

## 5 – ANEXOS

## ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



ANEXO 2 – ANÁLISE SWOT para a elaboração de um Guia de Integração de Novos  
Enfermeiros/Estudantes de Enfermagem

<b>Guia de Integração de Novos Enfermeiros / Estudantes de Enfermagem</b>	<b>FRAQUEZAS</b>	<b>FORÇAS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexperiência na área de Cuidados Intensivos</li> <li>- Introversão pessoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivação da estudante na integração no serviço</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com a Professora Orientadora</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Orientador</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Chefe do serviço</li> <li>- Espírito de organização</li> <li>- Disponibilidade de materiais</li> </ul>
	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMEAÇAS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento mais aprofundado da instituição</li> <li>- Conhecimento mais detalhado do serviço <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite ao Novo Enfermeiro/Estudante de Enfermagem: maior disponibilidade para o Cliente, pelo facto de se sentir melhor e mais rapidamente integrado no serviço</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">PADRÕES DE QUALIDADE DA OE</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">ENUNCIADOS DESCRITIVOS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">SATISFAÇÃO DO CLIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo necessário na recolha de dados e, conseqüentemente na elaboração do guia</li> <li>- Período de transição que o serviço atravessa: abertura de nova UCIP com maior capacidade</li> </ul>

**APÊNDICE 2 – Reflexão Crítica da Prática Clínica - Vigilância e Decisão Clínica**

13º CURSO de MESTRADO em ENFERMAGEM

de ESPECIALIZAÇÃO de MÉDICO-CIRÚRGICA

de PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA

## “VIGILÂNCIA e DECISÃO CLÍNICA”

REFLEXÃO de ESTÁGIO realizada por:

Susana Cristina da Silva Andrez

Nº192019013

Sob orientação da Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	4
2. COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO de CUIDADOS GERAIS	7
3. COMPETÊNCIAS COMUNS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA	8
4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA em ENFERMAGEM à PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA	10
5. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL da PRÁTICA ESPECIALIZADA	11
5.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS da UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	12
5.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS (UCINT)	13
5.3. CARACTERÍSTICAS dos RECURSOS e FUNCIONAMENTO DA UCI/UCINT	13
5.3.1. EQUIPA de ENFERMAGEM	14
5.3.2. REGISTOS de ENFERMAGEM	15
6. EXPOSIÇÃO das ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA por DOMÍNIOS de COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
6.1. DOMÍNIO da RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA e LEGAL	18
6.2. DOMÍNIO da MELHORIA CONTÍNUA de QUALIDADE	20
6.3. DOMÍNIO da GESTÃO de CUIDADOS	21
6.4. DOMÍNIO do DESENVOLVIMENTO das APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	25
6.5. DOMÍNIO da PRESTAÇÃO de CUIDADOS À PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS e SUGESTÕES	40
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
9. ANEXOS	47
- ANEXO I: Projeto de Estágio	
- ANEXO II: Guia de Integração de Novos Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem na UCI do Hospital ██████████	
- ANEXO III: Protocolo ERAS de cirurgia colorretal do Hospital ██████████	



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **ÍNDICE de QUADROS**

QUADRO 1 – Descrição das UCIs e dos ratios Enfermeiro/Utente (Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – pág.19

QUADRO 2 – Estilos de Liderança – pág.21

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

As mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e, em particular, na área da saúde expõem novos desafios aos Enfermeiros. Estes desafios incentivam-me a reflexão e a busca de novos saberes e conduzem-me na busca de formação contínua e académica especializada de forma a ir de encontro a um crescimento profissional e pessoal, onde cada vez mais me são exigidos conhecimentos de elevado nível quer práticos quer teóricos.

O presente relatório sistematiza os principais contributos do 1º estágio – Vigilância e Decisão Clínica, no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital ██████████ para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na assistência à pessoa em situação crítica e família. Desta forma, pretendo elaborar um retrato fiel do meu percurso reflexivo ao mesmo tempo que respondo a uma exigência pedagógica da presente Unidade Curricular.

A concretização deste relatório de estágio pretende: servir de espelho sobre o meu percurso formativo no local de ensino clínico; desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva; demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações/problema da prática diária com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados; identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de alto risco.

Neste sentido, foi tomado em consideração os objetivos de aprendizagem propostos no Guia de Estágio “Vigilância e Decisão Clínica”:

1. Reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência às pessoas em situação crítica e família;
2. Eleger métodos de recolha e análise de informação sobre os problemas detetados;
3. Formular diagnósticos e analisar criticamente os resultados encontrados;
4. Identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança dos pacientes, controlo da infeção e a sobrecarga dos cuidadores familiares;
5. Participar na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;
6. Comunicar as suas conclusões e os raciocínios que as fundamentam.

Pessoalmente, na condição de estudante de mestrado, o objetivo geral delineado para este estágio foi:

**Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.**

Os objetivos específicos desenhados para este estágio foram:

1. Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI
2. Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em UCI na área da satisfação do cliente.

De forma a atingir estes objetivos entendi que melhor os atingiria se este estágio decorresse num hospital privado, como tal, escolhi o Hospital [REDACTED]. Exigi a mim própria todo o empenho nesta prática clínica e na consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos na formação académica e, igualmente baseando-me na evidência científica. Portanto, concordo com Benner, citada por Ponte, quando certifica que “a especialização consegue-se através do empenho depositado na experiência, bem como da integração de conhecimentos e competências”.<sup>1</sup>

Esta prática curricular teve início em 5 de junho tendo terminado em 31 de julho de 2020, uma duração total de 180 horas, em paralelo com 128 horas de trabalho individual, o que perfaz um total de 320 horas. Durante a realização deste estágio tive em mente desenvolver uma prestação de cuidados de excelência no cuidar à pessoa em situação crítica e família. Ao longo destas semanas, procurei intervir tendo presente os seguintes domínios de competências na atuação do Enfermeiro Especialista:

- a) responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) melhoria contínua da qualidade;
- c) gestão dos cuidados;
- d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.<sup>2</sup>

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como principal objetivo, dotar os Enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao doente em estado crítico/emergente, o que me foi dada essa oportunidade na UCI do Hospital [REDACTED].

Este estágio de “Vigilância e Decisão Clínica” foi acompanhado de um Enfermeiro Perito na área de cuidados intensivos, com Mestrado em Enfermagem (Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica). Tendo o Enfermeiro Orientador demonstrado interesse e disponibilidade em contribuir para meu processo aprendizagem. Para tal, realizei turnos em horário de manhã e tarde.

A elaboração da minha reflexão é com base num instrumento descritivo, analítico e crítico-reflexivo pois vai-me permitir, de forma narrativa, descrever as experiências vividas, as situações encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do ensino clínico, tal como explica Peixoto e outros.<sup>3</sup>

De igual forma, com a minha reflexão procuro tomar consciência das dificuldades que senti e de descobrir as áreas que me despertaram maior interesse.

Nesta metodologia reflexiva tive como alicerces: o projeto de estágio (ANEXO I), o portefólio que elaborei para este módulo e o recurso à pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica e científica.

Estou inteiramente de acordo com Ponte, quando escreve que a “arte de refletir sobre aquilo que fazemos, ao longo da nossa vida pessoal e profissional, torna-nos, assim, pessoas mais capazes, mais conhecedoras, mais conscientes, enfim, mais competentes”.<sup>1</sup>

Taveira intensifica a importância da reflexão de um ensino clínico referindo que “a elaboração de um documento com a descrição dos momentos de aprendizagem significativos e reflexões depreendidas dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso efetuado pelo aluno. No sentido de documentar as experiências vivenciadas e as reflexões produzidas, surge a necessidade de produzir um relatório, para que o aluno demonstre o nível de crescimento bem como, de que forma as intervenções realizadas e análise reflexiva depreendida contribuíram para a aquisição de competências”.<sup>4</sup>

Neste sentido, surge o presente relatório que estruturei em seis capítulos principais. O presente capítulo faz a introdução desta reflexão; o segundo capítulo apresenta as competências do Enfermeiro Generalista; o terceiro capítulo expõe as competências do Enfermeiro Especialista; o quarto capítulo enuncia as competências do Enfermeiro Especialista nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua Família; o quinto capítulo consiste na caracterização do contexto clínico onde foi realizada a prática clínica especializada e no sexto capítulo exponho as minhas reflexões acerca das competências adquiridas/desenvolvidas e como as vivenciei, nos domínios das competências específicas da área de Especialidade do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros.

É neste sexto capítulo que faço a exposição da atividade desenvolvida, dando ênfase às intervenções realizadas, que permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação cuidados à pessoa em situação crítica e família. Procurando dar contributo na obtenção da excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem, tendo inerente a satisfação do cliente, elaborei um “Guia de Integração de Novos Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem” (ANEXO II), promovendo a integração de forma homogénea e facilitadora da disponibilidade do novo elemento à pessoa em situação crítica e família na Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios do Hospital [REDACTED].

Por fim, apresentarei as considerações finais deste percurso.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

A competência do Enfermeiro de cuidados gerais, segundo Cantante e outros, “refere um nível de desempenho profissional identificador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, que lhe permitem o juízo clínico e a tomada de decisão”.<sup>5</sup>

Historicamente, por Cantante e outros, “a delimitação da definição de competências em Enfermagem emergiu de acordos sobre o “ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse” e a partir de 2003 começou a orientar a prática de Enfermagem. Em 2015, os três domínios de competências – responsabilidade profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; desenvolvimento profissional foram reestruturados para dar resposta ao seu processo de certificação”.<sup>5</sup>

Conforme referido por Cantante e outros, relativamente aos Enfermeiros de Cuidados Gerais, “o exercício das competências dos enfermeiros têm por base os seguintes pressupostos: (1) a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente individual e/ou grupo - família ou comunidade -, com respeito pelos valores, crenças, projetos individuais e capacidades, favorecendo o cuidado em parceria; (2) a tomada de decisão fundamentada em evidência científica, o juízo clínico fundamenta-se nas necessidades de cuidados individuais ou do grupo e nas intervenções de Enfermagem prescritas considerando a segurança dos cuidados e do cliente, a deteção precoce dos reais ou potenciais diagnósticos procurando a resolução ou minimização das consequências; (3) humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores dos clientes e ainda, pelo respeito preconizado no Código Deontológico e a regulamentação profissional, que estabelecem a boa prática”.<sup>5,6</sup>

Na materialização dos objetivos, os Enfermeiros portugueses adotam como conceitos paradigmáticos, isto é, como enquadramento conceptual: (1) a Saúde no papel de estado subjetivo e dinâmico da “condição individual, o controle do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”; (2) Pessoa como “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”; (3) Ambiente no qual “as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” e; (4) Cuidados de Enfermagem centra-se na relação interpessoal enfermeiro e uma pessoa” e na família enquanto alvo do processo de cuidados e parceira na potencialização da promoção da saúde.<sup>7</sup>

### 3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define Enfermeiro Especialista como aquele a quem são reconhecidas competências técnico-científicas e humanas, capaz de prestar cuidados de Enfermagem Especializados na sua área de Especialidade.<sup>8</sup>

Segundo Serrano e outros, a “Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado”.<sup>9</sup>

Com o desenvolvimento tecnológico inerente à evolução científica, tem sido exigido à Enfermagem grande enfoque nas técnicas. A par deste domínio técnico permanece o processo de cuidar. Ao compreender que “instrumento para a realização do cuidado é o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente. Nele, as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana”, como refere Balduino e outros.<sup>10</sup>

Esta multifacetada capacidade exigida à Enfermagem coloca o repto no desenvolvimento de aptidões, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências.

Neste sentido, Serrano e outros afirmam que os Enfermeiros são os atores do processo de mudança e os contextos são um cenário perentório ao desenvolvimento de competências.<sup>9</sup>

Como Enfermeira, estou de acordo com Ribeiro, quando afirma que “somos agentes ativos e participativos na sociedade e que ao longo da nossa vida sentimos necessidade de adquirir saberes necessários para motivar e produzir a nossa própria competência com qualificações válidas, tanto a nível social como profissional, uma vez que são consideradas essenciais à qualidade e segurança do seu exercício”.<sup>11</sup>

O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner, exposto pela Ordem dos Enfermeiros, explica as particularidades e atitudes em cada estadio de desenvolvimento de competências e reconhece as necessidades de aprendizagem dos Enfermeiros. É na prática que o Enfermeiro aprende a destacar o que é significativo na situação e a compreender o seu significado. Para Benner, a proficiência para a excelência da práxis dos cuidados, emerge quando se adquire “perícia profissional”, que se torna alcançável com a aquisição de conhecimentos.<sup>12</sup>

Este trilho que Benner desenha na obtenção de competências elucida que estas “devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito”, tal como refere Ribeiro.<sup>11</sup>

Como explica Ribeiro, os cuidados de Enfermagem envolvem “uma contínua e constante tomada de decisão, o que obriga o profissional ao recurso contínuo do Saber (conhecimento), Saber-fazer (capacidades), Saber-ser (atitudes e comportamentos), Saber-estar, Saber-aprender (reflexão e evolução) e Saber-transformar, de modo a proporcionar ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integral e holística, com a qualidade desejada e esperada por todos”.<sup>11</sup>

#### **4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A pessoa em situação crítica é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011) – citado por Ribeiro.<sup>11</sup>

Portanto, segundo o artigo 4º do Regulamento nº 124/2011, mencionado por Ribeiro, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pretendem-se que sejam: cuidar “da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizam a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximizam a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.<sup>11</sup>

## 5. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Neste capítulo irei realizar uma breve contextualização do local de ação onde foi desenvolvido o Ensino Clínico “Vigilância e Decisão Clínica” que engloba a UCI e a Unidade de Cuidados Intermédios (UCIN) do Hospital [REDACTED].

Desempenho funções de Enfermeira no Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico do Hospital [REDACTED] e, apesar dos desafios diários na minha prática, considero um desafio “desafiante” a prática de Enfermagem em Cuidados Intensivos. Concordo, portanto, com Ribeiro quando refere que “a instabilidade constante destes contextos da prática leva a que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, atitudes e comportamentos singulares de quem procura conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada”.<sup>11</sup>

O Hospital [REDACTED] faz parte do Grupo [REDACTED] que completa este ano 20 anos da sua formação.

Desde 2018, que obteve a acreditação internacional de qualidade pela *Joint Commission International*, o que traduz que este cumpre excelentes padrões de qualidade e segurança dos clientes, em âmbitos como o controlo de infeção hospitalar, a segurança dos medicamentos, a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos e, inclusive, a gestão da instituição.<sup>13</sup>

O Grupo [REDACTED] presta os seus serviços através de 30 unidades e está presente nas regiões Norte, Centro-Sul de Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeira. Destas 30 unidades, 14 são hospitais privados, 1 é hospital do Serviço Nacional de Saúde explorado pela [REDACTED] em regime de Parceria Público-Privada, 13 são clínicas privadas a operar em regime de ambulatório e 2 são residências sénior.

Fisicamente, é estruturado por 3 edifícios conectados entre si, onde coabitam várias valências: Serviços de Atendimento Urgente de Pediatria/Adulto; Bloco Operatório; Bloco de Partos; Ginecologia e Obstetrícia; UCI; UCINT; Unidade de Cuidados Especiais Neonatais; Serviço de Internamento Pediatria/Adulto; Consultas Externas de várias especialidades médicas e cirúrgicas; Serviço de Medicina Física e de Reabilitação; Serviço de Oncologia; Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos; entre outros.

O Serviço de Internamento distribui-se por três Unidades de Cuidados Agudos (com 183 camas) e uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (com 48 camas), em ambos os casos com quartos individuais e quartos duplos.

Dispõe, ainda, de uma UCI com uma lotação de 8 camas e de uma UCINT com capacidade de 15 camas.

Atualmente, a UCI e a UCINT ficam em espaços físicos diferentes. No entanto, este hiato em breve irá ser alterado com a mudança do espaço físico da UCI para mais perto da UCINT, onde terá capacidade para 16 camas.

São unidades polivalentes que recebem, portanto, uma diversidade de patologias quer ao nível cirúrgico quer ao nível não cirúrgico, nomeadamente do foro cardíaco, respiratório, gástrico, neurológico, entre outras. Sendo, portanto, a receção de clientes nestas unidades UCI/UCINT tanto oriundos do Atendimento Urgente de Adultos, do Bloco Operatório, do Serviço de Internamento ou de outras instituições.

Ambas as unidades apresentam uma estrutura física semelhante, com um balcão central onde existem monitores de telemetria, bancada de trabalho de enfermagem, armário de stock de farmácia, zona administrativa e salas de apoio.

Nas duas unidades as camas são monitorizadas centralmente, todas em quarto individual. Oferecem condições únicas de segurança e privacidade aos doentes.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DA UCI

Na UCI, atualmente com 8 camas, qualquer um dos quartos permite manter doentes em isolamento de contacto/gotícula/aerossol (sempre que tiver indicação) e igualmente existe capacidade para realização de hemodiálise contínua/intermitente.

Esta unidade tem características tecnológicas ímpares. Todas as camas são servidas por monitores, ventiladores e sistemas de infusão e perfusão de última geração, com registo contínuo dos parâmetros monitorizados. Os sistemas de monitorização, de infusão e perfusão acompanham o cliente nas suas deslocações para outras unidades do hospital (por exemplo, o Bloco Operatório), o que aumenta o seu conforto e a segurança durante o transporte. Aquando da realização de exames complementares de diagnóstico, o cliente só tem de se ausentar da UCI em duas situações específicas: para Tomografia Computorizada ou para Ressonância Magnética (ou algumas exceções particulares, como ocorreu durante o meu estágio em que um cliente teve de realizar uma laringoscopia no consultório médico).

Tem como infraestruturas de suporte: gabinete da coordenação de enfermagem, gabinete de reuniões, zona central (registos clínicos/monitorização de parâmetros vitais/bancada de trabalho/armário de stock de farmácia/administrativa), sala de receção de visitas, copa, quarto do médico, sala de convívio, vestiários, rouparia, sala de "limpos", sala de "sujos", armazém de consumo geral, armazém de farmácia, sala de equipamentos (por exemplo, mala de transporte, ventiladores portáteis, equipamento de diálise, bombas infusoras, seringas infusoras, etc.), wc da equipa.

Relativamente à classificação do tipo de camas, estas classificam-se como camas de nível III. Como define Paiva e outros, "as camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico".<sup>1</sup>

## 5.2. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DA UCINT

Relativamente à UCINT, com capacidade de 15 camas; sendo que uma destas unidades tem um wc privativo. E uma destas unidades tem capacidade para isolamento, com uma adufa correspondente.

Tem como infraestruturas de suporte: zona central (registos clínicos/monitorização de parâmetros vitais/bancada de trabalho/armário de stock de farmácia/administrativa); quarto do médico; copa; sala de “limpos”; sala de “sujos”.

No que diz respeito à classificação do tipo de camas, estas classificam-se como de nível II. Assim, justifica Paiva e outros, “as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva”.<sup>14</sup>

## 5.3. CARACTERIZAÇÃO DE RECURSOS E FUNCIONAMENTO DA UCI/UCINT

Na prestação de cuidados estão envolvidas uma equipa de Enfermagem, de Assistentes Operacionais e uma equipa Médica que é comum em ambas as unidades. Existe o apoio de Fisioterapia todos os dias. Existem ainda duas Administrativas. Também é possível solicitar o apoio do Serviço Religioso, do Serviço de Nutrição e Dietética, de Terapia da Fala e Assistente Social.

Atualmente, tendo em conta a contingência mundial, as visitas estão restritas em casos excecionais, que carecem de autorização específica da equipa multidisciplinar. Assim, além das regras gerais do Hospital ██████████, a UCI tem normas específicas para as visitas, de forma a cumprir com as exigências de assepsia, segurança e tranquilidade.

### 5.3.1. EQUIPA DE ENFERMAGEM

Atualmente a Equipa de Enfermagem é constituída pelo Chefe de Serviço e um segundo elemento, que asseguram a coordenação da UCI e da UCINT e por 34 Enfermeiros, estando este número em constante mutação uma vez que o serviço está em reestruturação.

A Equipa de Enfermagem está estruturada em 3 equipas de, pelo menos, 10 elementos. Na UCI o rácio é de 1 Enfermeiro para 2 clientes e na UCINT o rácio mínimo é de 1 Enfermeiro para 4 clientes. Destaca-se a existência de um chefe de equipa e segundo elemento por cada equipa.

Preconiza-se que no início de cada turno, o Chefe de Equipa distribua os seus elementos da equipa pelos clientes internados na UCI. Previamente existe uma escala semanal em que são aferidos os Enfermeiros que ficarão na UCI e na UCINT. Em caso de o Chefe de Equipa se encontrar de férias, as suas funções serão atribuídas ao segundo elemento da equipa.

Atualmente, na presente equipa, o número de Enfermeiros Especialistas são 11 e, ainda mais 6 a concluir a especialidade (total de 17). Na área de Reabilitação em Enfermagem são 4 os Enfermeiros e, na mesma área, encontram-se 3 a concluir esta especialidade. Na área do Doente Crítico são 2 os Enfermeiros e, na mesma área, encontra-se 3 a concluir. Na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica são 5 os Enfermeiros. Destes 17 Enfermeiros, 9 possuem (ou estão a concluir) também a vertente de Mestrado em Enfermagem.

No Hospital [REDACTED] estão definidas as seguintes categorias de Enfermagem:

- a) Enfermeiro Perito (Especialistas e/ou com experiência muito relevante);
- b) Enfermeiro Sénior (> 7anos de experiência);
- c) Enfermeiro (1 a 7 anos de experiência);
- d) Enfermeiro Interno (até 1 ano de experiência).

Relativamente ao método de trabalho utilizado na UCI/UCIN pela Equipa de Enfermagem, o utilizado é o método de Enfermeiro Responsável e de Tarefa, já que o próprio sistema informático (SORIAN/INNOVIAN) induz a responsabilização do cliente. Sendo, portanto, o caminho para a unicidade e humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica, garantindo a qualidade nos cuidados prestados, privilegiando a interação do Enfermeiro com o cliente e/ou família. De qualquer forma, na altura de receber um cliente na unidade, os Enfermeiros utilizam uma metodologia de entreaajuda de forma a rentabilizarem da melhor maneira os recursos humanos existentes, ficando apenas um Enfermeiro na zona central da UCI/UCINT para assegurar a vigilância dos restantes clientes na unidade. A destacar na UCI/UCIN a presença de um bom relacionamento dentro da equipa de Enfermagem, que contribui em larga escala para o clima de otimismo e entreaajuda dentro deste grupo.

### 5.3.2. REGISTOS DE ENFERMAGEM

#### a) *SORIAN INTEGRATED CARE* – do fabricante *Siemens*<sup>®</sup>

O programa informático *Sorian* define-se como a solução de fluxo de trabalho que Lobato refere que “trata da coordenação de atividades, permite reduzir variações e erros, evita a repetição de processos, torna mais segura o processo de tomada da decisão clínica e, globalmente permite a melhoria da satisfação dos profissionais”.<sup>15</sup>

Lobato especifica que o *Sorian* na prática “é uma grande ajuda para os profissionais de saúde” burocraticamente. Por outro lado, permite aperfeiçoar o fluxo dos clientes, “aumentar a consciencialização na variação dos cuidados, permitir a existência de informação centralizada, aumentar a política de *inputs*”, o que otimiza a política de gestão.<sup>15</sup>

Em suma, “o valor global do *Sorian* traduz numa tripla vantagem: reduz custos, aumenta a qualidade e significa melhoria dos processos”, defende José Lobato.<sup>15</sup>

Pinto refere que este sistema “concentra o processo clínico eletrónico de todos os doentes, permitindo visualizar o perfil clínico, história clínica, avaliações nutricionais e farmacológicas, todas as consultas médicas e prescrições, os da enfermagem, exames de diagnóstico e análises clínicas”, defendendo a ideia de que este programa aumenta a segurança dos cuidados de saúde ao cliente.<sup>16</sup>

Desta forma, o *Sorian* facilita a avaliação de Enfermagem, identificando os problemas reais e potenciais e, conseqüentemente, promove a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem adequado.

b) *INNOVIAN SOLUTION SUITE* – do fabricante *Draeger*<sup>®</sup>

Segundo Guedes o programa *Innovian* “permite a captura contínua dos parâmetros vitais a partir dos monitores de controlo hemodinâmico invasivo e não invasivo, não havendo necessidade de registo por parte dos profissionais de saúde, com a exceção da temperatura, glicémia e dor. Concomitantemente, neste programa, os profissionais introduzem dados relativamente à terapêutica administrada em bólus, alimentação e diurese horária”. Deste modo, este programa possibilita a verificação das entradas e saídas de fluidos a cada hora. O balanço hídrico é concretizado de forma automática pelo *Innovian* a cada hora, cada turno ou dia conforme o escolhido”.<sup>17</sup>

## **6. EXPOSIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA POR DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Paiva e outros, definem Medicina Intensiva como “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”.<sup>14</sup>

Ribeiro cita a Direção Geral de Saúde explicando que as Unidades de Cuidados Intensivos “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.<sup>11</sup>

Ainda Ribeiro, mencionando Aparecida e Espíndula, interpreta a UCI como a que se dedica “ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico, mas recuperável, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São pacientes sujeitos à instabilidade de funções vitais, que necessitam do apoio de equipamentos especiais de diagnóstico e tratamento”.<sup>11</sup>

Assim, a UCI concentra clientes de elevado estado de complexidade, com falência multiorgânica, que estão submissos a alterações imprevistas no seu estado geral, que levam ao resultante aumento de ocorrência de situações de emergência, cúmplice da presença de alta sofisticação tecnológica, num envolvente isolado, acompanhado do ruído intrínseco dos equipamentos, exigência física, mental e contacto regular com a iminência da morte, encontrando-se os Enfermeiros com situações frequentes de stress como defende Ribeiro citando Leite e Vila.<sup>11</sup>

Para Bártolo, mencionado por Taveira, “os Cuidados Intensivos contribuem fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências na medida em que os Enfermeiros colocam constantemente em ação saberes teóricos e saberes práticos; é desta confluência que surgem as novas competências profissionais”.<sup>4</sup>

Sendo a aprendizagem interpretada por Ribeiro como “o meio pelo qual se renovam os conhecimentos e as competências”, é, portanto, “uma construção pessoal, onde há uma procura do equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir, de como aprender e sobre o que se deseja aprender”.<sup>11</sup> Neste percurso, procurei promover a “interação entre a teoria e a prática onde a reflexão representa um procedimento essencial”.<sup>11</sup>

O Ensino Clínico caracteriza-se como “um período privilegiado e de forte relevância na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista, prevendo que se estabeleça uma relação teórico-prática consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à prestação de cuidados diferenciados à pessoa em estado crítico”. Esta metodologia fomenta ao formando a sua participação ativa no processo formativo, a promoção do pensamento crítico, a capacidade de trabalhar em equipa e refletir acerca das experiências, motivações e necessidades sentidas.<sup>11</sup>

Os clientes que são internados na UCI/UCINT do Hospital [REDACTED] podem apresentar as mais dissemelhantes patologias de diferentes complexidades, em que a coordenação entre os vários elementos da equipa é fundamental. Desta forma, o Enfermeiro tem de conhecer e estar familiarizado com todos os gabinetes existentes no serviço, onde se encontram os materiais e ter a capacidade de se articular com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, de forma a dar uma resposta célere e eficiente aos episódios que assim o exijam.

A UCI/UCINT pela singularidade que lhe é inerente reflete um local de preferência no cuidar do cliente em situação crítica. Ao longo deste estágio de “Vigilância e Decisão Clínica” propus-me prestar cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença em situação crítica, baseando-me nas Competências de Enfermeiro Especialista estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Tal como cita Ribeiro, “estes cuidados implicam observação e colheita de dados de forma sistémica e sistematizada, de modo a conhecer o doente, prevenindo e detetando precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.<sup>11</sup>

Tendo em conta a minha experiência profissional, em que não tenho domínio sobre a área de cuidados intensivos, foi com enorme receio que iniciei esta autoestrada, saindo totalmente da minha zona de conforto. Nesta conjuntura comecei esta prática clínica com grande insegurança e receio de fracassar, por outro lado o desejo de vivenciar e adquirir novas experiências e novos saberes deu-me força para ultrapassar estas circunstâncias e inaugurar um caminho de “aprendizagem reflexiva”, como lhe chama Ribeiro.<sup>11</sup>

Neste sentido, foi necessário adquirir saberes, promover o vínculo entre a teoria e a prática e desenvolver um espírito crítico-reflexivo que me preparou para mobilizar, aprofundar e fazer uma atualização constante de conhecimentos para adaptação a novas situações e conseqüente resposta aos constantes desafios da Enfermagem

### 6.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de Enfermagem que são prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.<sup>18</sup>

Considerando a definição de pessoa como um ser único, com dignidade própria, do quadro conceptual dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, durante este ensino clínico encarei a pessoa como um ser indivisível, compreendendo-a na sua culturalidade, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e coibindo-me de juízos de valores, concordando com Taveira.<sup>7,4</sup>

Estou de acordo com Taveira quando afirma que “os dilemas ético-legais que os Enfermeiros enfrentam são inúmeros e diversificados. A necessidade constante de estabelecer prioridades, a confrontação com situações graves que implicam sofrimento por parte do doente e família, a perda súbita de um familiar, a confrontação com perda da função motora de uma parte do corpo com repercussões para o resto da vida, a morte, entre outros, leva muitas vezes, os Enfermeiros a vivenciarem sentimentos de angústia, frustração, incapacidade e impotência”.<sup>4</sup>

Ao longo deste estágio, confrontei várias vezes clientes em estado crítico, literalmente em risco de vida. Nestas situações, em que a pessoa em estado crítico recebe ordem médica de não reanimar, os Enfermeiros (também eles pessoas...) enfrentam incertezas deontológicas.

Taveira aborda um assunto em particular, que igualmente assisti neste estágio, “os profissionais de Enfermagem assistem e participam no prolongamento da vida, por vezes, inconformados com a esperança que os familiares assumem, à medida que os dias vão passando, de uma situação que se prevê inevitável, a morte. Participar neste processo não é fácil, exigindo condições humanas, organizacionais e estruturais, por vezes, inexistentes. Neste contexto, o cuidado integral do ser humano é fundamental, onde a relação Enfermeiro, doente e família deve ser privilegiada”.<sup>4</sup>

Ainda, me debatendo sobre situações de dilemas éticos e morais, senti o empenho e dedicação dos Enfermeiros da UCI/UCINT em privilegiar a dignidade humana, protegendo o direito de escolha da pessoa em situação crítica. Recordo um episódio em particular, que certamente irei recordar durante muito tempo. Um cliente em fase crítica, no entanto em fase terminal com indicação médica de não iniciar manobras de reanimação, recebe indicação para receber uma unidade de sangue. Este cliente, inclusive, já tinha verbalizado a sua vontade em não usufruir de mais manobras que prolongassem a sua vida. A equipa médica tinha autorizado também a visita da família, no sentido de promover a despedida entre os envolvidos. O meu Enfermeiro Orientador tentou junto da equipa médica sensibilizar para o facto de se tratar de uma pessoa em fase terminal, não havendo, portanto, benefício em transfundir eritrócitos. Sendo em vão esta tentativa do meu Enfermeiro Orientador, a transfusão de sangue efetuou-se e no dia seguinte o cliente faleceu. Reconheci o excelente desempenho de Enfermagem em ser perentório no respeito pela vontade da pessoa em situação crítica, tendo confrontado o corpo clínico.

## 6.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Como confirma Martins e outros, a qualidade dos cuidados de saúde “tem sido uma preocupação formalmente assumida, quer por instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais”, como a Ordem dos Enfermeiros.<sup>19</sup>

Martins e outros entendem que mesmo existindo distintas formas de definir qualidade dos cuidados de saúde noutros países, em Portugal, “um Padrão de Qualidade dos Cuidados é uma declaração que estabelece a base profissional do agir, considerando-se o padrão como aferidor de excelência”.<sup>19</sup> Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros, definindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, patenteou seis categorias de Enunciados Descritivos: a Satisfação do Cliente, a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, o Bem-estar e o Autocuidado, a Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem.<sup>7</sup>

Estes Enunciados Descritivos são, portanto, “para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum, e a orientação para uma prática profissional de excelência”, segundo defende Martins e outros.<sup>19</sup>

Entendo a afirmação de Mezomo, citado por Ribeiro, quando refere que “a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, deve-se pelo compromisso com a inovação, criação e desenvolvimento de serviços e profissionais, que se pretende que sejam adequados à missão do hospital, de acordo com as necessidades legítimas e expectativas da população”.<sup>11</sup>

Por outro lado, concordo com Paiva Ribeiro e outros quando afirma que não é simples esclarecer o conceito de qualidade, sendo este pouco objetivo.<sup>20</sup> Qualidade tem, segundo Paiva Ribeiro e outros, “diferentes semânticas quando é empregue por políticos (pretende-se a satisfação da população), gestores (preocupação com os gastos económicos), prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes) ou utentes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc.)”.<sup>20</sup>

Paiva Ribeiro e outros explicam que os clientes dos cuidados de saúde “identificam como indicadores da qualidade um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz entre os que prestam os cuidados de saúde e os utentes e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados”.<sup>20</sup>

Se relacionarmos os cuidados prestados pelos Enfermeiros com as necessidades e expectativas dos clientes enfrentamos “um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade”, como diz Paiva Ribeiro e outros.<sup>20</sup>

Sendo este indicador de qualidade, identificado pela Ordem dos Enfermeiros, uma das categorias dos Enunciados Descritivos de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem, ao mencionar o nosso papel enquanto Enfermeiros que na “procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, considerando componentes importantes neste processo, “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente, a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”.<sup>7</sup>

### 6.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No que diz respeito à Chefia dos serviços de cuidados intensivos, a Ordem dos Enfermeiros explica que, em concordância com a Rede de Referência de Medicina Intensiva, o Enfermeiro que exerce funções de Chefia deve ter “o perfil e competências adequadas de acordo com a missão do serviço e da instituição”.<sup>21</sup>

Segundo Fachada, “o Enfermeiro gestor tem um papel preponderante em todo o processo inerente à gestão de recursos humanos, recrutamento, distribuição de pessoal, condições de trabalho, dedicando tempo ao desenvolvimento de competências e condições necessárias para a realização da sua formação contínua, contextualizada com a formação preconizada para o serviço”.<sup>22</sup>

É transparente nesta equipa, com quem estive algumas semanas, a dedicação e motivação para a formação contínua, estando uma parte significativa a completar uma especialização de Enfermagem e outra parte substancial já concluído a especialização. O que comprova que também a Chefia está empenhada na qualificação dos cuidados aos clientes da UCI/UCINT. Este empenho do Enfermeiro Chefe foi, inclusive, verbalizado pelo meu Enfermeiro Orientador aquando da realização da sua especialização, no papel determinante que o Enfermeiro Chefe teve na gestão do horário profissional/académico. E é igualmente visível pelo facto de ter neste momento, e ao mesmo tempo, 6 Enfermeiros a concluir a especialização em Enfermagem, o que acarreta uma logística acrescida em termos da elaboração do horário.

Em relação ao rácio Enfermeiro/cliente, a Ordem dos Enfermeiros é perentória quando afirma que “deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial”.<sup>21</sup>

Neste sentido, a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos tem as UCIs classificadas em três níveis de cuidados.

Portanto, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a classificação do tipo de cuidados influencia diretamente os rácios. Tendo em conta que a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem recomenda que “os rácios mínimos de 1:2 em camas de nível III e de 1:3 em camas de nível II.”<sup>21</sup>

Tal é expresso no quadro seguinte elaborado pela Ordem dos Enfermeiros:

Nível	Descrição	Rácio Enfermeiro/utente
I	Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior.	1/3
II	Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.	1/1.6
III	Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários.  Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável.	1/1

**Quadro 1:** Descrição das UCIs e dos rácios Enfermeiro/Utente - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem<sup>23</sup>

Como foi referido anteriormente, a UCI/UCIN do Hospital [REDACTED] é formada por 34 Enfermeiros, que se dividem em 3 equipas de, aproximadamente, 10 elementos. Cada equipa tem um Chefe de Equipa, que sendo o elemento de referência da equipa, no início de cada turno realiza a distribuição dos clientes internados pelos Enfermeiros presentes. Seguindo o rácio preconizado pela instituição, o Chefe de Equipa atribui 2 clientes a 1 Enfermeiro da UCI e atribui 4 clientes a 1 Enfermeiro da UCINT, sempre que possível tendo em conta o grau de dependência dos clientes. Na ausência do Chefe de Equipa, as funções deste são asseguradas pelo segundo elemento da equipa. No caso de o Enfermeiro seguir turno, por qualquer razão, o Chefe de Equipa tem em conta a sucessão de cuidados atribuindo os mesmos clientes ao Enfermeiro em causa, sempre confirmando se este concorda. O que na minha opinião é muito importante, porque a motivação do Enfermeiro deve ser considerada, estando inerente na sua prestação de cuidados.

Neste estágio, numa realidade totalmente diferente da minha prática profissional, tive oportunidade de observar a gestão do Enfermeiro Chefe de Equipa, desde a organização da equipa UCI/UCINT no início do turno (distribuição de Enfermeiros e de Assistentes Operacionais), solicitação de material de farmácia e de consumo geral em falta no serviço, contactos com outros serviços (confirmação das dietas dos clientes com a cozinha, empréstimo de material de outros serviços), verificação do carro de urgência, verificação dos estupefacientes. Como, paralelamente, o Enfermeiro Chefe de Equipa se vê confrontado com a gestão das emoções da família, dos colegas, e de si próprio.

Concordo, portanto, com Potra e outros, quando escreve que “os enfermeiros são confrontados com um trabalho emocional de dupla centralidade, uma vez que têm de lidar com situações emocionalmente intensas, e serem capazes de gerir não só as suas próprias emoções como também as dos clientes, famílias e colegas de equipa”.<sup>24</sup>

Goleman, citado por Potra e outros, refere que a gestão das emoções “se baseia na própria inteligência emocional”. E, acrescenta que “o sucesso de uma organização se deve, em grande parte, à inteligência emocional do seu líder”.<sup>24</sup>

Entendendo inteligência emocional como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”, segundo Goleman referido por Alves e outros.<sup>25</sup>

Neste estágio assisti a essa ímpar gestão emocional dos Chefes de Equipa em algumas situações de maior fragilidade como o fim de vida, particularmente num serviço tão específico como este e vivendo uma situação pandémica única que se reflete na ausência da presença de pessoas significativas junto da pessoa em situação crítica.

Entendo, assim, que adquiri competências no âmbito de gestão, especialmente, na realização da gestão de cuidados, sendo uma coadjuvante para a minha formação de Enfermeira Especialista. O facto de esta prática clínica ter sido realizada lado a lado de um Enfermeiro também ele com funções de Chefe de Equipa, levou-me a compreender melhor e a refletir sobre esta temática, detendo atualmente, uma perspetiva mais ampla e desmedida do que é a gestão numa UCI.

Não resisti, então, a refletir um pouco mais numa temática abordada em sala de aula como os diferentes estilos de liderança. Tendo em conta que durante este estágio o Enfermeiro Chefe esteve de férias alguns dias, não tive a oportunidade desejada para observar e aprender como exerce o seu trabalho como líder. No entanto, tive o privilégio de estar lado a lado do Enfermeiro que orientou o meu estágio e, também enquanto Chefe de Equipa, havendo, portanto, várias oportunidades para compreender o papel de um líder de uma equipa exímia como a da UCI/UCINT do Hospital [REDACTED].

Para Goleman, citado por Gonçalves, “liderar não é dominar, mas, sim, a arte de convencer as pessoas a trabalharem com um objetivo”.<sup>26</sup> No que diz respeito ao Enfermeiro no papel de líder, Goleman, citado por Gonçalves, acrescenta que o seu principal objetivo “consiste em ver a sua equipa a trabalhar com prazer e não por obrigação, prestando uma assistência de qualidade e promovendo o bem-estar do cliente, principal alvo de todo o planeamento de uma estrutura hospitalar”.<sup>26</sup>

Roxo e Gonçalves escrevem que “um líder eficaz é aquele que consegue identificar e diagnosticar corretamente a situação e o nível de maturidade dos seus subordinados, adotando o estilo de liderança mais adequado à situação identificada, permitindo que ocorra também um desenvolvimento de competências dos liderados, inspirando, motivando e incentivando a que cada um dê o máximo de si para alcançarem a visão e os objetivos estipulados em grupo”.<sup>27</sup> Seguindo este raciocínio, concordo com Sousa e Barroso, citados por Roxo e Gonçalves, quando defendem que “o líder enfermeiro funciona como uma inspiração para os demais membros da equipa de enfermagem, que tendem a seguir o seu exemplo”.<sup>27</sup>

Chiavenato definiu três estilos de liderança: autocrática, democrática e liberal. No quadro seguinte, enunciado por Sanhudo, é possível compreender estes três estilos de liderança:

PROCESSO DE TRABALHO	ESTILOS DE LIDERANÇA	LIDERANÇA AUTOCRÁTICA	LIDERANÇA DEMOCRÁTICA	LIDERANÇA LIBERAL
<b>TOMADA DE DECISÕES</b>		Apenas o líder decide e fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo.	As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo que é estimulado e assistido pelo líder.	Total liberdade para tomada de decisões grupais ou individuais, com participação mínima do líder.
<b>PROGRAMAÇÃO DOS TRABALHOS</b>		O líder determina providências para a execução das tarefas, uma por vez, na medida em que são necessárias e de modo imprevisível para o grupo.	O próprio grupo esboça providências e técnicas para garantir o alvo com o aconselhamento técnico do líder. As tarefas ganham novos contornos com os debates.	A participação do líder no debate é limitada, apresentando apenas alternativas ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer informações desde que solicitadas.
<b>DIVISÃO DO TRABALHO</b>		O líder determina qual a tarefa que cada um deverá executar e qual seu companheiro de trabalho.	A divisão das tarefas fica a critério do grupo e cada membro tem liberdade de escolher seus próprios colegas.	Tanto as divisões das tarefas como a escolha dos colegas ficam por conta do grupo, absoluta falta do líder.
<b>PARTICIPAÇÃO</b>		O líder é pessoal e dominador, nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada um.	O líder procura ser um membro normal do grupo. É objetivo e estimula com fatos, elogios ou críticas.	O líder não faz nenhuma tentativa de avaliar ou regular o curso das coisas. Faz apenas comentários quando perguntado.

**QUADRO 2** – Estilos de Liderança (citado por Sanhudo)<sup>28</sup>

Na minha perspectiva, o Enfermeiro no papel de Chefe de Equipa pode desempenhar diferentes estilos de liderança, tendo em conta a circunstância que exige o seu contributo como líder. Ou seja, o Enfermeiro Chefe de Equipa da UCI/UCINT do Hospital [REDACTED] no início de cada turno, aquando da divisão dos clientes internados pelos Enfermeiros escalados, exerce o tipo de liderança autocrática, uma vez que “determina qual a tarefa que cada um deverá executar”, sendo este tipo de liderança uma exigência do funcionamento da própria instituição. No que diz respeito à tomada de decisões na prestação de cuidados diretos ao cliente, entendo que o Enfermeiro Chefe de Equipa exerce uma liderança do estilo liberal permitindo uma “total liberdade para tomada de decisões” tendo, no entanto, presente o nível de conhecimentos e igualmente o nível de integração em que o seu liderado se encontra. Como exemplo prático, um cliente que se encontrava com um quadro de agitação psicomotora derivado a um diagnóstico ativo de hidrocefalia, em que inclusivamente se encontrava com uma derivação ventricular externa: o Enfermeiro responsável pelos cuidados diretos a este cliente tomou a decisão de imobilizar fisicamente os membros superiores deste cliente para sua segurança. Entendo, portanto, que uma intervenção autónoma nos cuidados de Enfermagem, também possa ser interpretado como um estilo de liderança liberal por parte do Enfermeiro Chefe de Equipa.<sup>28</sup>

Por outro lado, observei em várias situações o exercício de liderança democrática por parte do Enfermeiro Chefe de Equipa, nomeadamente nos elogios aos seus liderados, sendo transparente o otimismo e motivação que este transmite à sua equipa.

#### 6.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Para Costa, “o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais na ótica da enfermagem depende da capacidade de autoconhecimento do Enfermeiro”.<sup>29</sup> Concordo, assim, com Costa quando afirma que o Enfermeiro “desenvolve conhecimento com base na teoria e na experiência adquirida na prática”.<sup>29</sup> Neste sentido, as vivências ao longo deste estágio revelaram circunstâncias para a minha aprendizagem e que serão determinantes para a minha atuação na minha prática profissional daqui em diante.

Os cuidados à pessoa em situação crítica, inerentes neste estágio na UCI/UCIN, revelaram-se uma oportunidade para eu os transformar em momentos de aprendizagem, uma vez que diferem substancialmente da minha realidade profissional.

Este percurso na UCI/UCINT no Hospital [REDACTED] revelou-se uma oportunidade de comunhão com técnicas particulares de pessoa em situação crítica, que me motivaram a um aprofundamento de conhecimentos teóricos.

Tive o privilégio de assistir às seguintes intervenções: colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central; colocação, manutenção e remoção de cateter arterial; entubação orotraqueal; gestão dos modos ventilatórios; prevenção da pneumonia associada à ventilação invasiva; técnica de substituição renal; insulinoaterapia endovenosa; excisão de drenos torácicos e mediastínicos; cuidados à pessoa traqueostomizada; cuidados à pessoa sob drenagem ventricular externa; oxigenoterapia em lesões cutâneas; transporte intra-hospitalar de pessoa em situação crítica; entre outras. Algumas destas intervenções, apesar de não serem correntes na minha prática profissional, já tinha tido oportunidade de observar, no entanto outras intervenções foram experienciadas por mim pela primeira vez.

Foi também um enorme desafio neste estágio, o facto de ter tido a oportunidade de contactar com dois programas informáticos completamente novos para mim: o *Sorian* e o *Innovian*, já que no meu contexto de trabalho o programa implementado é o *Medicine One*. Estes sistemas de informação possibilitam o registo de toda a informação referente ao cliente, desde a avaliação inicial até à sua alta da UCI/UCINT, permite aceder às prescrições e administrações de medicação, prescrição de exames complementares de diagnóstico, registos de entradas e saídas e, conseqüente balanço hídrico, diferentes escalas de avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Toda esta informação está interligada, os registos médicos e de enfermagem interseam-se, favorecendo naturalmente o plano de cuidados.

Se no início foi tempestiva a minha introdução neste programa informático, entendo agora a sua utilização bastante intuitiva que me impôs um caminho com algumas dificuldades que foram sendo ultrapassadas.

## 6.5. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No contexto da minha prática clínica na UCI/UCIP do Hospital [REDACTED] surgiu a oportunidade de assistir à pessoa com necessidade de cuidados intensivos do foro neurológico (estados de alteração de consciência em consequência de hemorragia intracraniana ou em consequência de hidrocefalia; assim como estados de coma pós paragem cardiorrespiratória; e ainda cirurgia intracraniana quer tenha sido motivada por status pós-traumatismo crânio-encefálico, quer seja tumor cerebral); cuidados intensivos do foro respiratório (insuficiência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória aguda); cuidados intensivos do foro cardiovascular (pós operatório de cirurgia cardiotorácica); cuidados intensivos do foro urológico e nefrológico (lesão renal aguda e lesão renal crónica agudizada; insuficiência renal a aguardar transplante renal); cuidados intensivos do foro cirúrgico abdominal (cirurgia colorretal, cirurgia pancreática). Tive, ainda, oportunidade de prestar cuidados a doentes com choque séptico.

Na presença das diferentes patologias no percurso deste estágio houve a oportunidade de, em colaboração com o Enfermeiro Orientador, ser capaz de identificar focos de instabilidade hemodinâmica mediante a compreensão e interpretação dos dados de monitorização obtidos, permitindo a minha reflexão sobre a supervisão hemodinâmica prevendo a elaboração de um plano de cuidados orientado. Neste sentido, Ponte, citando Fernandes e outros, refere que “todo o processo de monitorização hemodinâmica, simples ou complexo, tem de obedecer aos princípios de rigor na deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que a avaliação das variáveis fisiológicas seja fiável. Além disso, a manutenção de um sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito”.<sup>1</sup>

A sabedoria do Enfermeiro surge da práxis fundamentada na evidência e alcança-se no momento do cuidar. A enfermagem é, portanto como ilustra Ponte, “uma ciência, uma arte que espelha a graciosidade do cuidar humano num continuum respeito pela dignidade da pessoa durante o processo transicional”.<sup>1</sup>

Estou de acordo com Gomes quando cita Urden e outros, com base na *American Association of Critical-Care Nurses* quando refere “as responsabilidades de um enfermeiro de cuidados intensivos: respeitar e apoiar o direito do cliente ou do seu representante de tomar decisões autónomas e informadas; intervir sempre que está em questão o melhor interesse do cliente; ajudar o cliente nos cuidados necessários; respeitar os seus valores, crenças e direitos; proporcionar ao cliente ou ao seu representante designado, educação e suporte para tomar decisões; representar o cliente, de acordo com as suas escolhas; interceder pelos clientes com limitações na comunicação e que requerem atenção imediata; monitorizar e salvaguardar a qualidade dos cuidados prestados; atuar como elo de ligação entre o cliente, a família e outros profissionais de saúde”.<sup>30</sup>

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Neurológico...**

### **O estado da arte evidencia que...**

Durante este estágio, de entre as diferentes oportunidades que surgiram, tive ocasião de prestar cuidados a um cliente com drenagem ventricular externa por hidrocefalia. Até então nunca tinha prestado cuidados diretos a este tipo de pessoa em situação crítica. Percebi, posteriormente que exige cuidados específicos e essenciais de vigilância e monitorização.

Percebi que a drenagem ventricular externa é um procedimento cirúrgico realizado, portanto, em contexto de bloco operatório. Ribeiro explica, em relação à drenagem ventricular externa, que “é um procedimento destinado a drenar para o exterior o líquido cefalorraquidiano em situações de hipertensão intracraniana, sendo um sistema fechado de drenagem”.<sup>31</sup> É através do crânio que é introduzido um dreno até um dos ventrículos cerebrais; sendo que “este dreno é ligado no exterior a um sistema coletor que comporta um dispositivo regulador da pressão de drenagem”.<sup>31</sup>

Ribeiro enumera os seguintes cuidados intensivos de Enfermagem na drenagem ventricular externa:

“- Manter decúbito de 30 graus (...);

- Zerar o cateter da drenagem ventricular externa no conduto auditivo externo (que é o referencial anatómico para o foramen de Monroe, portanto, representando gradientes pressóricos negativos), devendo ser zerado na admissão e toda a vez que for alterado o nível da cabeceira. (...);

- Fechar o cateter de drenagem ventricular externa durante o transporte ou quando baixar a cabeceira a zero graus, evitando o risco de drenagem excessiva do líquido. Nunca esquecer de abrir depois dos procedimentos. (...);

- Desprezar a bolsa coletora quando atingir 2/3 da sua capacidade. Ao manipular a via de saída da bolsa, manter técnica asséptica; (...)

- Realizar curativo na região peri-cateter uma vez por dia e, se necessário. Observar se há extravasamento de líquido(...);

- (...) anotar o aspeto da ferida operatória;

- Nunca aspirar ou injetar solução no cateter. Em caso de obstrução, notificar a equipa de neurocirurgia;

- Anotar débito, aspeto e cor da drenagem de líquido (...). Notificar quando alterações no débito;

- Manipular com cuidado o paciente para evitar o tracionamento do cateter. (...)

- Observar sinais e sintomas de infeção: mudança na coloração normal (incolor, límpido), calafrios, febre, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, alteração pupilar ou leucocitose, défices motores, cefaleia, rigidez da nuca, vómitos (...).<sup>31</sup>

Tive oportunidade para prestar cuidados a dois clientes que tinham sido ambos submetidos a cirurgia intracraniana, contudo por razões distintas entre eles. Um dos clientes por traumatismo cranioencefálico após queda em piscina com quadro súbito de perda de memória, agressividade e diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo com desvio da comissura labial esquerda. O outro cliente, por tumor cerebral com surgimento de quadro de demência há já algum tempo, tendo sido inclusive sujeito a quimioterapia e radioterapia.

Recordo-me que nesse turno, quando recebi as ocorrências o meu primeiro pensamento foi, embora ambos os clientes tenham sido sujeitos a cirurgia intracraniana, se os meus cuidados de enfermagem a ambos seriam idênticos ou se deveriam diferir pelo facto acrescido de terem idades muito dispares (o primeiro com cerca de 40 anos e o segundo com cerca de 70 anos) e as causas cirúrgicas serem igualmente diferentes.

Wingert esclarece que o cuidado de Enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia intracraniana passa por:

- Manter via aérea permeável;
- Vigiar características respiratórias;
- Vigiar saturação de O<sub>2</sub>;
- Elevar a cabeceira da cama a 30 graus; (...)
- Controlar glicemia capilar;
- Vigiar a temperatura corporal;
- Realizar balanço hídrico;
- Prevenir Escaras de Decúbito;
- Controle rigoroso do Diâmetro Pupilar;
- Promover alinhamento tronco-cefálico, mantendo a cabeça centrada;
- Manter proteção ocular;
- Observar distúrbios gastrintestinais;
- Observar queixas de cefaleia;
- Observar presença de Déficit Motor (...).<sup>32</sup>

Concordo com Wingert no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem a este tipo de clientes. Contudo, a minha conduta com o primeiro cliente (status pós-traumatismo cranioencefálico) foi diferente do meu comportamento com o segundo cliente com quadro de demência. O primeiro mais comunicativo e preocupado com a sua situação atual, fui tendo um papel tranquilizante transmitido com um diálogo otimista e de conforto; portanto estive menos vezes na unidade deste, mas durante mais tempo a estabelecer um diálogo esclarecedor. Já o segundo, houve necessidade de estar menos tempo junto deste, mas muitas mais vezes no sentido de vigiar constantemente o seu bem-estar já que apresentava por períodos agitação psico-motora, consequência do quadro de demência, em que retirava o penso da craniotomia e se desmonitorizava várias vezes.

## O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Respiratório...

### O estado da arte evidencia que...

Durante as aulas da disciplina de Médico-Cirúrgica foi abordada a temática acerca de derrame pleural e dos vários tipos. Porém, foi possível durante esta prática clínica prestar cuidados a um cliente com um desses tipos de derrame pleural – quilotórax, com o qual nunca tinha tido oportunidade de reconhecer. O cliente em causa tinha sido submetido a uma cirurgia colorretal há alguns dias e estava a cumprir o protocolo ERAS (ANEXO III). Presentemente, durante os meus cuidados, o cliente demonstrou um humor deprimido relacionado com a sua situação atual. A minha preocupação, na altura, foi também em lhe transmitir algum alento, algum conforto emocional. Uma das formas que encontrei de o tirar, por alguns momentos, daquela unidade foi levá-lo a viajar pelo livro de José Rodrigues dos Santos, que tinha à sua cabeceira, e falarmos sobre ficção científica baseada em factos reais. Posteriormente, fui ler de novo acerca deste tipo específico de derrame pleural, de forma a poder relembrar os cuidados de enfermagem nestas situações de pessoa em situação crítica. Os cuidados de enfermagem devem assentar na investigação científica, no sentido da promoção da qualidade e segurança da prática de enfermagem, no progresso profissional e na otimização dos seus resultados.

Saraiva define derrame pleural como sendo a “acumulação anormal de líquido no espaço pleura”.<sup>33</sup>

Vaz e outros refere que quilotórax é uma causa de derrame pleural muito pouco frequente. O mesmo autor desenha que este tipo de derrame pleural significa o “acúmulo de linfa no espaço pleural”, enfatizando que a palavra “quilo refere-se à aparência leitosa da linfa, devida ao seu conteúdo rico em gordura”.<sup>34</sup>

Cipriano e outros, citado por Assis, considera a drenagem pleural como um “ato relativamente simples, porém podendo levar a complicações devido à falta de cuidados que precisam ser respeitados durante o controle do dreno”.<sup>35</sup>

Souza e outros, citado por Assis, sublinham “que se o volume drenado se apresentar maior que 200ml/hora, sem sinais de redução no volume, deve ser considerado a toracotomia”.<sup>35</sup> Ribeiro enuncia os seguintes cuidados de enfermagem a uma pessoa em situação crítica, cuja causa é derrame pleural:

“– Controlar a dor corretamente;

- Monitorar o dreno de tórax;

- Verificar a quantidade de líquido que drenou e a sua cor;

- Registrar os valores obtidos no dreno do tórax e deixar o paciente em repouso na cama ajustada a 45 graus”.<sup>36</sup>

Lúcio e outros, citado por Assis, acrescentam que a equipa de Enfermagem “é responsável por orientar e prestar esclarecimentos ao doente e familiares, auxiliar o médico durante a inserção do dreno de tórax, garantir que a experiência seja segura e confortável para o paciente, prevenir intercorrências clínicas, realizar curativos pós-cirúrgicos, monitorar circuito de drenagem e o seu débito, além de manter-se capacitado e atualizado acerca das novas técnicas e avanços científicos para garantir uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes com dreno de tórax”.<sup>35</sup>

O cuidar intensivo à pessoa com traqueostomia também era para mim uma baliza durante este estágio, uma vez que ao longo da minha prática profissional nunca o tinha realizado. Tive algumas oportunidades nesse sentido e, inclusivamente, tive oportunidade não só de prestar cuidados diretos de enfermagem como também de assistir ao ensino realizado a um cliente durante a transição entre cânula de traqueostomia não fenestrada para uma fenestrada, permitindo a este retomar novamente a comunicação verbal.

Martins e outros esclarece que a técnica de traqueostomia pode provocar algumas questões como as denunciadas a seguir:

“- Não utilizar os meios fisiológicos de aquecimento e humidificação de ar, o que leva à formação de secreções mais secas e espessas;

- Numa fase inicial, trazer dificuldades na deglutição;
- Dificultar ou impossibilitar a comunicação verbal;
- Fazer surgir graves alterações na autoimagem;
- Ser geradora de altos níveis de ansiedade;
- Favorecer o aparecimento de infeções respiratórias e no local de inserção da cânula (...).<sup>37</sup>

Conforme explica a Direção Geral da Saúde, “a intervenção de Enfermagem da pessoa a ser submetida a cirurgia de ostomia respiratória deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia nos cuidados hospitalares”.<sup>38</sup>

Martins e outros (37) identificam alguns cuidados à pessoa com traqueostomia, explicando que devem ser orientados para “a manutenção da permeabilidade da via aérea, evitar a infeção e favorecer a adaptação do doente”. O mesmo autor refere que, concretamente na manutenção da via aérea, o cuidar de Enfermagem deve incidir em:

- “- Aspirar as secreções em SOS;
- Humidificar com nebulizações com soro fisiológico;
- Mudar a cânula interna a cada turno e sempre que necessário;
- Hidratar o doente convenientemente;
- Estimular inspirações profundas e a tosse;
- Auscultar ambos os campos pulmonares periodicamente;
- Administrar fluidificantes, se prescritos”.<sup>37</sup>

Como forma de evitar a infeção, relativamente à pessoa traqueostomizada, Martins e outros explicam que se deve:

- “- Lavar as mãos antes de qualquer procedimento;
- Fazer penso ao local de inserção do tubo, lavando com soro fisiológico e desinfetando com Iodopovidona ou clorexidina, sempre que necessário;
- Assegurar uma perfeita fixação da cânula;
- Mudar a cânula externa periodicamente (cada 3-4 dias para uns autores e uma semana para outros). Diariamente, se existir infeção;

- As aspirações são feitas com sonda estéril, e após calçar luva esterilizada na mão dominante;
- Evitar aspirações desnecessárias;
- Promover uma boa higiene oral (...).<sup>37</sup>

Por último, em relação à adaptação do cliente à sua traqueostomia, Martins e outros enfatizam a importância dos seguintes cuidados de Enfermagem:

“– Transmitir segurança e tranquilidade;

- Proporcionar um ambiente confortável;
- Proporcionar informação ao doente e família (...);
- Deixar o botão da campainha acessível;
- Estabelecer meios eficazes de comunicação (...);
- Mostrar disponibilidade;
- Ensinar a falar tapando a cânula, se possível e quando oportuno;
- Ensinar o doente a (...) colocar um lenço à frente da cânula para apanhar as secreções (...)
- Estimular o auto-cuidado (...).<sup>37</sup>

## O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Cardiovascular...

### O estado da arte evidencia que...

A UCI onde estagiei caracteriza-se por ser uma unidade polivalente onde o internamento de clientes submetidos a cirurgia cardíaca também é frequente.

Recordo o dia em que recebi um cliente submetido a cirurgia cardíaca. Nesse dia, tinha minutos antes efetuado pela primeira vez a transferência de um cliente submetido a cirurgia colorretal para a unidade de cuidados intermédios. Estava a ser um turno interessante, do ponto de vista de ocorrências diferentes, quando a equipa do Bloco Operatório entrou na UCI com o cliente submetido a cirurgia cardíaca. E, lembro-me de pensar nas aulas de Médico-Cirúrgica por instantes e dizer para mim própria que ao vivo é, ainda, mais desafiante. O cliente chegou à UCI ainda sedado e ventilado, sendo que todos os cuidados inerentes a este tipo de cliente suscitaram-me curiosidade de relembrar estas aulas. Passado sensivelmente duas horas da sua chegada à UCI, o cliente iniciou desmame da sedação e foi extubado.

O procedimento de extubação precoce vai ao encontro do que Reis refere, mencionado por Gomes, “todos os doentes devem, à partida, ser candidatos a extubação precoce (...). Apesar de ser tecnicamente possível a extubação no bloco operatório numa percentagem elevada de doentes, por questões de *turnover* da sala, pode ser preferível proceder à extubação após a chegada à UCI”.<sup>30</sup>

Taurino defende que “o cuidado pós-operatório é determinante para o prognóstico”.<sup>39</sup> O mesmo autor identifica os seguintes cuidados de enfermagem neste tipo de clientes: “manutenção do débito cardíaco, da integridade tecidual, do equilíbrio hidroeletrólítico e da oxigenação”.<sup>39</sup> Para cada um desses itens, temos cuidados específicos, tais como: monitorização cardíaca; balanço hídrico; administração de hemoderivados; mudanças de decúbito; uso de curativos protetores; avaliar as condições da pele; observar necessidade de reposição hídrica; coletar e avaliar exames laboratoriais; oferecer oxigenoterapia conforme necessidade, e outros”.<sup>39</sup>

Para além de serem necessárias competências técnicas e científicas ao Enfermeiro que presta cuidado à pessoa submetida a cirurgia cardíaca, Silva, citado por Taurino, entende que tem igualmente de ter competências de suporte emocional no sentido de “dispensar atenção às necessidades psicoemocionais do paciente, de forma a contribuir para sua recuperação”.<sup>39</sup>

Concordo com Gois e outros, citado por Gomes, quando atribui à cirurgia cardíaca em conjunto com o ambiente da UCI, um conjunto de fatores de stress para com este tipo de clientes.<sup>30</sup> Este autor classificou os fatores de stress em quatro grupos relacionando-os com a “experiência cirúrgica, o ambiente da unidade de cuidados intensivos e o período pós-operatório, as experiências desagradáveis (sede, intubação e dor) e a relação com os profissionais de saúde (impessoalidade, presença profissional que significa segurança e conforto, orientação e formação)”.<sup>30</sup>

No momento de instalar o cliente submetido a cirurgia cardíaca na UCI, o Enfermeiro responsável por este deve, conforme indica Gomes, “promover o seu conforto; garantir uma ventilação eficaz; registar parâmetros vitais e ventilatórios; verificar a permeabilidade das drenagens torácica, vesical e gástrica; executar colheita de sangue para rotinas (se aplicável) e gasometria; (...)”.<sup>30</sup>

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Urológico e Nefrológico...**

### **O estado da arte evidencia que...**

Durante esta prática clínica surgiram diferentes momentos de formação dos quais destaco a receção de um cliente submetido a nefrectomia radical transferido diretamente do bloco operatório sob sedação e ventilado mecanicamente; noutra ocasião, houve oportunidade de prestar cuidados diretos a um jovem que tinha sido submetido a transplante renal com um ano de idade e, nesse momento, encontrava-se a aguardar novo transplante renal sob sedação e ventilado mecanicamente; e, igualmente, tive o privilegio de cuidar de clientes submetidos a hemodiálise.

Prestar cuidados à Pessoa em Situação Crítica submetida a técnica dialítica também constava das minhas intenções neste estágio.

Durante o estágio tive oportunidade cuidar de um cliente submetido a esta técnica de substituição da função renal, através de cateter venoso provisório como também através de cateter venoso definitivo. Foi possível a observação de técnica de hemodialise intermitente, não havendo oportunidade de observação de técnica contínua.

Tive, identicamente, oportunidade de observar o Enfermeiro na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema fazendo o “prime” da máquina. Houve ocasião de prestar cuidados ao cateter venoso, contudo, não houve possibilidade de observar a implantação de cateter venoso jugular ou femural.

É pratica corrente nesta UCI, receber clientes que estão internados no Serviço de Internamento e que são transportados a esta unidade para a realização de hemodiálise por exemplo durante 4 horas e, depois, regressam ao Serviço de Internamento.

Entende-se por hemodiálise “um tratamento que consiste na remoção do líquido e substâncias tóxicas do sangue, como se fosse um rim artificial. É o processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue como a creatinina e a ureia. A hemodiálise é uma terapia de substituição renal realizada em pacientes portadores de insuficiência renal crônica ou aguda, já que nesses casos o organismo não consegue eliminar tais substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais”.<sup>40</sup>

A retenção de líquidos e o edema são dois dos diagnósticos de enfermagem levantados por Marques, na Pessoa em Situação Crítica submetida a técnica dialítica.

Propriamente em relação à retenção de líquidos, Marques refere que se espera que o cliente “apresente um balanço hídrico equilibrado; peso estável; normocárdico; normotenso; eupneico e ausência de edema e outros indicadores físicos de hipervolemia”.<sup>41</sup>

O mesmo investigador identifica como intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a técnica dialítica: “monitorizar e registar o balanço hídrico e o peso diariamente, deve-se estar atento a ganhos de peso > 0,5-1Kg nas 24 horas. Deve-se avaliar e efetuar o registo dos sinais vitais, sons respiratórios, frequência e ritmo cardíacos. O enfermeiro deve estar atento a crepitações, taquicardia, atrito pericárdico e pulso paradoxal. Deve-se manter as restrições de líquidos prescritas. Deve-se registar o balanço hídrico de hora a hora; avaliar e registar a existência de ingurgitamento jugular, taquicardia, aumento da tensão arterial; aumento da PVC, ou seja, indicadores do aumento

de volume de líquidos. A avaliação e registo da existência de edemas, restringir a ingestão total de líquidos a 1200-1500ml em 24 horas também deve ser tida em conta”.<sup>41</sup>

No que diz respeito ao diagnóstico de Enfermagem de edema, Marques clarifica que as “intervenções de enfermagem visam promover a integridade da pele nas áreas edemaciadas, através da sua elevação e de posicionamentos frequentes e hidratação adequada”.<sup>41</sup>

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Cirúrgico Abdominal...**

### **O estado da arte evidencia que...**

No que diz respeito à cirurgia abdominal, houve ocasião de cuidar da Pessoa em Situação Crítica submetida a cirurgia colorretal. Nesta unidade, os clientes submetidos a este tipo de cirurgia cumprem o protocolo ERAS (ANEXO III), de qualquer forma em situações extremas, este protocolo é interrompido sempre que se justifique e em concordância com toda a equipa. Como exemplo de situações que motivaram essa interrupção do protocolo: quadro de náuseas e/ou vômitos ou outro exemplo, quando um cliente teve de ser submetido a drenagem pleural por quilotórax.

A literatura define o protocolo Eras como a “Recuperação Avançada Após a Cirurgia” e abrange “um conjunto de medidas perioperatórias que podem melhorar a recuperação do paciente e diminuir o tempo de internação e as complicações pós-operatórias”, quem o diz é Ripollés-Melchor e outros.<sup>42</sup>

O mesmo investigador enfatiza que os clientes submetidos a cirurgia colorretal sob o protocolo ERAS “desenvolvem menos complicações e apresentam um tempo de internação hospitalar mais curto”.<sup>42</sup>

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista da Dor – transversal a todas as patologias...**

### **O estado da arte evidencia que...**

Acerca da dor e do papel do Enfermeiro neste diagnóstico, Ponte sublinha Sequeira, em que “o profissional de saúde à medida que vai adquirindo experiência num determinado contexto (...), adquire, simultaneamente, mais potencial para ser empático com pessoas que vivenciam um dado problema”, sendo que este “deverá integrar na sua formação um conjunto de competências básicas de comunicação de modo a poder utilizá-las de forma efetiva nos contextos de saúde, atuando com empatia, assertividade e aceitação na identificação da dor e na promoção do conforto e bem estar da pessoa e da sua família”.<sup>1</sup>

Neste sentido, foi imperativo neste estágio em cuidados intensivos de realizar a identificação, quantificação e tratamento da dor à pessoa em situação crítica, com condição de consciência comprometida, usando as escalas de Glasgow [“é uma escala neurológica que intenciona constituir-se de um método confiável e objetivo para registrar o nível de consciência de uma pessoa”<sup>43</sup>] e de RASS [“é uma escala utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um paciente que necessite de cuidados críticos ou esteja sob agitação psicomotora”<sup>44</sup>].

Em cuidados intensivos a dor pode ser consequência de intervenções invasivas, pelo posicionamento da pessoa em situação crítica, colocação de cateter central ou cateter arterial, aspiração de secreções, remoção de tubos torácicos, entre outros. Constatei que a prevenção da dor neste estágio é uma consideração presente na equipa mas, igualmente é uma exigência das premissas de qualidade da *Joint Commission International* a monitorização horária com base na escala comportamental da dor (BPS – *Behavioural Pain Scale*). Compreender o grau de dor mediante esta escala comportamental suscitou-me no início dúvidas e incertezas, pelo que efetuei uma pesquisa bibliográfica que me norteasse na apreciação deste parâmetro.

Como explica Morete e outros, a escala de avaliação de dor BPS é, comumente, utilizada “para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica”.<sup>45</sup>

Durante este estágio, a aplicação desta escala foi sempre uma preocupação uma vez que o cliente estando sedado e/ou ventilado não tem possibilidade de transmitir o seu desconforto.

Por outro lado, estou de acordo com Taveira quando considera que a dor não é a única causa perturbadora numa UCI. Para este autor a “privação do sono acaba sempre por ser um problema comum, e todos os sons, que não são familiares constituem maioritariamente uma ameaça para o doente”.<sup>4</sup>

No mesmo propósito, Taveira cita Rabiais, afirmando que “a estimulação visual nas unidades é excessiva por causa da iluminação permanente; as luzes podem provocar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite, interrupção do sono. Os ciclos de sono são perturbados não só pela iluminação ou outras fontes de estimulação do ambiente, mas também pelas intervenções constantes dos profissionais de saúde”.<sup>4</sup>

Estando em conformidade com esta afirmação, a UCI do Hospital [REDACTED] tem na sua estrutura física uma clarabóia que permite a entrada de luz solar e, igualmente, permite a perceção da chegada da noite. Desta forma, é facilitada a orientação temporal da Pessoa em Situação Crítica nesta unidade.

A par da preocupação constante da equipa nesta temática, atendendo às evidências científicas e aos meus compromissos éticos, tentei sempre apropriar os tons de diálogo, adequar a luz às necessidades e reduzir os estímulos sensoriais. Quando se aproximava a noite, tinha o cuidado de reduzir a iluminação da unidade do cliente e, por outro lado, tentava reduzir ao mínimo a duração dos alarmes dos equipamentos.

Neste sentido, durante este estágio foi meu desígnio não só o conforto físico do cliente como também o conforto audiovisual.

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista da Prevenção e Controlo da Infeção...**

### **O estado da arte evidencia que...**

Vivemos tempos únicos que exigem condutas severas e dolorosas. Durante este estágio dei por mim a pensar que vivíamos na idade média, em plena peste negra. Não apenas porque se vive uma pandemia, mas, igualmente, a severidade que se vive no que diz respeito ao afastamento social. Apesar de eu ter testemunhado a humanização ímpar da equipa da UCI, que em casos muito particulares e excecionais era permitida a entrada de uma pessoa significativa à Pessoa em Situação Crítica, a pandemia foi implacável no que diz respeito ao controlo de infeção.

Contudo, já anteriormente a atual situação pandémica, vários autores faziam referência à necessidade de restrição de visitas à Pessoa em Situação Crítica. Ponte, fazendo menção a Toldo e outros, refere que “o ambiente crítico e restritivo aos pacientes, promove o distanciamento do doente com sua família, em função das rotinas hospitalares cada vez mais rígidas que visam diminuir ao máximo a circulação de pessoas e com isso o risco de infeções”. (1)

No decorrer desta prática clínica pretendi proceder de acordo com o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do Hospital da Luz de Lisboa e da Direção Geral de Saúde, tendo como premissa a prestação de cuidados de prevenção de infeção, pretendendo a promoção da segurança nos cuidados de saúde.

Neste seguimento, tive a preocupação de na presença de clientes em situações críticas interceder tendo como base os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, com o cateter vesical e na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação identificadas pela Direção Geral de Saúde.

Paiva (46) define feixes como uma série de ações “(geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente”. O mesmo autor explica que estes feixes de intervenção “têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente”.<sup>46</sup> E acrescenta que “cada aspeto está bem definido e apoiado em evidência proveniente de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados bem desenhados ou em dados de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado bem desenhado”.<sup>46</sup>

Neste sentido, tendo em consideração a evidência científica, ao longo da minha prática foi minha preocupação identificar esses feixes de intervenção em cada técnica instituída.

No que diz respeito à prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, Paiva identifica os seguintes feixes de intervenção:

“1. Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente (Recomendação IC)

2. Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros (Recomendação IC)

3. Realizar antissepsia da pele do doente com clorhexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central (Recomendação IA)
4. Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente (Recomendação IIC)
5. Não usar acesso femoral, sempre que possível (Recomendação IA)
6. Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Recomendação IIaC)". (46)

Em relação à prevenção de infeção relacionada com o cateter vesical, Paiva reconhece os seguintes feixes de intervenção:

“1. Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical (Recomendação IB) e documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico (Recomendação IC);

2. Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Recomendação IB)

3. Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem (Recomendação IB);

4. Realizar a higiene diária do meato uretral, pelo doente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde (Recomendação IB) com ensino ao doente e família sobre cuidados de prevenção de ITU associada a cateter vesical (Recomendação IIaC);

5. Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Recomendação IB);

6. Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (Recomendação IB)".<sup>46</sup>

No que concerne aos feixes de intervenção da prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação, foi possível cumprir as seguintes ações definidas por Paiva:

“1. Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico (Recomendação IA);

2. Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico (Recomendação IA);

3. Manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico (Recomendação IIbA)

4. Realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico (Recomendação IIA);

5. Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Recomendação IA);

6. Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O (Recomendação IIC)".<sup>46</sup>

Ponte, citando Vieira e outros, ainda acrescenta a estas *bundles* anteriores que a “presença de estudos para determinar o número de enfermeiros por turno, traduziam-se em melhores *outcomes*”.<sup>1</sup>

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista da relação terapêutica, com o cliente em situação crítica e família/cuidador...**

### **O estado da arte evidencia que...**

Vivemos tempos ímpares e diferentes. Durante este estágio assisti a diferentes formas de interação com a família: desde autorização de visita breve da família a um cliente em fase terminal... a visita de um filho de um cliente em choque séptico... a visita até à porta da UCI de um familiar apenas para o cliente internado assinar uns cheques...

Com estes casos foi, portanto, possível identificar situações problemáticas, relacionadas com a interação entre a equipa de Enfermagem e o cliente/família/cuidador.

Em contrapartida, foram observadas estratégias utilizadas pela equipa de Enfermagem da UCI, na conexão entre o cliente e a família. Por exemplo, na realização de videochamada entre familiares – filhos e netos- e cliente sedado e conectado a ventilação mecânica. Em que, neste caso específico, o Enfermeiro permitiu que o cliente sedado e ventilado ouvisse a voz dos seus familiares. Por outro lado, esta forma de comunicação imposta pela situação de pandemia permitiu aos familiares olharem para o seu familiar internado em UCI ao mesmo tempo que o Enfermeiro, que não saiu de perto do cliente, tranquilizasse a família explicando que ele nesse momento não podia falar porque se encontrava sedado e ventilado, mas que conseguia ouvir a suas vozes. Foi notório o misto de angústia e ao mesmo tempo felicidade sentidas pela família do cliente em situação crítica. Paralelamente às videochamadas, todos os dias o clínico de serviço da UCI telefonava para a família/pessoa significativa do cliente em situação crítica a fazer o ponto de situação do cliente, tendo a preocupação de utilizar uma linguagem clara e perceptível.

O estado da arte no que diz respeito à perceção da família da pessoa internada em UCI é descrito por Taveira, citando Gonçalves, “situações que desencadeiam uma crise emocional, não só para o doente como para a sua família”.<sup>4</sup> Primeiramente, Taveira sublinha a importância de clarificar o que o cliente considera como sua família, “sendo considerados elementos da família, aqueles que este considera como tal” e não somente os elementos com grau de parentesco.<sup>4</sup> Assim sendo, a “família é, portanto, uma unidade social que confere suporte e apoio aos seus membros, a nível social, emocional, económico e, ainda, no que respeita à educação e à saúde”.<sup>4</sup>

Taveira, ao citar Nascimento, vai mais longe e enfatiza que “refletir sobre a capacidade de comunicar tornará os enfermeiros mais humanos, mas para que isso aconteça terão que estar: “(...) disponíveis para o diálogo... dispostos a ir além da competência técnica (...)”.<sup>4</sup> Neste sentido, Cintra, citado por Taveira defende que “só é possível humanizar UTI's (Unidades Tratamento Intensivo) partindo da nossa própria humanização”.<sup>4</sup>

Schneider e outros, citado por Taveira, refere que apesar de a UCI ser “um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização da assistência, que é expressa pela atitude relacional dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares”

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS e SUGESTÕES

Ao longo de todo o estágio demonstrei evolução na capacidade de tomada de decisão em situações complexas, tendo sempre presente uma Enfermagem avançada, autónoma, baseada nos Padrões de Qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, na conceção e implementação dos cuidados aos clientes.

Olhando à lupa um desses Padrões de Qualidade, ou seja, a Satisfação da Pessoa em Situação Crítica foi conseguido através da otimização da minha integração na UCI do Hospital da Luz de Lisboa. Quando cheguei ao serviço, também inerente à minha inexperiência, tive alguma dificuldade na execução dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica enquanto não me familiarizei com os recursos humanos, logísticos e processuais disponíveis. O que foi por mim sentido é que necessitei de mais tempo para me familiarizar com estes recursos levando, como consequência, mais tempo a cuidar do cliente.

Esta prática clínica constituiu um desafio de relacionar-me com novas realidades, trocar experiências, refletir sobre as práticas, formas de estar e de agir. Até aqui eu entendia a equipa de cuidados em UCI como uma elite e, daqui em diante reconheço-os como uma classe ímpar em sensibilidade, atenta ao mais pequeno pormenor.

Esta fase revelou-se um enorme estímulo, mas de forma enriquecedora e que me despertou interesse crescente a cada dia.

Este caminho traçado com curvas e lombas possibilitou-me um desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos inerentes à categoria de Enfermeira com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao desenvolver competências teórica e práticas que me consentiram tomar resoluções fundamentadas cientificamente e me apoiaram na aquisição de autonomia indo de encontro a uma Enfermagem Avançada.

Posso concluir que, com a realização deste estágio em conjunto com a elaboração desta reflexão, foi possível, paralelamente à concretização dos objetivos desta prática clínica, a aquisição de competências particularmente importantes na minha prática profissional e alcançar os objetivos traçados por mim inicialmente.

Tendo em consideração o desejo de desenvolver um olhar crítico enquanto aprendiz, fiz algumas sugestões à Coordenação da UCI que emergiram do propósito da segurança do cliente, tendo sido bem recebidas.

Entendo que o papel do Enfermeiro Especialista pretende ser disruptivo promovendo a reflexão dos seus pares., considerando que a maior falácia poderá ser a de olhar apenas numa perspetiva.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponte, Carla; Relatório Final: Cuidados Integrals à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca; 2017 – consultado em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21571/2/Relat%C3%B3rio%20Final%20%20Carla%20Ponte.pdf>
2. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; 2019 – consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
3. Peixoto, Nuno e outros; Prática Reflexiva em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico; 2016 – consultado em:  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>
4. Taveira, Carla; Relatório Final: Enfermagem... Um Percurso no Saber; 2011 – consultado em:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9414/1/Relat%c3%b3rio%20CD.pdf>
5. Cantante, Ana e outros; Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal; 2019 – consultado em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100261](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100261)
6. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais; 2011 – consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)
7. Ordem dos Enfermeiros; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos; 2001 - consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
8. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; 1998 – consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

9. Serrano, Maria e outros; Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s); 2011 – consultado em:  
<http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
10. Balduino, Anice e outros; O Processo de Cuidar de Enfermagem ao Portador de Doença Crónica Cardíaca; 2009 – consultado em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>
11. Ribeiro, Joana; Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; 2014 – consultado em:  
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2284/1/relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20-%202%c2%ba%20semestre.pdf>
12. Ordem dos Enfermeiros; Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência; 2017 – consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-102017\\_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-em-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%Aancia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-102017_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-em-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%Aancia.pdf)
13. Hospital da Luz; 2018 – consultado em:  
<https://www.hospitaldaluz.pt/pt/hospital-da-luz/comunicacao/noticias/14455/hospital-da-luz-lisboa-obtem-acreditacao-internacional-de-qualidade-da-jci>
14. Rede de Referência de Medicina Intensiva; 2016 – consultado em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
15. Lobato, José e outros; ComputerWorld; 2004 – consultado em:  
<https://www.computerworld.com.pt/2004/12/22/o-sorian-melhora-os-processos-e-os-resultados/>
16. Pinto, Ana; Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar; 2016 – consultado em:  
[https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47267/1/RH\\_Ana%20Carolina%20Pinto.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47267/1/RH_Ana%20Carolina%20Pinto.pdf)
17. Guedes, Helena; Relatório de Mestrado: Detecção Precoce da Sépsis na Pessoa em Situação Crítica: Uma Abordagem de Enfermagem; 2014 – consultado em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16360/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Helena%20B%C3%A9nard%20Guedes.pdf>
18. Ordem dos Enfermeiros; Código Deontológico; 2015 - consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

19. Martins, Maria e outros; Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento; 2016 – consultado em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt)
20. Paiva Ribeiro, Olivério e outros; Revista *Millenium*; Qualidade dos Cuidados de Saúde; 2008 – consultado em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/508>
21. Ordem dos Enfermeiros; Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva; 2018 – consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
22. Fachada, Joana; Relatório de Estágio: Oportunidades Multiculturais na Melhoria de Competências – Gestão e Liderança em Enfermagem; 2017 – consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21626/1/Relat%C3%B3rio%20Joana%20Fachada.pdf>
23. Ordem dos Enfermeiros; Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem; 2014 – consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
24. Potra, Teresa e outros; Liderança dos Chefes de Equipa: Contributo para o Desenvolvimento de Competências Emocionais dos Enfermeiros; 2017 – consultado em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8c3c/bc97d94a883caad6f89f8ff1b23a0efc1017.pdf>
25. Alves, José e outros; A Inteligência Emocional em Enfermeiros Responsáveis por Serviços Hospitalares; 2012 – consultado em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200004)
26. Gonçalves, Maria; Dissertação de Mestrado: Estilos de Liderança – Um Estudo de Auto-Perceção de Enfermeiros Gestores; 2008 – consultado em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1063/2/marianarcisagoncalves.pdf>
27. Roxo, Ana e Gonçalves, Sara; Revisão Sistemática da Literatura: Impacto da Liderança na Satisfação das Equipas de Enfermagem; 2016 – consultado em: <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1022/1/RSI%20-%20Impacto%20da%20Lideran%C3%A7a%20na%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20das%20Equipas%20de%20Enfermagem.pdf>
28. Sanhudo, Nádia; Liderança em Enfermagem; 2020 – consultado em: <https://www.ufjf.br/admenf/files/2020/03/Aula-3-Aula-de-lideran%C3%A7a.pdf>

29. Costa, Sandra; Relatório de Estágio; 2014 – consultado em:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19672/1/Vers%C3%A3o%20Final%20%20Tese%20Mestrado%20Sandra%20Costa%2019MAI2014.pdf>
30. Gomes, Luís; Relatório de Estágio: Cuidar Especializado à Pessoa em Situação Crítica: Um Percorso até à Especificidade da Cirurgia Cardíaca; 2019 – consultado em:  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28848/1/Relat%c3%b3rio%20Final\\_Lu%c3%ads%20Gomes.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28848/1/Relat%c3%b3rio%20Final_Lu%c3%ads%20Gomes.pdf)
31. Ribeiro, Christiane; Enfermagem Ilustrada: Derivação Ventricular Externa; 2020 – consultado em:  
<https://enfermagemilustrada.com/derivacao-ventricular-externa-dve/>
32. Wingert, Mônica; Curso Técnico de Enfermagem Cirúrgica; 2015 - consultado em:  
<http://colegiodomfeliciano.com.br/professores/monica/files/2015/03/PRINCIPAIS-CIRURGIAS-1.pdf>
33. Saraiva, Cátia; Impacto da Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa com Derrame Pleural; 2017 – consultado em:  
[https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4795/1/CatiaDanielaFigueiredoSaraiva\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4795/1/CatiaDanielaFigueiredoSaraiva_DM.pdf)
34. Vaz, Marcelo e outros; Quilotórax; 2006 – consultado em:  
<https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32s4/31838.pdf>
35. Assis, Larissa; Proposta de Protocolo para Assistência de Enfermagem ao Paciente com Dreno de Tórax; 2014 – consultado em:  
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173563/Larissa%20Louren%C3%A7o%20Campos%20de%20Assis%20-%20EMG%20-%20tcc.pdf?sequence=1>
36. Ribeiro, Christiane; Enfermagem Ilustrada: O Derrame Pleural e sus Tipos; 2020 – consultado em:  
<https://enfermagemilustrada.com/o-derrame-pleural-e-seus-tipos/>
37. Martins, José e outros; Cuidados de Enfermagem ao Doente com Traqueostomia; 2000 – consultado em:  
<https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&idartigo=2045&idrevisa=5&idedicao=19>
- 38.

(34)- Direção Geral da Saúde; Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto; 2016- consultado em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>

(35) - Taurino, Ilka; Cirurgia Cardíaca: Refletindo sobre o Cuidado de Enfermagem no Período Pós-operatório; 2020 – consultado em:

<https://pubsaude.com.br/revista/cirurgia-cardiaca-refletindo-sobre-o-cuidado-de-enfermagem-no-periodo-pos-operatorio/>

(40)- Hemodiálise; Visto em Wikipédia, a enciclopédia livre; Wikimedia Foundation; 2020 -consultado em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hemodi%C3%A1lise&oldid=58278358>

(41)- Marques, Joana; Relatório de Estágio: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Renal Aguda Submetida a Técnicas Dialíticas Intermitentes em UCI; 2011 – consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15839/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio-%20Joana%20Marques.pdf>

(42) Ripollés-Melchor, Javier e outros; Aceleração da Recuperação após Protocolo Cirúrgico versus Cuidados Perioperatórios Convencionais em Cirurgia Colorretal. Um estudo de coorte em centro único; 2018 –

consultado em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709417303896>

(43) Escala de Coma de Glasgow; Visto em Wikipédia, a enciclopédia livre; Wikimedia Foundation; 2020 - consultado em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_coma\\_de\\_Glasgow](https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_coma_de_Glasgow)

(44) - Escala de Agitação e Sedação de Richmond; Visto em Wikipédia, a enciclopédia livre; Wikimedia Foundation; 2020 - consultado em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_agita%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_seda%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Richmond](https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_agita%C3%A7%C3%A3o_e_seda%C3%A7%C3%A3o_de_Richmond)

(45) - Morete, Márcia e outros; Tradução e Adaptação Cultural da Versão Portuguesa (Brasil) da Escala de Dor *Behavioural Pain Scale*; 2014 - consultado em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>

(46) - Paiva, José; *Bundles: a new language and a new methodology*; 2015 – consultado em:

[https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/jorn2015-japaiva\\_bundles\\_mesmo-7-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/jorn2015-japaiva_bundles_mesmo-7-pdf.aspx)



## **9. ANEXOS**


**ANEXO I – Projeto de Estágio “Vigilância e Decisão Clínica”**

**ANEXO II – Guia de Integração de Novos Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem na UCI do Hospital da Luz de Lisboa**

**ANEXO II – Protocolo ERAS do Hospital da Luz de Lisboa:**

**- cirurgia colorretal**

**APÊNDICE 3 - Guia de Integração de Novos Elementos de Enfermagem em uma  
UCI**

**GUIA de INTEGRAÇÃO**  
**de**  
**NOVOS ENFERMEIROS**  
**e**  
**ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**  
**Na UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS**  
**e UNIDADE de CUIDADOS INTERMÉDIOS**  
**do HOSPITAL da** 

Professora Orientadora:

Professora Patrícia Pontífice Sousa (Universidade Católica de Lisboa)

Enfermeiro Orientador:

Enfermeiro Luís Sá (Hospital da Luz de Lisboa)

Elaborado por:

Estudante do 13º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Susana Andrez

Lisboa 2020

## ÍNDICE

1 - NOTA INTRODUTÓRIA	1
2 - CARACTERIZAÇÃO do HOSPITAL da LUZ de LISBOA	
2.1 – A NOSSA HISTÓRIA	2
2.2 – AS NOSSAS UNIDADES	2
2.3 – AS NOSSAS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS	3
2.4 – A NOSSA VISÃO, MISSÃO e VALORES	3
2.5 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA	6
3 - CARACTERIZAÇÃO do SERVIÇO	
3.1 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA da UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS	7
3.2 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA da UNIDADE de CUIDADOS INTERMÉDIOS	8
3.3 – CARACTERIZAÇÃO de RECURSOS e FUNCIONAMENTO	
3.3.1 – EQUIPA de ENFERMAGEM	9
3.3.2 – EQUIPA de TÉCNICOS OPERACIONAIS	12
3.3.3 – EQUIPA MÉDICA	12
4 – VISITAS	13
5 – INFORMAÇÕES ÚTEIS	14
6 - ETAPAS do PROGRAMA de INTEGRAÇÃO de NOVOS ENFERMEIROS	15
7 - FASES do PROGRAMA de INTEGRAÇÃO	
7.1 – FASE A – FASE DE ADAPTAÇÃO	17
7.2 – FASE B – EXECUÇÃO PRÁTICA	19
7.3 – FASE C – TÉCNICAS DIFERENCIADAS E CONSOLIDAÇÃO DE CONHECIMENTOS	23
8 – NOTAS	24
9 - FORMAÇÕES ASSISTIDAS durante o PERÍODO de INTEGRAÇÃO	26
10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
11 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO	
REGRAS de CONDUTA do HOSPITAL da LUZ	

## 1 - NOTA INTRODUTÓRIA

Pretende-se com este guia de integração da Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios (UCI/UCINT) do Hospital [REDACTED] facilitar a integração na “nossa” instituição.

Este guia faculta informações relacionadas com o Hospital [REDACTED], e inerentemente do Grupo Luz Saúde. Desta forma, aborda alguns aspetos importantes relativos à organização e funcionamento do hospital, mas também do serviço em causa, promovendo a compreensão do funcionamento e da dinâmica da instituição.

A elaboração de um guia de integração prende-se com o facto de ser importante que os Enfermeiros estejam preparados para responder a todas as situações que surjam no âmbito do exercício profissional na Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios. Neste sentido, entende-se que a integração de um novo elemento seja determinante para a sua adaptação e desempenho chegarem a bom porto.

O Enfermeiro Integrador ao acolher e acompanhar o Enfermeiro Integrando, vai permitir a supervisão e avaliação deste último. Sendo que, no final do processo de integração, o Enfermeiro Integrando deva estar apto a desempenhar com a máxima acurácia as suas funções.

Nessa caminhada, é relevante que o novo elemento sinta apoio, possa ter oportunidade de esclarecimento de dúvidas ao mesmo tempo recebe o parecer do seu Integrador.

Deste modo, a integração na UCI/UCIM, tem como **principal objetivo**:

- Promover uma integração o mais otimizada possível, por forma a que o novo elemento esteja mais familiarizado com o meio e, conseqüentemente, seja possível prestar cuidados de excelente qualidade, obtendo os mais elevados níveis de Satisfação do Cliente (conforme os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem identificados pela Ordem dos Enfermeiros).<sup>1</sup>

Mais adiante são apresentadas as etapas e as fases do programa de integração.

## **2 - CARACTERIZAÇÃO do HOSPITAL [REDACTED]**

### **2.1 – A NOSSA HISTÓRIA**

2000 – Tem início a formação da [REDACTED] Saúde – Sociedade Aberta, que define e implementa a estratégia de desenvolvimento do grupo Espírito Santo nas áreas de prestação de cuidados de saúde e oferta de residências sénior.

2007 – Início da formação do Hospital [REDACTED].

2014 – O grupo Espírito Santo torna-se o primeiro grupo privado do setor da saúde cotado em bolsa (49% das ações deste grupo na bolsa nacional)

2014 – A seguradora portuguesa [REDACTED] adquire 96% das ações do grupo [REDACTED]. Após esta aquisição do novo acionista maioritário é mudado o nome da empresa: [REDACTED] Saúde.

2019 – Inauguração do novo Hospital [REDACTED].

2020 – Comemoração do 20º aniversário da formação do grupo [REDACTED] Saúde .

Atualmente - O Grupo presta os seus serviços através de 30 unidades e está presente nas regiões Norte, Centro-Sul de Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeira.

### **2.2 - AS NOSSAS UNIDADES**

O grupo presta os seus serviços através de 30 unidades:

- 14 hospitais privados (Hospital [REDACTED], Hospital [REDACTED], Hospital da [REDACTED]);
- 1 hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) explorado pela Luz Saúde em regime de Parceria Público Privada (PPP) (Hospital [REDACTED]);
- 13 clínicas privadas a operar em regime de ambulatório (Hospital [REDACTED]);
- 2 residências sénior (Casas [REDACTED] Residências Sénior).

### 2.3 - AS NOSSAS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

As principais orientações estratégicas da ■ Saúde incluem:

- O desenvolvimento de uma rede integrada de prestação de cuidados de saúde, que incorpora unidades hospitalares, clínicas ambulatoriais e hospitais de cuidados especializados;
- estabelecimento de parcerias com objeto público no âmbito do Programa de Parcerias Público-Privadas;
- O desenvolvimento de residências especialmente vocacionadas para a terceira idade — residências seniores com serviços.<sup>2</sup>

### 2.4 – A NOSSA VISÃO, MISSÃO E VALORES

A partilha da missão e dos valores por todas as pessoas que colaboram nas unidades da ■ Saúde materializa-se nas melhores práticas diárias para alcançar a excelência dos resultados.

#### Visão

A visão da ■ Saúde é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e inovação em cuidados de elevada especialização e complexidade.

O compromisso da ■ Saúde é total e absoluto: garantir o melhor diagnóstico e tratamento médico que o talento, a inovação e a dedicação podem proporcionar.

A ■ Saúde disponibiliza uma oferta global que assegura a continuidade de cuidados e que responde à evolução das necessidades de saúde ao longo da vida das pessoas.

#### Missão

Alcançar os melhores resultados de saúde na perspetiva dos doentes através de um diagnóstico e tratamento rápido e eficaz, com absoluto respeito pela sua individualidade e criar uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais.

Por forma a cumprir a sua Missão, a ■ Saúde, através dos seus colaboradores, assume o compromisso de:

### Excelência em Cuidados de Saúde

- Colocar os interesses dos doentes acima dos interesses pessoais e da organização;
- Adotar os mais elevados padrões éticos e profissionais, valorizando a medicina de equipa e a colaboração multidisciplinar para alcançar os melhores resultados em saúde na perspetiva dos doentes;
- Honrar as necessidades e preferências dos doentes, respeitando os seus valores e envolvendo-os e à família nas decisões de cuidados;
- Desenvolver relações de longo prazo com os clientes - doentes e institucionais - baseadas na eficácia, integridade e confiança, contribuindo de forma exemplar para a sustentabilidade económica do sistema de saúde.

### Tecnologia e Inovação

- Prestar os melhores cuidados de saúde, na medida em que os avanços científicos e tecnológicos o permitam;
- Praticar uma medicina personalizada baseada, antes de tudo, na relação de confiança inviolável do médico com o seu doente, potenciada pelos avanços da genética clínica e do diagnóstico molecular a par da adoção de tecnologias de medicina computacional e ciência de dados;
- Investir em tecnologia de vanguarda, para realizar tratamentos inovadores com valor clínico cientificamente comprovado;
- Promover investigação científica que contribua de forma relevante para o avanço do conhecimento e focada em alcançar os melhores resultados para os doentes.

### Talento e Formação

- Trabalhar com os melhores profissionais e promover o seu desenvolvimento contínuo através do investimento na sua formação e da implementação de uma cultura de elevada exigência e superação pessoal baseada na meritocracia;
- Gerir uma estrutura de saúde de elevada qualidade e eficiência, formada por uma equipa de colaboradores de elevado nível, dinâmica e fortemente comprometida com a organização, a sua missão e os seus valores;

- Colaborar com instituições líderes no ensino e na investigação para formar as novas gerações de profissionais de saúde e investigadores.

## Valores

A Saúde tem como base 8 valores fundamentais:

### 1. Procura incansável de resultados

Estamos determinados a atingir resultados ambiciosos e mensuráveis na concretização da nossa missão. Assim, continuamos a perseguir com empenhamento os nossos objetivos finais, mesmo que encontremos dificuldades e constrangimentos ao longo do percurso.

### 2. Rigor intelectual

Obrigamo-nos a ser críticos em relação a tudo o que fazemos, abordando cada assunto e decisão com rigor e de forma racional, procurando sempre a melhor ideia ou solução.

### 3. Aprendizagem constante

Refletimos e aprendemos com a nossa experiência, por forma a melhorarmos o nosso desempenho futuro.

### 4. Responsabilidade pessoal

Damos o melhor de nós próprios e assumimos a responsabilidade por atingir os melhores resultados possíveis na nossa área de atuação.

### 5. Respeito e humildade

Respeitamos os outros e as suas ideias e contamos com o seu contributo. Assumimos as limitações da nossa experiência e valorizamos outras perspetivas.

### 6. Atitude positiva

Somos ambiciosos nos objetivos. Acolhemos novas ideias com entusiasmo e temos orgulho nos resultados.

### 7. Integridade

Somos honestos, leais e sérios em tudo o que fazemos. Temos sempre presente os valores e expectativas dos nossos acionistas e, acima de tudo, dos nossos clientes.

### 8. Espírito de equipa

Acreditamos que o esforço coletivo é a melhor forma de alcançar os nossos objetivos e potencializar o impacto da nossa ação na comunidade.<sup>3</sup>

## 2.5 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA

EDIFÍCIO A	EDIFÍCIO B	EDIFÍCIO C
<b>PISO 4</b> INTERNAMENTO de PEDIATRIA UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS de PEDIATRIA	<b>PISO 4</b> UNIDADE de CUIDADOS CONTINUADOS UNIDADE de CUIDADOS PALIATIVOS	<b>PISO 6</b> INTERNAMENTO – QUARTOS 601 A 630 <b>PISO 5</b> INTERNAMENTO – QUARTOS 501 A 530 <b>PISO 4</b> INTERNAMENTO – QUARTOS 468 A 495 UNIDADE de CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS
<b>PISO 3</b> INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO	<b>PISO 3</b> INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO CENTRO CARDIOVASCULAR	<b>PISO 3</b> UNIDADE de CUIDADOS INTERMÉDIOS
<b>PISO 2</b> INTERNAMENTO de PEDIATRIA UNIDADE ESPECIAL de INTERNAMENTO CIRURGIA AMBULATÓRIA	<b>PISO 2</b> CONSULTAS e EXAMES	<b>PISO 2</b> MEDICINA FÍSICA e de REABILITAÇÃO CONSULTAS e EXAMES
<b>PISO 1</b> CONSULTAS e EXAMES HOSPITAL de DIA CIRÚRGICO BLOCO OPERATÓRIO UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS UNIDADE de CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS	<b>PISO 1</b> CONSULTAS e EXAMES HOSPITAL de DIA BLOCO de PARTOS GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA	<b>PISO 1</b> CONSULTAS e EXAMES GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA BLOCO de PARTOS
<b>PISO 0</b> ATENDIMENTO URGENTE de PEDIATRIA 24H CONSULTAS e EXAMES CENTRO de IMAGIOLOGIA LOJAS	<b>PISO 0</b> CONSULTAS e EXAMES AUDITÓRIO e CENTRO de FORMAÇÃO	<b>PISO 0</b> ATENDIMENTO URGENTE de ADULTOS 24H CONSULTAS e EXAMES RECEÇÃO PRINCIPAL APOIO ao CLIENTE
<b>PISO -1</b> CENTRO de OTORRINOLARINGOLOGIA ANÁLISES CLÍNICAS CAFETARIA e RESTAURANTE CAPELA	<b>PISO -1</b> CONSULTAS e EXAMES CENTRO de ONCOLOGIA	<b>PISO -1</b> ROUPARIA RECOLHA de LIXO
<b>PISOS -2 e - 3</b> ESTACIONAMENTO	<b>PISOS -2 e - 3</b> ESTACIONAMENTO	<b>PISOS -2, -3 e -4</b> ESTACIONAMENTO

## 3 - CARACTERIZAÇÃO do SERVIÇO UCI/UCINT

Os Serviços de Internamento distribuem-se por três Unidades de Cuidados Agudos (com 183 camas) e uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (com 48 camas), em ambos os casos com

quartos individuais e quartos duplos. Dispõe, ainda, de uma UCI com uma lotação de 8 camas e de uma UCINT com capacidade de 16 camas. Inclui também um conjunto alargado de consultas e exames em múltiplas especialidades, e o Atendimento Médico Permanente (Geral, de Pediatria e de Ginecologia-Obstetrícia), em funcionamento 24 horas por dia.

Atualmente, a UCI e a UCINT ficam em espaços físicos diferentes. No entanto, este hiato em breve irá ser alterado com a mudança do espaço físico da UCI para mais perto da UCINT, onde terá capacidade para 16 camas.

São unidades polivalentes que recebem, portanto, uma diversidade de patologias, nomeadamente do foro cardíaco, respiratório, gástrico, neurológico, entre outras.

Ambas as unidades apresentam uma estrutura física semelhante, com um balcão central onde existem monitores de telemetria, bancada de trabalho de enfermagem, armário de stock de farmácia, zona administrativa.

Nas duas unidades as camas são monitorizadas centralmente, todas em quarto individual. Oferecem condições únicas de segurança e privacidade aos doentes.

### **3.1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA da UCI**



Imagem consultada em (5)

A UCI do Hospital ██████████ é a mais moderna unidade deste tipo em Portugal. Presta assistência 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Na UCI, qualquer um dos quartos permite manter doentes em isolamento de contacto/gotícula/aerossol (sempre que tiver indicação) e igualmente existe capacidade para realização de hemodiálise contínua/intermitente.

Esta unidade tem características tecnológicas ímpares. Todas as camas são servidas por monitores, ventiladores e sistemas de infusão e perfusão de última geração, com registo contínuo dos

parâmetros monitorizados. Os sistemas de monitorização de infusão e perfusão, e ventilação mecânica, acompanham o cliente nas suas deslocações para outras unidades do hospital (por exemplo, o Bloco Operatório), o que aumenta o seu conforto e a segurança durante o transporte. Aquando da realização de exames complementares de diagnóstico, o cliente só tem de se ausentar da UCI em duas situações específicas: para Tomografia Computorizada ou para Ressonância Magnética.

Atualmente, tendo em conta a contingência mundial, as visitas estão restritas em casos excecionais, que carecem de autorização específica da equipa multidisciplinar. Assim, além das regras gerais do Hospital [REDACTED], a UCI tem normas específicas para as visitas, de forma a cumprir com as exigências de assepsia, segurança e tranquilidade.

Tem como infraestruturas de suporte: gabinete da coordenação de enfermagem, gabinete de reuniões, zona central (registos clínicos/monitorização de parâmetros vitais/bancada de trabalho/armário de stock de farmácia/administrativa), sala de receção de visitas, copa, quarto do médico, sala de convívio, vestiários, rouparia, sala de “limpos”, sala de “sujos”, armazém de consumo geral, armazém de farmácia, sala de equipamentos (por exemplo, mala de transporte, ventiladores portáteis, equipamento de diálise, bombas infusoras, seringas infusoras, etc.), wc da equipa.

### **3.2 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA da UCINT**

Esta unidade tem capacidade de 16 camas; sendo que duas das unidades tem um wc privativo, são as unidades 10 e 16. Ainda, uma das unidades tem capacidade para isolamento, com uma adufa correspondente, que é a unidade 16 (onde por norma se encontra o equipamento de hemodiálise).

Tem como infraestruturas de suporte: zona central (registos clínicos/monitorização de parâmetros vitais/bancada de trabalho/armário de stock de farmácia/administrativa); quarto do médico; copa; sala de “limpos”; sala de “sujos”.

### **3.3 – CARACTERIZAÇÃO de RECURSOS e FUNCIONAMENTO da UCI/UCINT**

Na prestação de cuidados estão envolvidas uma equipa de Enfermagem, de Auxiliares de Ação Médica e uma equipa Médica que é comum em ambas as unidades. Existe o apoio de Fisioterapia todos os dias. Existem ainda duas Administrativas. Também é possível solicitar o apoio do Serviço Religioso, do Serviço de Nutrição e Dietética, de Terapia da Fala e Assistente Social.

No que diz respeito à transferência de clientes do Bloco Operatório para a UCI, é a equipa do Bloco que se responsabiliza por transportar este até ao destino. Por outro lado, a transferência do cliente do Bloco Operatório para a UCINT, é a equipa do destino que vai buscar este à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

### **3.3.1 – EQUIPA de ENFERMAGEM**

Atualmente a Equipa de Enfermagem é constituída pelo Coordenador do Serviço e um segundo elemento (que asseguram a coordenação da UCI e da UCINT) e por 34 Enfermeiros.

A Equipa de Enfermagem está estruturada em 3 equipas de, pelo menos, 10 elementos. Na UCI o rácio é de 1 Enfermeiro para 2 clientes e na UCINT o rácio mínimo é de 1 Enfermeiro para 4 clientes. Destaca-se a existência de um chefe de equipa e segundo elemento.

Preconiza-se que no início de cada turno, o Chefe de Equipa distribua os seus elementos da equipa pelos clientes internados na UCI. Previamente existe uma escala semanal em que são aferidos os Enfermeiros que ficarão na UCI e na UCINT. Em caso de o Chefe de Equipa se encontrar de férias, as suas funções serão atribuídas ao segundo elemento da equipa.

Atualmente, na presente equipa, o número de Enfermeiros Especialistas são 11 e, ainda mais 6 a concluir a especialidade (total de 17). Na área de Reabilitação em Enfermagem são 4 os Enfermeiros e, na mesma área, encontram-se 3 a concluir esta especialidade. Na área do Doente Crítico são 2 os Enfermeiros e, na mesma área, encontra-se 3 a concluir. Na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica são 5 os Enfermeiros. Dos 17 Enfermeiros, 9 possuem (ou estão a concluir) também a vertente de Mestrado em Enfermagem.

#### CATEGORIAS de ENFERMAGEM

No Hospital ██████████ estão definidas as seguintes categorias de Enfermagem:

- a) **Enfermeiro Perito** (Especialistas e/ou com experiência muito relevante)
- b) **Enfermeiro Sénior** (> 7anos de experiência)
- c) **Enfermeiro** (1 a 7 anos de experiência)
- d) **Enfermeiro Interno** (até 1 ano de experiência)

Salienta-se que a subida de escalão está também associada a avaliação de desempenho da cada profissional, que decorre anualmente.

## HORÁRIO DE TRABALHO

Os Enfermeiros do serviço podem exercer funções em regime de contrato individual de trabalho ou prestação de serviços, fazendo 40h ou 20h semanais em horário rotativo: turnos de 8h na Manhã, 7,5h na Tarde e 10h na Noite (8h-16h; 15h30-23h; 22h30-8h30).

## TROCAS

É possibilitada a troca de turnos entre os elementos de Enfermagem mediante as seguintes regras:

- A troca de turno é sujeita a preenchimento de “Anexo 1” que se encontra no dossier dos horários;
- Os turnos têm de ser pagos no mesmo horário;
- Só são permitidas trocas entre Enfermeiros do mesmo estadio de desenvolvimento de integração;
- As trocas têm de ser pedidas com 48h de antecedência e estão sujeitas a autorização. Trocas com menos de 48h têm de ser comunicadas diretamente à Chefia do serviço.

## FOLHA DE PONTO

A assiduidade e a presença dos colaboradores do Hospital [REDACTED] na realização das respetivas tarefas são efetuadas no software de registo biométrico *Sisqual*. O correto registo e gestão deste do *Sisqual* tem implicações diretas no processamento mensal das remunerações e honorários dos colaboradores.

1. O registo biométrico tem de ser efetuado por todos os colaboradores que trabalhem com horários fixos e rotativos, no início e no final da jornada de trabalho, ou que prestem serviços previamente agendados, no cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade;
2. Todos os colaboradores devem registar-se nos terminais devidamente fardados.
3. Estes terminais existem nos seguintes locais:
  - a) Balneário masculino e balneário feminino (pisos 2)
  - b) UCI (pisos 1)
  - c) Cais de descarga (junto às Casas da Cidade)
  - d) Junto aos elevadores dos Sinistros (pisos 0)
4. O período de tolerância nas entradas e saídas:
  - a) Entrada: 5 minutos (após o horário)
  - b) Saída: 5 minutos (antes do horário)

5. No caso de anomalia na picagem, o colaborador deve comunicar logo que possível à Coordenação para a sua correção – o colaborador pode justificar diretamente na intranet.
6. A assiduidade é controlada por aferição mensal da Coordenação, devendo as ausências ao serviço ser justificadas, logo que possível, com prova documental que a lei exija. O original do documento deve ser entregue à Coordenação, à exceção das baixas médicas, sinistros e licenças de maternidade/parentalidade, cujo original deve ser entregue nos Recursos Humanos e a cópia à Coordenação.
7. As ausências ou saldo mensal negativo de duração igual ao horário diário médio, pode dar origem à marcação de falta injustificada.
8. O *Sisqual* tem uma bolsa de horas que permite gerir horas e gerar períodos de compensação onde os atrasos e/ou tempo a mais podem ser descontados ou compensados. Esta gestão é feita diariamente pela Coordenação para os colaboradores dependentes.
9. A gestão da bolsa de horas é da responsabilidade exclusiva da Coordenação e não pode servir para o colaborador justificar individualmente faltas e atrasos.<sup>6</sup>

#### FARDAMENTO

Cada elemento deve utilizar as fardas brancas da instituição.

A respetiva lavagem é da responsabilidade da instituição.

#### REGISTOS DE ENFERMAGEM

##### 1. SORIAN INTEGRATED CARE – Siemens®

O programa informático *Sorian* define-se como a solução de fluxo de trabalho que Lobato refere que “trata da coordenação de atividades, permite reduzir variações e erros, evita a repetição de processos, torna mais segura o processo de tomada da decisão clínica e, globalmente permite a melhoria da satisfação dos profissionais.”<sup>7</sup>

Lobato especifica e alude que o *Sorian* na prática “é uma grande ajuda para os profissionais de saúde” burocraticamente.<sup>7</sup> Por outro lado, permite aperfeiçoar o fluxo dos clientes, “aumentar a consciencialização na variação dos cuidados, permitir uma a existência de informação centralizada, aumentar a política de *inputs*”, o que otimiza a política de gestão.<sup>7</sup>

Em suma, “o valor global do *Sorian* traduz numa tripla vantagem: reduz custos, aumenta a qualidade e significa melhoria dos processos”, defende José Lobato.<sup>7</sup>

Pinto refere que este sistema “concentra o processo clínico eletrónico de todos os doentes, permitindo visualizar o perfil clínico, história clínica, avaliações nutricionais e farmacológicas, todas as consultas médicas e prescrições, os da Enfermagem, exames de diagnóstico e análises clínicas”, defendendo a ideia que este programa aumenta a segurança dos cuidados de saúde ao cliente.<sup>8</sup>

Desta forma, o *Sorian* facilita a avaliação de enfermagem, identificando de problemas reais e potenciais e, conseqüentemente, promove a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem adequado.

## 2. INNOVIAN SOLUTION SUITE – do fabricante Draeger<sup>R</sup>

Segundo Guedes, o programa *Innovian* “permite a captura contínua dos parâmetros vitais a partir dos monitores de controlo hemodinâmico invasivo e não invasivo, não havendo necessidade de registo por parte dos profissionais de saúde, com a exceção da temperatura, glicémia e dor.<sup>9</sup> Concomitantemente, neste programa, os profissionais introduzem dados relativamente à terapêutica administrada em bólus, alimentação e diurese horária.

Este programa permite fazer o controlo específico das entradas e saídas de fluidos de hora a hora. Sendo “o balanço hídrico realizado automaticamente pelo programa por hora, turno e/ou dia consoante o selecionado”.<sup>8</sup>

### **3.3.2 – EQUIPA de TÉCNICOS OPERACIONAIS**

Existem 19 Técnicos Operacionais, com rácios mínimos de 3 na Manhã, 2 na Tarde e 2 na Noite. A distribuição dos Técnicos Operacionais é feita pelo Enfermeiro Chefe de Equipa.

### **3.3.3 - EQUIPA MÉDICA**

A Equipa Médica durante as manhãs de dias de semana é constituída por 4-6 elementos. Cada um com determinado número de clientes atribuídos. Entre as 16 e as 9h, em dias de semana; e das 9-9h aos fins-de-semana e feriados, ficam 2 médicos em cada uma das unidades.

#### **4 - VISITAS**

Atualmente, as visitas de familiares/pessoas significativas são realizadas em situações excepcionais e mediante autorização da equipa clínica.

Sempre que se justifique, são realizadas videochamadas ao familiar/pessoa significativa.

As informações telefónicas devem ser simples e sem informação clínica relevante.

Confirmar sempre o nome completo com quem falamos.

## **5 - INFORMAÇÕES ÚTEIS**

A entrada principal do edifício A encerra a partir das 22h todos os dias úteis e a partir das 21h aos fins-de-semana e feriados, sendo possível a entrada/saída do hospital pelo serviço de urgência (edifício C).

O Hospital [REDACTED] disponibiliza lugares de estacionamento limitados para colaboradores mediante requerimento de avença mensal.

## 6 - ETAPAS do PROGRAMA de INTEGRAÇÃO de NOVOS ENFERMEIROS

<b>1ª etapa</b>	Entrevista com o Enfermeiro Coordenador
<b>2ª etapa</b>	Apresentação sumária do serviço
<b>3ª etapa</b>	Integração na Equipa de Enfermagem (o novo elemento será integrado numa das equipas e será apresentado ao seu Enfermeiro Integrador)
<b>4ª etapa</b>	Implementação do Programa de Integração (a duração do Programa de Integração deverá ser ajustada a cada novo elemento)

## 7 - FASES do PROGRAMA de INTEGRAÇÃO

<p><b><u>FASE A</u></b> <b>ADAPTAÇÃO ao SERVIÇO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nesta fase o novo elemento não deverá contar como elemento. Deverá participar na prestação de cuidados sempre com a orientação do Enfermeiro Integrador. O Integrador deverá privilegiar a metodologia de observação;</li><li>• <u>DURAÇÃO</u>: 4 turnos (Preferencialmente Manhã, Manhã, Tarde, Tarde);</li><li>• Para esta fase está preconizado o preenchimento de uma <i>check-list</i> orientadora da informação a transmitir e não a avaliação de conhecimentos adquiridos.</li></ul>
<p><b><u>FASE B</u></b> <b>EXECUÇÃO PRÁTICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nesta fase pretende-se que o novo elemento preste os cuidados de forma autónoma. No entanto, o seu Integrador deverá manter a orientação;</li><li>• <u>DURAÇÃO</u>: Ajustada em função da curva de aprendizagem de cada Enfermeiro;</li><li>• A avaliação desta fase deve ser realizada no final da mesma.</li></ul>
<p><b><u>FASE C</u></b> <b>TÉCNICAS DIFERENCIADAS e CONSOLIDAÇÃO de CONHECIMENTOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nesta fase aspira-se que o Integrande demonstre conhecimentos teóricos, que fundamente a sua prestação de cuidados sempre que solicitado e que assuma clientes com técnicas diferenciadas;</li><li>• <u>DURAÇÃO</u>: Ajustada em função da curva de aprendizagem de cada Enfermeiro;</li><li>• A avaliação desta fase deve ser realizada no final da mesma.</li></ul>

Os itens referidos em cada fase servem de orientação para o processo de integração.

No final de cada fase preconiza-se uma reunião com o Integrador e o novo elemento, em que deve ser preenchida a sua avaliação.

Idealiza-se ainda que o Enfermeiro inicie a sua integração pelos Cuidados Intensivos e, posteriormente, pelos Cuidados Intermédios. Uma vez que o rácio é de 1 Enfermeiro para 2 clientes, e há possibilidade de melhor acompanhamento por parte do Enfermeiro responsável pela integração.

### 7.1 – FASE A – FASE de ADAPTAÇÃO

Data de início: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Data de fim: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de turnos na UCI: \_\_\_\_\_      Número de turnos na UCINT: \_\_\_\_\_

Número total de turnos: \_\_\_\_\_

<b>Check-list</b>		
	Enfermeiro Integrando	Enfermeiro Integrador
<b>Conhecer o espaço físico do serviço</b>		
Número de vagas / Número de isolamentos		
Sala de tratamentos		
Sala de trabalho de Enfermagem		
Carros de higiene		
Carros de pensos		
Carros de técnicas		
Carros de terapêutica		
Localização do carro de emergência e de via aérea difícil		
Localização e horário dos administrativos		
Localização e conteúdo dos diversos armazéns		
Sala de equipamentos		
Zona de “limpos”		
Zona de “sujos”		
Rouparia		
Copa		
Gabinetes		
<b>Equipa Multidisciplinar</b>		
Conhecer a equipa médica e o seu método de distribuição por cliente		
Conhecer os administrativos		
Conhecer a equipa de auxiliares		
Conhecer a equipa de fisioterapeutas		
<b>Organização e dinâmica dos cuidados</b>		
Métodos de trabalho e distribuição de clientes		

	Enfermeiro Integrando	Enfermeiro Integrador
Normas, procedimentos e protocolos de serviço		
Passagem de turno		
Patologias mais frequentes no serviço		
Monitorização da função cardíaca		
Perceber as principais rotinas em cada turno		
<b>Equipamentos</b>		
Manusear camas (incluindo pesagem)		
Manusear monitores e pendentes		
Manusear seringas e bombas infusoras		
Manusear vacuómetros		
Manusear debitómetros		
Manusear ventiladores (inclusive o ventilador de transporte)		
Manusear sistema de vácuo		
Manusear máquina de gasimetria		
<b>Circuitos</b>		
Entrada do cliente na UCI		
Saída do cliente na UCI		
Serviço de Nutrição		
Dias de reposição de material de armazém		
Dias de reposição do stock de farmácia		
Roupa limpa		
Roupa suja		
<b>Visitas / Videochamada</b>		
Conhecer o horário das visitas		
Acompanhar na receção de visitas		
Efetuar videochamada de familiares / pessoas significativas		
<b>Serviços de apoio</b>		
Imagiologia		
Imunohemoterapia		
Laboratório		
Farmácia/Aprovisionamento		

	Enfermeiro Integrando	Enfermeiro Integrador
<b>Sistema informático e telecomunicações</b>		
Transferir chamadas telefónicas		
Conhecer o sistema informático ( <i>Sorian</i> ): preenchimento das escalas, consulta de dados, balanços, impressão de etiquetas, transferência de clientes, débitos, etc.		
Conhecer o sistema informático ( <i>Innovian</i> ): registo de entradas e de saídas, registo de temperatura (quando não avaliada por sensor térmico), etc.		

Observações:

## 7.2 – FASE B – EXECUÇÃO PRÁTICA

Data de início: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Data de fim: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de turnos na UCI: \_\_\_\_\_      Número de turnos na UCINT: \_\_\_\_\_      Número total de turnos:  
\_\_\_\_\_

### Instruções de preenchimento:

O manual de integração deve ser preenchido pelo Enfermeiro Integrador e pelo Enfermeiro em Integração de acordo com a seguinte legenda:

0	Não cumpre
1	Cumprer com falhas e não as reconhece
2	Cumprer com falhas, mas solicita ajuda
3	Cumprer grande parte das vezes
4	Cumprer sem falhas

Item	CONCRETIZAÇÃO	
	SIM	NÃO
Armazém de equipamento elétrico		
Armazém central		
Armazém de farmácia		
Carro de urgência		
Mala de transporte		
Camas (inclusive pesagem)		
Monitores		
Pendentes		
Seringas e bombas infusoras		
Vacuómetros e Debitómetros		
Ventiladores (inclusive o ventilador de transporte) – montar e testar		
Aparelho de gasimetria		
Aquecedor corporal		
Aquecedor de hemoderivados		
Equipamento de compressão externa dos membros inferiores		
Identifica e comunica avarias e falhas nos equipamentos		
Conhece o horário de funcionamento da farmácia		
Conhece o procedimento para solicitar e dispensar fármacos		
Conhece o circuito entre UCI/UCINT-farmácia		
Cumprir protocolo de alimentação entérica		
Cumprir protocolo de administração de alimentação parentérica (duração e colocação de filtro)		
Cumprir protocolo ERAS		
Pede dieta extemporânea		
No sistema informático:		
- Consulta o processo clínico do cliente, compreendendo o seu percurso no hospital		
- Preenche e consulta as escalas		
- Preenche e consulta os dados do balanço hídrico		
- Consulta normas e procedimentos		

Item	CONCRETIZAÇÃO	
	SIM	NÃO
- Realiza as mobilizações dos clientes		
- Consulta e valida prescrições		
- Transmite a informação pertinente com clareza e objetividade		
Prepara a unidade para receber um cliente		
Realiza o espólio dos clientes preenchendo o respetivo documento		
Articula com a restante equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados		
Cumprir os cuidados de higiene de acordo com as normas do serviço		
Cumprir normas de isolamento		
Cumprir normas de manuseamento de cateter arterial		
Cumprir normas de manuseamento de cateter venoso central		
Cumprir normas de colheita de sangue para análises		
Cumprir normas de colheita de sangue para tipagem		
Cumprir normas de administração de hemoderivados		
Cumprir normas de aspiração de secreções brônquicas pela orofaringe		
Cumprir normas de aspiração de secreções brônquicas pelo tubo orotraqueal		
Cumprir normas de aspiração de secreções brônquicas pela traqueostomia		
Conhece os principais fármacos administrados no serviço (indicações, contraindicações e modo de administração)		
Conhece o horário de administração de fármacos (Hora da medicação que foi acordada com a equipa médica: 8/8h: 7h-15h-23h; deitar: 26h; 2x: 7-19h; 4/4h; 6/6h)		
Prepara e troca inotrópicos de acordo com o protocolo do serviço		
Consulta a prescrição terapêutica, administra a terapêutica e valida a administração da terapêutica		
Regista os valores de temperatura corporal		
Regista os valores inerentes ao balanço hídrico		

Item	CONCRETIZAÇÃO	
	SIM	NÃO
Efetua os débitos dos consumíveis e da terapêutica		
Identifica soros (com nome, NHC, data de nascimento e rubrica do Enfermeiro) e prolongamentos (com data e hora)		
Utiliza e conhece o conteúdo do carro de pensos		
Utiliza e conhece o conteúdo do carro de reanimação		
Conhece o carro de via aérea difícil (que se encontra atualmente no bloco operatório)		
Manuseia o monitor/desfibrilhador		
Manuseia os ventiladores (inclusive o portátil)		
Realiza colheita de gasimetria a cliente com cateter arterial		
Assume cliente com técnica dialítica contínua		
Assume cliente com técnica dialítica intermitente		
Presta cuidados <i>pos-mortem</i> e conhece a norma de atuação		
Auxilia na colocação de linha arterial		
Auxilia na colocação de cateter venoso central		
Auxilia na colocação de cateter provisório ou definitivo de hemodiálise		
Auxilia na colocação dos parâmetros prescritos de hemodiálise no modelo atual - Fresenius 5008		
Auxilia na entubação orotraqueal		
Auxilia na colocação e remoção de drenagem torácica		
Auxilia na realização de traqueostomia		
Auxilia na cardioversão elétrica		
Integra a equipa nas manobras de reanimação cardiorrespiratória		
Conhece os circuitos de transporte de clientes		
Conhece e executa os procedimentos de transferências intra-hospitalares		
Conhece e executa os procedimentos de acompanhamento de clientes na realização de exames complementares de diagnóstico		
Conhece e executa os procedimentos de transferências inter-hospitalares		

Item	CONCRETIZAÇÃO	
	SIM	NÃO
Conhece o regime e horário das visitas no regime atual de contingência		
Acompanha e acolhe as visitas		
Realiza videochamadas entre o cliente-família/pessoa significativa		

Observações:

### 7.3 – FASE C – TÉCNICAS DIFERENCIADAS e CONSOLIDAÇÃO de CONHECIMENTOS

Data de início: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Data de fim: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de turnos na UCI: \_\_\_\_\_ Número de turnos na UCINT: \_\_\_\_\_ Número total de turnos: \_\_\_\_\_

Item	CONCRETIZAÇÃO	
	SIM	NÃO
Inicia técnica dialítica contínua ou intermitente (máquina de diálise Fresenius 5008)		
Inicia técnica dialítica intermitente (máquina de diálise Fresenius 5008)		
Auxilia na colocação de eletrocáteter		
Manuseia o pacemaker externo		
Assume cliente com monitorização invasiva		
Demonstra conhecimentos teóricos que sustentam a sua prática de cuidados relativamente à:		
- Monitorização do débito cardíaco contínuo		
- Monitorização da função respiratória (auscultação pulmonar, interpretação de valores gasimétricos, ...)		
- Monitorização da função genito-urinária e equilíbrio hidroeletrólítico (função renal, hiper/hipocaliemia, ...)		
- Monitorização da função neurológica (Glasgow, défices motores, ...)		
- Monitorização da função gastrointestinal (colostomia, PEG, valores analíticos, ...)		
Identifica o grupo terapêutico, as ações, as diluições, os efeitos colaterais, as incompatibilidades dos fármacos mais usuais no serviço		

Observações:

## **8 – NOTAS**

### **8.1 – ACOLHIMENTO de CLIENTE**

- No sentido de assegurar a segurança dos cuidados, a transferência verbal do cliente ao colega de Enfermagem segue a técnica ISBAR;
- Preparação da unidade do cliente (transfer, termómetro, glicémia, manga de pressão de linha arterial, confirmar se unidade tem seringas e bombas infusoras, etc.)
- A folha de espólio deve acompanhar cada cliente acolhido.

### **8.2 – ALTA/TRANSFERÊNCIA DE CLIENTE**

- No sentido de assegurar a segurança dos cuidados, a transferência verbal do cliente ao colega de Enfermagem segue a técnica ISBAR;
- Sempre que um cliente tem alta ou é transferido tem de ser elaborada nota de alta/transferência no *Sorian*;
- A folha de espólio deve acompanhar cada cliente transferido.

### **8.3 – PRESTAÇÃO de CUIDADOS GERAIS**

- Os dispositivos de monitorização da UCI/UCIN (monitor, cabos, mangas de pressão), seringas e bombas disponíveis são exclusivos do serviço, pelo que é da nossa responsabilidade assegurar que não se extraviam para outros serviços. Sempre que um cliente é submetido a intervenção cirúrgica é obrigatório preencher uma folha de empréstimo com os dispositivos que ficam no BO, confirmando posteriormente se tudo o que consta da folha regressa com o cliente.

### **8.4 – ORIENTAÇÃO para OTIMIZAÇÃO dos CUIDADOS de HIGIENE**

- A higiene oral deve ser preferencialmente realizada com Tantum verde® para os clientes não ventilados;
- Nos clientes ventilados deve ser realizada a higiene oral com Tantum verde e, posteriormente, uma vez por turno deve ser feita a desinfeção oral com clorexidina a 0,2% colutório;
- A barba deve ser desfeita todos os dias;

- A higienização do couro cabeludo é efetuada nos turnos de fim-de-semana e sempre que se justifique;
- Não esquecer a limpeza ocular com soro fisiológico;
- Aspirar a cavidade nasal dos clientes ventilados e lavar com soro fisiológico;
- Trocar os elétrodos diariamente após os cuidados de higiene;
- Trocar os nistros, harmónio, *swivel*, humidificador e peça de aerossol diariamente;
- Arrumar a unidade após os cuidados de higiene;
- Trocar todos os dias o saco coletor de secreções e a tubuladura;
- Todo o material de via aérea deve estar coberto com sacos de plástico fechados e identificados com a data. Ex.: traqueias, respirador manual, máscaras;
- A câmara expansora tem a duração de utilização 7 dias;
- Horário dos posicionamentos: durante os cuidados de higiene, das 13-14h, das 17-18h, das 21-22h, das 1-2h, das 6-7h e em SOS;
- Horário da medicação: 7-15-23; deitar: 23h; 2x: 7-19h; 4/4h; 6/6h.



## **10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a elaboração deste guia de integração pretende-se que se otimize a receção e a integração de novos elementos de Enfermagem à UCI/UCINT do Hospital da [REDACTED]. Desta forma, procura-se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no nosso serviço.

Entendendo o processo de integração em Cuidados Intensivos, simultaneamente, complexo e demorado, pela sua especificidade, é premente a partilha entre o Integrando, Integrador e Equipa Multidisciplinar. Neste sentido, é exigível ao novo elemento uma participação ativa, formação contínua e espírito crítico na busca de desenvolvimento pessoal e profissional.

Nesta linha, este guia não se pretende que seja uma regra, mas que sirva como linha orientadora na procura da excelência do cuidar, devendo este continuar a ser atualizado sempre que se justifique garantindo a sua viabilidade e credibilidade.

Bem Vindo(a)! Boa Sorte!

## 11 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enunciados Descritivos - Ordem dos Enfermeiros -consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- (2) – Hospital da Luz (Homepage) – consultado em: <https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/o-hospital/>
- (3) – Hospital da Luz (Homepage) – consultado em:  
<https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/o-hospital/sobre/luz-saude-visao-missao-e-valores>
- (4) – Hospital da Luz (Homepage) – consultado em:  
<https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/informacoes-uteis/no-hospital/mapa-do-hospital>
- (5) – Hospital da Luz (Homepage) – consultado em:  
<https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/en/services-and-doctors/clinical-services/239/inpatient#tabp-0>
- (6) – *SISQUAL* – Recursos Humanos do Hospital da Luz de Lisboa
- (7) – Lobato, José e Nóbrega, João, ComputerWorld – consultado em:  
<https://www.computerworld.com.pt/2004/12/22/o-sorian-melhora-os-processos-e-os-resultados/>
- (8) – Pinto, Ana – Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar – consultado em:  
[https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47267/1/RH\\_Ana%20Carolina%20Pinto.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47267/1/RH_Ana%20Carolina%20Pinto.pdf)
- (9) - Guedes, Helena- Relatório de Mestrado – consultado em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16360/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Helena%20B%C3%A9nard%20Guedes.pdf>
- (10)- Guia de Integração de novos elementos na UCIP – Hospital Beatriz Ângelo

**ANEXO**

**REGRAS de CONDUTA do HOSPITAL da LUZ**

**APÊNDICE 4 – Projeto da Prática Clínica I - Estágio Final em Contexto de Cuidados  
Intensivos**



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO de ESTÁGIO  
(PROJETO INDIVIDUAL de APRENDIZAGEM)

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, setembro de 2020



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO de MESTRADO em ENFERMAGEM  
de ESPECIALIZAÇÃO de MÉDICO-CIRÚRGICA  
de PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA**

PROJETO de ESTÁGIO realizado por:

Susana Cristina da Silva Andrez

Nº192019013

Sob orientação da Senhora Professora Doutora

Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, setembro de 2020

## **LISTA de ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS e SIGLAS**

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

# ÍNDICE

1 - NOTA INTRODUTÓRIA	1
2 – DESENVOLVIMENTO	2
2.1 – FUNDAMENTAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO	2
2.2 – OBJETIVO GERAL	4
2.3 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2.4 – INDICADORES	4
2.4.1 – INDICADORES DE PROCESSO	5
2.4.2 – INDICADORES DE RESULTADO	6
3 – NOTA FINAL	7
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
5 – ANEXOS	9
ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
ANEXO 2 - ANÁLISE SWOT para a elaboração de um “guia para pessoas com traqueostomia”	

## 1 – NOTA INTRODUTÓRIA

A frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (UCPL), no âmbito do “Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica” levou à elaboração do presente projeto.

Na perseguição do desejo de aumentar o saber surgiu a vontade de aprender mais para cuidar ainda melhor de quem precisa.

Nesse sentido, acredito que a enfermagem sendo uma arte é igualmente uma ciência e, portanto, é nessa vertente que tem de se comportar: é necessário “fazer” assim como “saber fazer”.

Sendo a enfermagem a representação fiel do cuidar do ser humano, permite-lhe o respeito, a defesa e a promoção dos direitos da pessoa cuidada.

Um projeto de pesquisa, segundo Kauane Kovalski apresenta uma série de funções importantes: pode constituir uma "carta de intenções" através da qual o pesquisador apresenta a sua proposta; pode configurar o retrato de uma pesquisa em desenvolvimento; pode transformar-se num precioso instrumento para o diálogo científico e académico; pode configurar um instrumento importante para a elaboração de ideias e para auto-esclarecimento de quem o produz; pode funcionar como um eficaz roteiro de trabalho ou instrumento de planeamento; pode desempenhar o importante papel de um instrumento que direciona a pesquisa, entre outras funções importantes.<sup>1</sup>

No próximo capítulo, pretende-se apresentar, então, essa “carta de intenções” de uma forma explícita, tendo sempre presente a mudança e a recetividade de novas propostas como na realidade um projeto se caracteriza. Com a convicção de que ao longo do futuro longo percurso que se adivinha haverá muitas paragens em “estações” e “apeadeiros” onde se cruzarão pessoas que jamais serão esquecidas.

## **2- DESENVOLVIMENTO**

Na elaboração deste projeto de estágio pretende-se:

- Aprofundar competências na elaboração de um projeto;
- Definir objetivos a atingir durante o estágio;
- Elaborar a planificação das atividades a desenvolver, servindo como guia orientador para o estágio.

Este documento pretende descrever, de modo breve, o planeamento das várias etapas de estágio que servirá como instrumento de orientação e avaliação, favorecendo a autoanálise e fomentando o percurso de aprendizagem, no sentido de conquistar competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Este 2º estágio insere-se na unidade curricular “Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” do ICS da UCPL. Terá início em 4 de Setembro de 2020, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do [REDACTED] – num total de 180 horas.

### **2.1. FUNDAMENTAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO**

Em primeiro, importa enunciar as competências comuns do Enfermeiro especialista:

- e) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- f) Melhoria contínua da qualidade;
- g) Gestão dos cuidados;
- h) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.<sup>2</sup>

Por outro lado, e conforme referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE): “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.<sup>3</sup>

Neste sentido, o “Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” na UCIP do Hospital Cuf Infante Santo visa o desenvolvimento de competências especificamente relacionadas com a pessoa na condição de situação crítica - Regulamento OE nº429:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de 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.<sup>3</sup>

Paralelamente, com base nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, pretende-se igualmente ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto do cliente crítico.<sup>4</sup> Destaca-se, portanto, o enunciado descritivo “A satisfação do cliente”:

***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”.***<sup>4</sup>

Identificam-se como componentes relevantes da satisfação dos clientes, relacionada com os métodos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia na interação com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento das pessoas significativas do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do Enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.<sup>4</sup>

Concordando com Mendes quando afirma que “(...) só se pode praticar numa profissão científica, se existirem bases científicas para tal”, entende-se que o presente projeto beneficia da sustentação teórica de Kolcaba – Teoria do Conforto; e da teoria de Meleis – Teoria das Transições.<sup>5</sup> Nesta linha orientadora, pretende-se justificar a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem recebidos tendo, por um lado, a premissa de que uma pessoa confortável estará mais satisfeita com

os cuidados recebidos. E, por outro lado, uma pessoa em fase de doença (transição), apresenta maior vulnerabilidade e, portanto, o seu desejo irá ser a satisfação dos seus cuidados.

## **2.2. OBJETIVO GERAL**

Este projeto é, portanto, a descrição de um processo que se pretende ser realizado com e para as pessoas.

Nesse sentido, o objetivo geral deste estágio é:

**Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.**

## **2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos deste estágio são:

1º OBJETIVO ESPECÍFICO - Desenvolver competências no âmbito na prestação de cuidados especializados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI

2º OBJETIVO ESPECÍFICO - Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de Enfermagem na área da satisfação do cliente crítico em UCI, por meio da otimização da informação transmitida.

## **2.4. INDICADORES**

Como referido pelo Instituto Camões, a “identificação de indicadores é de grande utilidade na medida em que evidencia como se vão alcançando os objetivos e os resultados” no prisma da elaboração de um projeto.<sup>6</sup>

Um indicador é reconhecido, então, como a tradução de informação “objetiva, representativa e comparável sobre os recursos utilizados e os fins alcançados” e, desta forma permite compreender a distância que o projeto se situa dos objetivos e resultados previamente identificados.<sup>6</sup>

Pretende-se que os indicadores sejam “de natureza o mais simples possível e de fácil mensuração, evitando assim uma eventual ambiguidade na análise dos mesmos”.<sup>6</sup> Inclusivamente, o mesmo

autor sublinha a importância de o número de indicadores ser reduzido ao essencial, verificando a sua utilidade nesta limitação.<sup>6</sup> Finalmente, este autor identifica a importância que “será também relevante ter em consideração a facilidade da mensuração dos dados e a sua elasticidade relativamente a alterações no projeto”.<sup>6</sup>

### 2.4.1. INDICADORES DE PROCESSO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE PROCESSO
<p>1. Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as diferentes valências abordadas na UCIP;</li> <li>- Leitura de normas e protocolos;</li> <li>- Realizar o processo de Enfermagem com a identificação de diagnósticos de Enfermagem;</li> <li>- Agir em conformidade mediante o diagnóstico que foi levantado.</li> </ul>
<p>2. Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em UCI na área da satisfação do cliente crítico, por meio da otimização da informação transmitida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as necessidades formativas do serviço;</li> <li>- Pesquisa acerca dos aspetos a incluir no guia e partilha da informação com o Enfermeiro Orientador;</li> <li>- Estruturar um <b>Guia de cuidados para a pessoa com traqueostomia</b>; e fazer a sua divulgação à equipa da UCIP através reunião informal (por exemplo, durante a passagem de ocorrências).</li> </ul>

## 2.4.2. INDICADORES DE RESULTADO

Com os indicadores de resultado pretende-se demonstrar os efeitos do projeto, no campo de atuação definido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE RESULTADO
<b>1.Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI</b>	- Demonstração de conhecimento adquirido acerca das diferentes valências do serviço, na elaboração de um trabalho de pesquisa dessas temáticas, que confirma a aquisição de competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.
<b>2.Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em UCI na área da satisfação do cliente crítico, por meio da otimização da informação transmitida.</b>	- Aceitação por parte do Enfermeiro Coordenador acerca da utilidade do <b>Guia de cuidados para a pessoa com traqueostomia</b> ; - Aceitação por parte do Enfermeiro Orientador acerca da utilidade do <b>Guia de cuidados para a pessoa com traqueostomia</b> ; - Aceitação por parte da Equipa de Enfermagem acerca da utilidade do <b>Guia de cuidados para a pessoa com traqueostomia</b> .

### **3. NOTA FINAL**

A elaboração deste projeto teve como principal intenção, a exposição da forma como o Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica se desenrolará, bem como a delineação dos objetivos que se pretendem atingir com o mesmo.

Este projeto não pretende ter um perfil rígido e definitivo, mas sim flexível e suscetível a alterações, tendo sempre presente a temática Satisfação do Cliente crítico acerca dos Cuidados de Enfermagem Prestados.

A realização deste estágio irá de encontro às minhas necessidades profissionais, na medida em que se pretende adquirir competências exigidas enquanto Enfermeira especialista. A comunhão de informação é uma mais valia para a profissão de Enfermeira bem como para cada um individualmente.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. “Projeto de pesquisa” - consultado em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto\\_de\\_pesquisa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto_de_pesquisa)
2. Diário da República, 2ªsérie- Nº26, 6 de Fevereiro de 2019 – consultado em:  
[https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte\\_filter=33&dreId=119190226](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte_filter=33&dreId=119190226)
3. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - nº429/2018 de 16 de Julho – consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
4. Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade – consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
5. Mendes, Tânia; Relatório Final “Integrar melhor para cuidar melhor”; 2014 – consultado em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6754>
6. “Indicadores de Processo” – consultado em:  
[https://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/financproiits\\_peded10.pdf](https://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/financproiits_peded10.pdf)
7. Freitas, e outros - Revista “Percursos”, nº15, Janeiro-Março 2010 – consultado em:  
[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

## 5. ANEXOS

## **ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**



**ANEXO 2 – ANÁLISE SWOT para a elaboração de um Guia para a pessoa com traqueostomia**

<p><b>Guia para a pessoa com traqueostomia</b></p>	<p><b>FRAQUEZAS</b></p>	<p><b>FORÇAS</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexperiência na área de Cuidados Intensivos</li> <li>- Introversão pessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivação da estudante na integração no serviço</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com a Professora Orientadora</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Orientador</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Chefe do serviço</li> <li>- Espírito de organização</li> <li>- Disponibilidade de materiais</li> </ul>
	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p>	<p><b>AMEAÇAS</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento mais aprofundado da instituição</li> <li>- Conhecimento mais detalhado do serviço</li> <li>- Permite ao cliente em situação crítica, na condição de traqueostomizado receber ensino no autocuidado em formato escrito e com linguagem perceptível, tendo por base a norma nº 011/2016 – “Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto” da Direção Geral de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo necessário para avaliação da exequibilidade do guia elaborado</li> <li>- Período de transição que o serviço atravessa: abertura do novo Hospital Cuf Tejo</li> </ul>

**APÊNDICE 5 – Apresentação do Projeto de Estágio em Contexto de Cuidados  
Intensivos**

# Projeto de Estágio

## Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado em enfermagem

Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Susana Andrez

13º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

24 de setembro 2020



## Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado em enfermagem

### Introdução

A equipa de enfermagem é quem está presente junto da pessoa em situação crítica ininterruptamente, sendo, portanto, quem estabelece o principal vínculo entre o cliente e a instituição.

Com o conhecimento de quais os **fatores** que podem influenciar a satisfação do cliente sobre os cuidados de enfermagem em contexto crítico, os enfermeiros terão maior perceção sobre a sua prática clínica.

Como ponto de partida para esta temática, foram tomados em consideração os **Enunciados Descritivos** da qualidade do exercício profissional de enfermagem, defendidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Das seis categorias que integram os Enunciados Descritivos, a **Satisfação do Cliente** é a primeira categoria enunciada e defende que:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (1).





"São elementos importantes da satisfação dos clientes (...), entre outros: o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde." (1)

"Os enfermeiros (...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam e quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença" (2)

"Os doentes que se sentem mais confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos inerentes ao processo de cura, adaptam-se melhor às limitações resultantes da sua doença, recuperam mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, comparativamente aos que se sentem desconfortáveis." (3)

## Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado em enfermagem



Este projeto pretende ser sustentado pela Teoria do Conforto de Kolcaba e pela Teoria das Transições de Meleis, tendo presente a orientação dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros

Padrões  
de Qualidade

Teoria das Transições

Teoria do Conforto



## Campo de Estágio Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Início do estágio:  
4 de Setembro 2020  
Data prevista término de  
estágio:  
27 de Outubro 2020  
180 horas

### Caracterização do Serviço

Recursos Físicos	Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none"><li>- 12 camas (duas em quartos de pressurização)</li><li>- 4 monitores de telemetria que estão conectados ao internamento</li><li>- Existe no serviço três máquinas de técnica dialítica</li><li>- Em cada cama existe um monitor cardíaco, ventilador, varias seringas infusoras para administração de fármacos e máquinas de administração de soros por sistema controlado</li><li>- Distribuição física em U onde estão incorporados os postos de enfermagem</li><li>- Comunica diretamente com o recobro, recebendo clientes de várias especializadas cirúrgicas</li><li>- Também recebe clientes do foro de medicina intensiva, provenientes do internamento, do atendimento permanente e de outros hospitais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 4 médicos residentes</li><li>- 23 enfermeiros</li><li>- 8 Assistentes Operacionais</li><li>- Metodologia de trabalho – Método Individual de Trabalho</li><li>- Com base na TISS, a cada enfermeiro é atribuída a responsabilidade de 2 ou 3 doentes, conforme o seu índice de gravidade e a taxa de ocupação da Unidade</li><li>- O chefe de equipa de enfermagem articula o funcionamento da unidade com os outros serviços e grupos profissionais e, ainda, durante os fins-de-semana realiza a coordenação do hospital</li></ul>



## Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado em enfermagem

### Objetivo Geral

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI

### Objetivos Específicos

- 1.º Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI
- 2.º Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em UCI na área da satisfação do cliente, por meio da otimização da informação transmitida.



<b>1.º Objetivo Específico</b>	Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI
<b>Indicadores de Processo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pesquisa bibliográfica sobre as diferentes valências abordadas na UCIP;</li><li>- Leitura de normas e protocolos;</li><li>- Realizar o processo de enfermagem com a identificação de diagnósticos de enfermagem;</li><li>- Agir em conformidade mediante o diagnóstico que foi levantado.</li></ul>
<b>Indicadores de Resultado</b>	Demonstração de conhecimento adquirido acerca das diferentes valências do serviço, na elaboração de um trabalho de pesquisa dessas temáticas, que confirma a aquisição de competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.



<b>2.º Objetivo Especifico</b>	<b>Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados em UCI na área da satisfação do cliente crítico, por meio da otimização da informação transmitida.</b>
<b>Indicadores de Processo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar as necessidades formativas do serviço;</li><li>- Pesquisa acerca dos aspetos a incluir no guia e partilha da informação com o Enfermeiro Orientador;</li><li>- Estruturar um Guia de cuidados para pessoas com traqueostomia; e fazer a sua divulgação à equipa da UCIP através reunião informal (por exemplo, durante a passagem de ocorrências)</li></ul>
<b>Indicadores de Resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aceitação por parte do Enfermeiro Chefe acerca da utilidade do Guia de cuidados para pessoas com traqueostomia;</li><li>- Aceitação por parte do Enfermeiro Orientador acerca da utilidade do Guia de cuidados para pessoas com traqueostomia;</li><li>- Aceitação por parte da Equipa de Enfermagem acerca da utilidade do Guia de cuidados para pessoas com traqueostomia</li></ul>



## Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado em enfermagem

Em jeito de conclusão desta apresentação:

Como disse João Garcia (4), "explorar é não saber o que vamos encontrar, é perceber se é possível ir por ali, é às vezes ter de decidir dar meia volta e voltar para trás, porque essa pode ser a atitude mais corajosa a tomar. Voltar para trás exige mais coragem, maturidade e experiência do que continuar". Esta talvez tenha sido a maior lição que a montanha lhe transmitiu.



### Bibliografia

1. Ordem dos Enfermeiros; Padrões de qualidade das cuidados de enfermagem; 2001 – consultado em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8703/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
2. Andrade, Carmen; Relatório de Estágio “Membro da família prestador de cuidados : um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel”; 2014 – consultado em:  
<http://repositorio.uport/handle/10451/15493>
3. Gonçalves, Teresa; Relatório de Estágio “O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem”; 2017 – consultado em:  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400/24/27941/1/Relatorio%20de%20Estagio%20Con%20C3%A7oes\\_fi%201%204.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400/24/27941/1/Relatorio%20de%20Estagio%20Con%20C3%A7oes_fi%201%204.pdf)
4. Pres, Catarina; Diário de Notícias; 2019 - consultado em:  
<http://www.dn.pt/1864/ainda-ha-muito-por-explorar-muitas-montanhas-que-nao-foram-subidas-por-ninguem-1048722.htm>



Obrigada !!

**APÊNDICE 6** – Reflexão Crítica da Prática Clínica I - Estágio Final em Contexto de Cuidados Intensivos

**“Estágio Final  
do Mestrado de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica –  
- Pessoa em Situação Crítica”  
- *A MINHA REFLEXÃO* –  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, outubro de 2020

13º CURSO de MESTRADO em ENFERMAGEM  
de ESPECIALIZAÇÃO de MÉDICO-CIRÚRGICA  
de PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA

# **“Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica”**

REFLEXÃO de ESTÁGIO realizada por:

Susana Cristina da Silva Andrez

Nº192019013

Sob orientação da Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, outubro de 2020

## ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	5
2. COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO de CUIDADOS GERAIS	9
3. COMPETÊNCIAS COMUNS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA	10
4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA em ENFERMAGEM à PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA	12
5. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL da PRÁTICA ESPECIALIZADA	13
5.1. CARACTERIZAÇÃO da PRÁTICA CLÍNICA	13
5.1.1. CARACTERIZAÇÃO do HOSPITAL [REDACTED]	15
5.1.2. CARACTERIZAÇÃO da UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS do HOSPITAL [REDACTED]	17
5.1.3. CARACTERIZAÇÃO dos RECURSOS HUMANOS da UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS do HOSPITAL [REDACTED]	18
5.1.4. CARACTERIZAÇÃO dos REGISTOS de ENFERMAGEM da UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS do HOSPITAL [REDACTED]	18
6. EXPOSIÇÃO das ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA por DOMÍNIOS de COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
6.1. DOMÍNIO da RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA e LEGAL	22
6.2. DOMÍNIO da MELHORIA CONTÍNUA de QUALIDADE	23
6.3. DOMÍNIO da GESTÃO de CUIDADOS	24
6.4. DOMÍNIO do DESENVOLVIMENTO das APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	29
6.5. DOMÍNIO da PRESTAÇÃO de CUIDADOS À PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
9. ANEXOS	60
- ANEXO I: Projeto de Estágio	
- ANEXO II: Guia para a Pessoa Traqueostomizada	

### ÍNDICE de QUADROS

QUADRO 1 – Descrição das Unidades de Cuidados Intensivos e dos ratios Enfermeiro/Utente (Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – pág.25

QUADRO 2 – Estilos de Liderança – pág.28

## **SIGLAS**

Hospital [REDACTED] – HCIS

Unidade de cuidados Intensivos – UCI

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – UCIP

*Therapeutic Intervention Scoring System* – TISS

Nursing Activities Score – NAS

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

As mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e, em particular, na área da saúde expõem novos desafios aos Enfermeiros. Estes desafios incentivam-me a reflexão e a busca de novos saberes e conduzem-me na busca de formação contínua e académica especializada de forma a ir de encontro a um crescimento profissional e pessoal, onde cada vez mais me são exigidos conhecimentos de elevado rigor quer prático quer teórico.

O presente relatório sistematiza os principais contributos do Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital [REDACTED] (HCIS), para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na assistência à pessoa em situação crítica e família. Desta forma, pretendo elaborar um retrato fiel do meu percurso reflexivo ao mesmo tempo que respondo a uma exigência pedagógica da presente Unidade Curricular.

A concretização deste relatório de estágio pretende: servir de espelho sobre o meu percurso formativo no local de ensino clínico; desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva; demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações/problema da prática diária com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados; identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de alto risco.

Neste sentido, foi tomado em consideração os objetivos de aprendizagem propostos no guia **da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”**:

1. Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
2. Capacidade para trabalhar na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
3. Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.

4. Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
5. Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização;
6. Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização;
7. Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem;
8. Capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem;
9. Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade;
10. Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais;
11. Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização;
12. Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros.

Pessoalmente, na condição de estudante de mestrado, o objetivo geral delineado para este estágio foi:

**Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI.**

Os objetivos específicos desenhados para este estágio foram:

- **Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI;**
- **Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em UCI na área da satisfação do cliente.**

Sublinho que o segundo objetivo específico surgiu de uma epifânia muito antes de ter iniciado o percurso de especialização de Enfermagem em que eu tinha o propósito de compreender a essência desta temática.

De forma a atingir estas metas entendi que melhor as atingiria se este estágio decorresse num hospital privado, como tal, expus a proposta de realizar estágio na UCIP do HCIS. Exigi a mim própria todo o empenho nesta prática clínica e na consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos na formação académica e, igualmente baseando-me na evidência científica. Portanto, concordo com Benner, citada por Ponte, quando certifica que “a especialização consegue-se através do empenho depositado na experiência, bem como da integração de conhecimentos e competências”.<sup>1</sup>

Esta prática curricular teve início em 4 de setembro tendo terminado inesperadamente derivado a um surto na equipa pela condição epidemiológica que atravessamos três turnos antes do previsto, tendo uma duração total de 157 horas, em paralelo com 128 horas de trabalho individual. Durante a realização deste estágio tive em mente desenvolver uma prestação de cuidados de Enfermagem de excelência no cuidar à pessoa em situação crítica e família. Ao longo destas semanas, procurei intervir tendo presente os seguintes domínios de competências na atuação do Enfermeiro Especialista:

- “a) responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) melhoria contínua da qualidade;
- c) gestão dos cuidados;
- d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.<sup>2</sup>

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como principal objetivo, dotar os Enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao cliente em estado crítico/emergente, o que me foi dada essa oportunidade na UCIP do HCIS.

Esta prática clínica “Estágio Final e Relatório” foi acompanhada por 2 Enfermeiros Peritos na área de cuidados intensivos. Um dos Enfermeiros Orientadores com Mestrado em Enfermagem (Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica), com paralela experiência académica uma vez que foi Professor Titular em uma Escola de Enfermagem, e que desempenha o papel de Chefe de Equipa. A segunda Enfermeira Orientadora com Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Tendo ambos os Enfermeiros Orientadores demonstrado interesse e disponibilidade em contribuir para meu processo aprendizagem. Para tal, realizei turnos em horário de manhã e tarde (turnos de 8h e de 12h).

A elaboração da minha reflexão é com base num instrumento descritivo, analítico e critico-reflexivo pois vai-me permitir, de forma narrativa, descrever as experiências vividas, as situações

encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do ensino clínico, tal como explica Peixoto e outros.<sup>3</sup>

De igual forma, com a minha reflexão procuro tomar consciência das dificuldades que senti e de descobrir as áreas que me despertaram maior interesse.

Nesta metodologia reflexiva tive como alicerces: o projeto de estágio (ANEXO I), o portefólio que elaborei para este módulo e o recurso à pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica e científica.

Estou inteiramente de acordo com Ponte, quando escreve que a “arte de refletir sobre aquilo que fazemos, ao longo da nossa vida pessoal e profissional, torna-nos, assim, pessoas mais capazes, mais conhecedoras, mais conscientes, enfim, mais competentes”.<sup>1</sup>

Taveira intensifica a importância da reflexão de um ensino clínico referindo que “a elaboração de um documento com a descrição dos momentos de aprendizagem significativos e reflexões apreendidas dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso efetuado pelo aluno. No sentido de documentar as experiências vivenciadas e as reflexões produzidas, surge a necessidade de produzir um relatório, para que o aluno demonstre o nível de crescimento bem como, de que forma as intervenções realizadas e análise reflexiva apreendida contribuíram para a aquisição de competências”.<sup>4</sup>

Neste sentido, surge o presente relatório que estruturei em seis capítulos principais. O presente capítulo faz a introdução desta reflexão; o segundo capítulo apresenta as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais; o terceiro capítulo expõe as competências do Enfermeiro Especialista; o quarto capítulo enuncia as competências do Enfermeiro Especialista nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua Família; o quinto capítulo consiste na caracterização do contexto clínico onde foi realizada a prática clínica especializada e no sexto capítulo exponho as minhas reflexões acerca das competências adquiridas/desenvolvidas e como as vivenciei, nos domínios das competências específicas da área de Especialidade do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros.

É neste sexto capítulo que faço a exposição da atividade desenvolvida, dando ênfase às intervenções realizadas, que permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação cuidados à pessoa em situação crítica e família. Procurando dar contributo na obtenção da excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem, tendo inerente a satisfação do cliente, elaborei um “Guia de Cuidados à Pessoa Traqueostomizada” (ANEXO II), promovendo uma

excelência na comunicação entre o Enfermeiro e a pessoa em situação crítica na UCIP do HCIS (posteriormente ter verificado que não existia nenhum guia acerca desta temática no serviço).

Por fim, apresentarei as considerações finais deste percurso e as sugestões que expus à Gestão de Enfermagem neste serviço.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

A competência do Enfermeiro de cuidados gerais, segundo Cantante e outros, “refere um nível de desempenho profissional identificador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, que lhe permitem o juízo clínico e a tomada de decisão”.<sup>5</sup>

Historicamente, por Cantante e outros, “a delimitação da definição de competências em Enfermagem emergiu de acordos sobre o “ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse” e a partir de 2003 começou a orientar a prática de Enfermagem. Em 2015, os três domínios de competências – responsabilidade profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; desenvolvimento profissional foram reestruturados para dar resposta ao seu processo de certificação”.<sup>5</sup>

Conforme referido por Cantante e outros, relativamente aos Enfermeiros de Cuidados Gerais, “o exercício das competências dos enfermeiros têm por base os seguintes pressupostos: (1) a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente individual e/ou grupo - família ou comunidade -, com respeito pelos valores, crenças, projetos individuais e capacidades, favorecendo o cuidado em parceria; (2) a tomada de decisão fundamentada em evidência científica, o juízo clínico fundamenta-se nas necessidades de cuidados individuais ou do grupo e nas intervenções de Enfermagem prescritas considerando a segurança dos cuidados e do cliente, a deteção precoce dos reais ou potenciais diagnósticos procurando a resolução ou minimização das consequências; (3) humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores dos clientes e ainda, pelo respeito preconizado no Código Deontológico e a regulamentação profissional, que estabelecem a boa prática”.<sup>5,6</sup>

Na materialização dos objetivos, os Enfermeiros portugueses adotam como conceitos paradigmáticos, isto é, como enquadramento conceptual: (1) a Saúde no papel de estado subjetivo e dinâmico da “condição individual, o controle do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”; (2) Pessoa como “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”; (3) Ambiente no qual “as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” e; (4) Cuidados de Enfermagem centra-se na relação interpessoal Enfermeiro e uma pessoa” e na família enquanto alvo do processo de cuidados e parceira na potencialização da promoção da saúde.<sup>7</sup>

### 3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define Enfermeiro Especialista como aquele a quem são reconhecidas competências técnico-científicas e humanas, capaz de prestar cuidados de Enfermagem Especializados na sua área de Especialidade.<sup>8</sup>

Segundo Serrano e outros, a “Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.”<sup>9</sup>

Com o desenvolvimento tecnológico inerente à evolução científica, tem sido exigido à Enfermagem grande enfoque nas técnicas. Em paradoxo a este domínio técnico permanece o processo de cuidar. Ao compreender que “instrumento para a realização do cuidado é o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente. Nele, as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana”, como refere Balduino e outros.<sup>10</sup>

Esta multifacetada capacidade exigida à Enfermagem coloca o repto no desenvolvimento de aptidões, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências.

Neste sentido, Serrano e outros afirmam que os Enfermeiros são os atores do processo de mudança e os contextos são um cenário perentório ao desenvolvimento de competências.<sup>9</sup>

Como Enfermeira, estou de acordo com Ribeiro, quando afirma que “somos agentes ativos e participativos na sociedade e que ao longo da nossa vida sentimos necessidade de adquirir saberes necessários para motivar e produzir a nossa própria competência com qualificações válidas, tanto a nível social como profissional, uma vez que são consideradas essenciais à qualidade e segurança do seu exercício”.<sup>11</sup>

O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner, exposto pela Ordem dos Enfermeiros, explica as particularidades e atitudes em cada estadio de desenvolvimento de competências e reconhece as necessidades de aprendizagem dos Enfermeiros. É na prática que o Enfermeiro aprende a destacar o que é significativo na situação e a compreender o seu significado. Para Benner, a proficiência para a excelência da práxis dos cuidados, emerge quando se adquire “perícia profissional”, que se torna alcançável com a aquisição de conhecimentos.<sup>12</sup>

Este trilho que Benner desenha na obtenção de competências elucida que estas “devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito”, tal como refere Ribeiro.<sup>11</sup>

Como explica Ribeiro, os cuidados de Enfermagem envolvem “uma contínua e constante tomada de decisão, o que obriga o profissional ao recurso contínuo do Saber (conhecimento), Saber-Fazer (capacidades), Saber-Ser (atitudes e comportamentos), Saber-Estar, Saber-Aprender (reflexão e evolução) e Saber-Transformar, de modo a proporcionar ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integral e holística, com a qualidade desejada e esperada por todos”.<sup>11</sup>

#### **4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A pessoa em situação crítica é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011), citado por Ribeiro.<sup>11</sup>

Portanto, segundo o artigo 4º do Regulamento nº 124/2011, mencionado por Ribeiro, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pretendem-se que sejam: cuidar “da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizam a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximizam a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.<sup>11</sup>

## 5. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Neste capítulo irei realizar uma breve contextualização do local de ação onde foi desenvolvido o Ensino Clínico “Estágio Final” que decorreu na UCI do HCIS.

Desempenho funções de Enfermeira no Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico do Hospital [REDACTED] [REDACTED] paralelamente exerço funções na Consulta de Enfermagem Perioperatória da mesma instituição e, apesar dos desafios diários na minha prática, considero um desafio “desafiante” a prática de Enfermagem em Cuidados Intensivos. Concordo, portanto, com Ribeiro quando refere que “a instabilidade constante destes contextos da prática leva a que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, atitudes e comportamentos singulares de quem procura conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada”.<sup>11</sup>

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

As várias atividades da prática clínica foram desenvolvidas no HCIS e, mais propriamente, na UCIP. Contudo, também houve oportunidade de durante 2 dias realizar observação na Unidade de Hemodinâmica e Angiografia do HCIS. E, ainda, durante um dia estabelecer observação da prática da Gestão de Enfermagem que decorreu no novo Hospital [REDACTED].

#### 5.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL [REDACTED]

O Hospital [REDACTED] faz parte do Grupo [REDACTED]. Inaugurado em 1945, altura em que se designava “Hospital [REDACTED]” sendo considerado um modelo de inovação e modernidade, daí denominado Clínica [REDACTED]. Destinava-se principalmente aos trabalhadores da Companhia [REDACTED] e seus familiares. Inicialmente com 100 camas distribuídas por 24 quartos individuais e as restantes por 12 enfermarias contando com a colaboração de 20 Médicos em regime fixo e mais 60 nas várias especialidades.

Em 1971 surgiu o Estabelecimento de Saúde e Assistência, SA, empresa criada para gerir o hospital, com ligações às companhias de Seguro Império, Sagres e Universal.

Mais tarde, em 1993, abriu o novo edifício agregado ao antigo ficando equipado com 70 quartos individuais, 20 quartos duplos, 68 camas de enfermaria, 8 camas de cuidados intensivos, 7 salas de Bloco Operatório, 5 camas de recobro pós-operatório, 10 consultórios e um novo laboratório de Análises Clínicas.

Em 1997 inaugurou-se um novo edifício de consultórios na Av. [REDACTED]. Ao longo dos últimos anos foram efetuadas várias obras de alargamento existindo atualmente 186 camas distribuídas por quartos individuais e enfermarias, 2 blocos operatórios com um total de 8 salas e 2 unidades de recobro, uma unidade de cuidados intensivos com 12 camas, atendimento permanente (serviço de urgência 24 horas/dia) e um departamento de consultas abrangendo várias especialidades.

Atualmente, o hospital é uma referência de qualidade de cuidados hospitalares privados em Portugal, com uma vasta oferta de serviços a funcionar na Travessa [REDACTED]. A [REDACTED] Saúde defende uma identidade marcada pelos valores: Respeito pela Dignidade e bem-estar da pessoa, Desenvolvimento Humano, Competência e Inovação

É seu objetivo, em termos de missão, “promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor”.<sup>13</sup>

De igual forma, é objetivo no que diz respeito à visão da empresa, “ser líder na Península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no sector privado como no sector público, e apresentando opções de crescimento em mercados internacionais selecionados”.<sup>13</sup>

No desenvolvimento da sua atividade o HCIS tem estabelecido os seguintes princípios em relação aos clientes:

- “- Dignidade, cortesia e respeito no tratamento;
- Reconhecimento da sua identidade e as suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, proteção da confidencialidade e privacidade;
- Respeito pelo seu direito à informação, explicação e participação em todo o processo clínico”.<sup>13</sup>

Em relação aos colaboradores, tem definido os seguintes princípios:

- “- Comprometimento total na prestação de cuidados de qualidade e na atualização contínua;
- Reconhecimento e apoio à contribuição individual para obtenção dos objetivos do Hospital;
- Reconhecimento do direito à satisfação profissional e justa remuneração;

- Respeito pelos princípios éticos das diferentes áreas profissionais, envolvidas na atividade do Hospital".<sup>13</sup>

É também de realçar que, a filosofia do Departamento de Enfermagem do Hospital [REDACTED], se fundamenta nos conceitos de Homem, Saúde, Doença, Enfermagem e Exercício da Profissão de Enfermagem. Dentro destes destaca-se o Conceito de Enfermagem, que define a ciência de Enfermagem como parte de uma investigação científica, que estuda o homem em todas as suas dimensões. A ciência de Enfermagem, constitui-se como um domínio do conhecimento preocupado com a adaptação dos indivíduos/família à metamorfose da vida. A Enfermagem assiste o homem com o objetivo de obter e manter um nível máximo de bem-estar total, através de intervenções intencionais dirigidas à redução dos agentes de stress e condições diversas que afetam o funcionamento excelente, em qualquer momento da vida.

Este grupo de hospitalar é composto por uma rede de unidades de saúde inseridas tanto no sector público como no privado. Atualmente tem a seu cargo a administração de uma instituição pública de grande dimensão, o Hospital [REDACTED] e no setor privado abrange oito hospitais [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], assim como várias clínicas ao longo do país. Fora do país, é acionista do Grupo Hospitalar *Quirón* em Madrid. Atualmente, encontra-se a aguardar inauguração o Hospital [REDACTED], para onde serão transferidas as instalações do atual HCIS.<sup>14</sup>

### **5.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UCIP do HCIS**

A UCIP situa-se no 3º piso do edifício mais recente do HCIS, com orientação para Sul tendo uma privilegiada vista sobre o Rio Tejo, a respetiva ponte e o célebre Cristo Rei. Comunica diretamente com a sala de recobro cirúrgico e com o bloco operatório I, tendo acesso ao exterior através do elevador e escadas de serviço e emergência.

Como o próprio nome indica é uma unidade de cuidados intensivos, onde se prestam cuidados polivalentes a clientes do foro médico e/ou cirúrgico com patologias diversas que afetam um ou vários órgãos.

A sua distribuição física é em U, com 3 balcões em que estão incorporados os postos de Enfermagem e onde se efetua algum armazenamento de material de uso comum.

O serviço está equipado com:

- 12 camas de cuidados intensivos, das quais três são em quartos de isolamento, dois deles com câmaras de pressurização negativa;
- Em cada cama existe um monitor cardíaco, ventilador, seringas infusoras para administração de fármacos e máquinas de administração de soros por sistema controlado;
- Cada unidade do cliente possui 4 rampas de vácuo, 2 de ar comprimido e 3 de oxigénio, integradas em sistema de coluna que incorpora a mesa de apoio ao material unitário. Existem no serviço 3 máquinas para efetuar técnicas dialíticas (*Multifiltrate* e *Prismaflex*), 1 ventilador para ventilação não invasiva bipap e várias máquinas para administração de alimentação entérica;
- O serviço possui 2 ventiladores de transporte de clientes e monitor cardíaco portátil, para além do desfibrilhador e carro de urgência.

Nos três balcões que percorrem toda a unidade onde estão inseridas prateleiras com material de apoio, estão incorporados 5 postos de Enfermagem distribuídos de forma a facilitar a visualização dos clientes. Cada posto está equipado com um computador de forma a aceder ao processo clínico eletrónico do cliente.

Toda a monitorização individual de cada cliente, é possível controlar em qualquer local da unidade através de 3 ecrãs dispostos ao longo das 3 bancadas existentes, permitindo a deteção de complicações e a rápida intervenção dos profissionais. Torna-se ainda possível monitorizar o eletrocardiograma de 4 clientes internados em quartos particulares, no 2º andar, pelo sistema de telemetria, sendo habitualmente destinados a clientes de pós-operatório de cirurgia cardíaca, clientes submetidos a angiografia percutânea e clientes com patologia cardíaca.

A unidade possui uma sala de trabalho em espaço aberto onde estão armazenados fármacos e outros consumíveis de utilização corrente, um gabinete Médico, gabinete de Chefia de Enfermagem, copa, armazém de esterilizados, zona de arrumos, casa de banho de homens e mulheres e ainda uma zona de sujos. A existência destes espaços tornou possível a definição e efetivação de circuitos de reposição (Armazém, Farmácia, ...) e de recolha de lixos, com a sua subsequente separação.

Devido à proximidade e ao tipo de patologias tratadas principalmente do foro cirúrgico, a unidade tem um relacionamento privilegiado com o bloco operatório, mas acolhe clientes de todos os serviços, internos e externos ao hospital, nomeadamente do Atendimento Permanente, Hospital [REDACTED], Hospital Amadora-Sintra e outros hospitais públicos e privados.

O acesso dos familiares à UCIP é efetuado por um circuito definido para o efeito, que contempla uma sala de espera em frente ao elevador, onde podem permanecer, sendo a sua entrada efetuada após identificação através da equipa de segurança. Atualmente, tendo em conta a situação epidemiológica da SARS-2, existe um horário restrito. É necessário agendamento prévio do horário da visita, que decorre apenas uma hora por dia e é exigido que seja preferencialmente o mesmo familiar a realizar a visita.

### **5.1.3. CARACTERIZAÇÃO dos RECURSOS HUMANOS da UCIP do HCIS**

A equipa de saúde engloba um grupo de 9 Médicos residentes com dias definidos para cada um deles, uma equipa de Enfermagem constituída por 30 Enfermeiros e uma equipa de 12 Assistentes Operacionais, cuja formação obedece a critérios definidos e implementados pela Direção de Enfermagem. A estruturação da carreira de Enfermagem assenta no Modelo preconizado por Benner, de Iniciado a Perito, como citado por Pinto (15). A equipa de Enfermagem da UCIP do HCIS encontra-se estruturada de seguinte forma:

- Um Enfermeiro Chefe/Gestor, em regime de isenção de horário;
- Uma Enfermeira Adjunta à Gestão de Enfermagem;
- Vinte e oito Enfermeiros, distribuídos por equipas de 5 elementos em cada turno de 8 horas.

O Enfermeiro Gestor tem a seu cargo a gestão da UCIP nas suas diferentes áreas e, também a gestão dos serviços de Técnicas Endoscópicas e da Hemodinâmica.

O Chefe de Equipa de Enfermagem articula o funcionamento da UCIP com os outros serviços e grupos profissionais.

A metodologia de trabalho utilizada na prestação de cuidados procura seguir os princípios do Método individual de Trabalho. A cada Enfermeiro é atribuída a responsabilidade de 2 ou 3 clientes, conforme o seu índice de gravidade e a taxa de ocupação da UCIP. Para tal é utilizado o TISS e, paralelamente o NAS, como sistemas de avaliação da necessidade de cuidados de Enfermagem dos clientes internados, bem como o “volume” de cuidados que cada cliente requer.

A equipa de Assistentes Operacionais funciona em regime de horário rotativo, sendo a sua distribuição ajustada às necessidades do serviço: dois elementos no turno da manhã e da tarde e um elemento no período noturno.

As Assistentes Operacionais dão um grande contributo na prestação de alguns cuidados de saúde, estando aptas a fornecer um tipo de resposta mais personalizada e adequada às necessidades crescentes dos clientes.

A limpeza do serviço é garantida por uma empresa especializada, em regime de *outsourcing*, duas vezes por dia.

A entrada dos clientes na UCIP faz-se por acesso direto através do serviço de urgência, pedido Médico no caso de complicações com clientes internados, por inscrição prévia no plano cirúrgico. Desta forma, cabe ao Enfermeiro Gestor (e na ausência deste ao Chefe de Equipa) a gestão das vagas de acordo com as disponibilidades e as diretivas do médico de serviço.

#### **5.1.4. CARACTERIZAÇÃO dos REGISTOS de ENFERMAGEM da UCIP do HCIS**

##### **5.1.4.1. B-Simple®**

No que concerne à execução de registos de Enfermagem, a UCIP do HCIS utiliza um sistema informático que eu desconhecia, o B-Simple®, pelo que foi necessário desenvolver conhecimentos acerca da sua funcionalidade.

O programa informático B-Simple® foca-se na área de cuidados intensivos e de bloco operatório tendo como objetivo ir “(...) de encontro às exigências de médicos e enfermeiros na resposta imediata, precisa e efetiva na área da informática médica e nos cuidados de primeira linha aos doentes críticos”.<sup>16</sup>

Dentro do programa B-Simple®, encontra-se outro programa mais direcionado para a unidade de cuidados intensivos, é o B-ICU.CARE. Este foi criado somente para “(...) contemplar métodos e rotinas das unidades de UCI”.<sup>16</sup> Permite a integração de informação que agrupa apenas em uma aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas infusoras), dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo do internamento do cliente. Com um grafismo intuitivo, o “(...) B-ICU.CARE tem uma adaptação de aprendizagem simples e proporciona um fluxo de trabalho lógico, para médicos e enfermeiros, onde é possível destacar a informação mais importante”.<sup>16</sup> O B-ICU.CARE permitiu a redução da utilização de papel para os registos

clínicos, “(...) sendo possível cumprir os protocolos clínicos e usufruir de uma ferramenta útil para a tomada de decisão”.<sup>16</sup>

Considero que os registos de Enfermagem são de extrema importância, pelo que a oportunidade de realizar registos, avaliar escalas de cuidados e consultar o processo clínico do cliente nesta aplicação foi muito enriquecedor.

Durante este ensino clínico tive oportunidade de cuidar de vários clientes, tendo como premissa o processo de Enfermagem. Por conseguinte, o sistema informático B-Simple® é bastante intuitivo e facilitador, uma vez que vai de encontro às características do cliente em situação crítica internado na UCIP, sendo que é essencial fazer depois as configurações e os ajustes individualizados para cada situação.

#### **5.1.4.2. Glintt®**

Analogamente, a UCIP do HCIS emprega outro sistema informático que eu ignorava, o Glintt® (*Global Intelligent Technologies*), que identicamente me exigiu desenvolver conhecimentos acerca da sua funcionalidade.

Segundo Cordeiro, a empresa Glintt® foi criada em 2008. A mesma autora destaca três pilares em que a Glintt® assenta: farmácia, consultadoria e saúde.<sup>17</sup>

Ao contactar com este sistema informático, constatei que é fundamentalmente útil na gestão de farmácia, requisições de consumíveis e débitos.

Esta minha constatação vai de encontro ao que Pacheco descreve quando afirma que a Glintt® “(...) é uma solução completa e versátil de gestão hospitalar que vai desde a gestão da informação clínica, administrativa e financeira da instituição, gestão de meios complementares de diagnósticos, farmácia hospitalar, gestão do processo clínico do paciente, até à faturação”.<sup>18</sup>

Pacheco adita que este sistema “(...) é fácil de usar e permite verificar e satisfazer as requisições encomendadas, inserir devoluções, criar débitos, (...) consultar as informações relativas aos doentes internados e à sua prescrição, enviar dados para o Kardex®, atualizar consumos e stocks, imprimir perfis terapêuticos, imprimir etiquetas, pesquisar a base de dados e efetuar as revertências e auxilia, ainda, no processo de receção e distribuição dos medicamentos pelos serviços”.<sup>18</sup>

Comprovei que o facto de as etiquetas de medicação emitidas por este sistema informático, ao identificarem os dados do cliente como também os dados da solução terapêutica a administrar, contribui para a segurança do cliente.

## 6. EXPOSIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA POR DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A presente reflexão teve em conta as macrocompetências inscritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, enunciadas anteriormente:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.<sup>2</sup>

Paiva e outros, definem Medicina Intensiva como “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”.<sup>19</sup>

Ribeiro cita a Direção Geral de Saúde explicando que as Unidades de Cuidados Intensivos “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.<sup>11</sup>

Ainda Ribeiro, mencionando Aparecida e Espíndula, interpreta a UCI como a que se dedica “ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico, mas recuperável, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São pacientes sujeitos à instabilidade de funções vitais, que necessitam do apoio de equipamentos especiais de diagnóstico e tratamento”.<sup>11</sup>

Assim, a UCI concentra clientes de elevado estado de complexidade, com falência multiorgânica, que estão submissos a alterações imprevistas no seu estado geral, que levam ao resultante aumento de ocorrência de situações de emergência, cúmplice da presença de alta sofisticação tecnológica, num envolvente isolado, acompanhado do ruído intrínseco dos equipamentos, exigência física, mental e contacto regular com a iminência da morte, encontrando-se os Enfermeiros com situações frequentes de stress (Ribeiro citando Leite e Vila).<sup>11</sup>

Para Bártolo, mencionado por Taveira, “os Cuidados Intensivos contribuem fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências na medida em que os Enfermeiros colocam constantemente em ação saberes teóricos e saberes práticos; é desta confluência que surgem as novas competências profissionais”.<sup>4</sup>

Sendo a aprendizagem interpretada por Ribeiro como “o meio pelo qual se renovam os conhecimentos e as competências”, é, portanto, “uma construção pessoal, onde há uma procura do equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir, de como aprender e sobre o que se deseja aprender”.<sup>11</sup> Neste percurso, procurei promover a “interação entre a teoria e a prática onde a reflexão representa um procedimento essencial”.<sup>11</sup>

O Ensino Clínico caracteriza-se como “um período privilegiado e de forte relevância na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista, prevendo que se estabeleça uma relação teórico-prática consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à prestação de cuidados diferenciados à pessoa em estado crítico”. Esta metodologia fomenta ao formando a sua participação ativa no processo formativo, a promoção do pensamento crítico, a capacidade de trabalhar em equipa e refletir acerca das experiências, motivações e necessidades sentidas.<sup>11</sup>

Os clientes que são internados na UCIP do HCIS podem apresentar as mais dissemelhantes patologias de diferentes complexidades, em que o tipo de acompanhamento estabelecido por parte da equipa de Enfermagem será o *trigger* para a satisfação dos que são aqui cuidados. Por conseguinte, o Enfermeiro tem de ter conhecimentos técnico-científicos constantemente atualizados, como paradoxalmente ter a capacidade transmitir conhecimentos ao cliente a quem presta cuidados.

A UCIP do HCIS pela singularidade que lhe é inerente reflete um local de preferência no cuidar do cliente em situação crítica. Ao longo deste “Estágio Final” propus-me prestar cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença em situação crítica, baseando-me nas Competências de Enfermeiro Especialista estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Tal como cita Ribeiro, “estes cuidados implicam observação e colheita de dados de forma sistémica e sistematizada, de modo a conhecer o doente, prevenindo e detetando precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.<sup>11</sup>

Tendo em conta a minha experiência profissional, em que não tenho domínio sobre a área de cuidados intensivos, foi com enorme receio que iniciei esta autoestrada, saindo totalmente da minha zona de conforto. Nesta conjuntura comecei esta prática clínica com grande insegurança e receio de fracassar, por outro lado o desejo de vivenciar e adquirir novas experiências e novos saberes deu-me força para ultrapassar estas circunstâncias e inaugurar um caminho de “aprendizagem reflexiva”, como lhe chama Ribeiro.<sup>11</sup>

Neste sentido, foi necessário adquirir saberes, promover o vínculo entre a teoria e a prática e desenvolver um espírito crítico-reflexivo que me preparou para mobilizar, aprofundar e fazer uma atualização constante de conhecimentos para adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios da Enfermagem.

### *6.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL*

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de Enfermagem que são prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.<sup>20</sup>

Considerando a definição de pessoa como um ser único, com dignidade própria, do quadro conceptual dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, durante este ensino clínico encarei a pessoa como um ser indivisível, compreendendo-a na sua culturalidade, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e coibindo-me de juízos de valores, concordando com Taveira.<sup>7,4</sup>

Estou de acordo com Taveira quando afirma que “os dilemas ético-legais que os Enfermeiros enfrentam são inúmeros e diversificados. A necessidade constante de estabelecer prioridades, a confrontação com situações graves que implicam sofrimento por parte do doente e família, a perda súbita de um familiar, a confrontação com perda da função motora de uma parte do corpo com repercussões para o resto da vida, a morte, entre outros, levam muitas vezes, os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de angústia, frustração, incapacidade e impotência”.<sup>4</sup>

Ao longo deste estágio, confrontei várias vezes clientes em estado crítico, literalmente em risco de vida. Nestas situações, em que a pessoa em estado crítico recebe ordem médica de não reanimar, os Enfermeiros (também eles pessoas...) enfrentam incertezas deontológicas.

Taveira aborda um assunto em particular, que igualmente assisti neste estágio, “os profissionais de enfermagem assistem e participam no prolongamento da vida, por vezes, inconformados com a esperança que os familiares assumem, à medida que os dias vão passando, de uma situação que se prevê inevitável, a morte. Participar neste processo não é fácil, exigindo condições humanas, organizacionais e estruturais, por vezes, inexistentes. Neste contexto, o cuidado integral do ser humano é fundamental, onde a relação enfermeiro, doente e família deve ser privilegiada”.

Ainda, me debatendo sobre situações de dilemas éticos e morais, senti o empenho e dedicação dos Enfermeiros da UCIP do HCIS em privilegiar a dignidade humana, protegendo o direito de escolha da pessoa em situação crítica. Recordo um episódio em particular, que certamente irei recordar durante muito tempo. Um cliente em fase crítica, no entanto, perante uma fase pandémica em que o regime restrito de visitas apenas contempla um familiar. Contudo, a equipa de Enfermagem, em sintonia com a equipa Médica, consentiu excecionalmente que este cliente fosse visitado pelo filho e pela esposa ao mesmo tempo. Confesso, que reconheci facilmente na equipa da UCIP do HCIS a capacidade de empatia exigida no cuidado humano.

## 6.2. *DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE*

Como confirma Martins e outros, a qualidade dos cuidados de saúde “tem sido uma preocupação formalmente assumida, quer por instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais”, como a Ordem dos Enfermeiros.<sup>19</sup>

Martins e outros entendem que mesmo existindo distintas formas de definir qualidade dos cuidados de saúde noutros países, em Portugal, “um Padrão de Qualidade dos Cuidados é uma declaração que estabelece a base profissional do agir, considerando-se o padrão como aferidor de excelência”.<sup>19</sup> Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros, definindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, patenteou seis categorias de Enunciados Descritivos: a Satisfação do Cliente, a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, o Bem-estar e o Autocuidado, a Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem.<sup>7</sup>

Estes Enunciados Descritivos são, portanto, “para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum, e a orientação para uma prática profissional de excelência”, segundo defende Martins e outros.<sup>21</sup>

Entendo a afirmação de Mezomo, citado por Ribeiro, quando refere que “a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, deve-se pelo compromisso com a inovação, criação e desenvolvimento de serviços e profissionais, que se pretende que sejam adequados à missão do hospital, de acordo com as necessidades legítimas e expectativas da população”.<sup>11</sup>

Por outro lado, concordo com Paiva Ribeiro e outros quando afirma que não é simples esclarecer o conceito de qualidade, sendo este pouco objetivo.<sup>19</sup> Qualidade tem, segundo Paiva Ribeiro e outros,

“diferentes semânticas quando é empregue por políticos (pretende-se a satisfação da população), gestores (preocupação com os gastos económicos), prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes) ou utentes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc.)”.<sup>19</sup>

Paiva Ribeiro e outros explicam que os clientes dos cuidados de saúde “identificam como indicadores da qualidade um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz entre os que prestam os cuidados de saúde e os utentes e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados”.<sup>19</sup>

Se relacionarmos os cuidados prestados pelos Enfermeiros com as necessidades e expectativas dos clientes enfrentamos “um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade”, como diz Paiva Ribeiro e outros.<sup>19</sup>

Sendo este indicador de qualidade, identificado pela Ordem dos Enfermeiros, uma das categorias dos Enunciados Descritivos de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem, ao mencionar o nosso papel enquanto Enfermeiros que na “procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, considerando componentes importantes neste processo, “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente, a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”.<sup>7</sup>

### *6.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS*

No que diz respeito à Coordenação dos serviços de cuidados intensivos, a Ordem dos Enfermeiros explica que, em concordância com a Rede de Referência de Medicina Intensiva, o Enfermeiro que exerce funções de Coordenação deve ter “o perfil e competências adequadas de acordo com a missão do serviço e da instituição”.<sup>22</sup>

Segundo Fachada, “o Enfermeiro gestor tem um papel preponderante em todo o processo inerente à gestão de recursos humanos, recrutamento, distribuição de pessoal, condições de trabalho,

dedicando tempo ao desenvolvimento de competências e condições necessárias para a realização da sua formação contínua, contextualizada com a formação preconizada para o serviço”.<sup>23</sup>

É transparente nesta equipa, com quem estive algumas semanas, a dedicação e motivação para a formação contínua, sendo que uma parte substancial tenha concluído a especialização em Enfermagem.

Em relação ao rácio Enfermeiro/cliente, a Ordem dos Enfermeiros é perentória quando afirma que “deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial”.<sup>22</sup>

Neste sentido, a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos tem as Unidades de Cuidados Intensivos classificadas em três níveis de cuidados. Portanto, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a classificação do tipo de cuidados influencia diretamente os rácios. Tendo em conta que a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem recomenda que “os rácios mínimos de 1:2 em camas de nível III e de 1:3 em camas de nível II”.<sup>22</sup>

Tal é expresso no quadro seguinte elaborado pela Ordem dos Enfermeiros:

Nível	Descrição	Rácio Enfermeiro/utente
I	Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior.	1/3
II	Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.	1/1.6
III	Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável.	1/1

**Quadro 1:** Descrição das UCIs e dos rácios Enfermeiro/Utente - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem<sup>24</sup>

Como foi referido anteriormente, a UCIP do HCIS é formada por 28 Enfermeiros, que se dividem em equipas. Cada equipa tem um Chefe de Equipa, que sendo o elemento de referência da equipa, no início de cada turno realiza a distribuição dos clientes internados pelos Enfermeiros presentes. Seguindo o rácio preconizado pela instituição, o Chefe de Equipa atribui 2 clientes a 1 Enfermeiro

da UCIP. Na ausência do Chefe de Equipa, as funções deste são asseguradas pelo segundo elemento da equipa. No caso de o Enfermeiro seguir turno, por qualquer razão, o Chefe de Equipa tem em conta a sucessão de cuidados atribuindo os mesmos clientes ao Enfermeiro em causa, sempre confirmando se este concorda. O que na minha opinião é muito importante, porque a motivação do Enfermeiro deve ser considerada, estando inerente na sua prestação de cuidados.

Neste estágio, numa realidade totalmente diferente da minha prática profissional, tive oportunidade de observar durante um dia a gestão. Durante esse dia acompanhei o Enfermeiro Gestor ao novo Hospital Cuf Tejo onde foi possível ver a organização de um hospital em construção de raiz, do ponto de vista da gestão de enfermagem. Neste sentido, compreendi que a organização neste prisma passa pela simples definição do número de prateleiras de material de consumo geral, a definição do local dos suportes de equipamento em cada unidade de cliente, a definição que medicação deve ser introduzida no stock de farmácia; até a múltiplas reuniões multidisciplinares onde são definidos *timings* e são aferidos pormenores que permitem a inauguração de uma instituição desta dimensão. Posteriormente, em reunião informal com a Enfermeira Co-Gestora da UCIP do HCIS, compreendi melhor o papel do Enfermeiro Gestor numa unidade de cuidados intensivos.

Igualmente tive o privilégio de observar a gestão do Enfermeiro Chefe de Equipa, desde a organização da equipa UCIP no início do turno (distribuição de Enfermeiros e de Assistentes Operacionais), solicitação de material de farmácia e de consumo geral em falta no serviço, contactos com outros serviços (confirmação das dietas dos clientes com a cozinha, empréstimo de material de outros serviços), verificação do carro de urgência, verificação dos estupefacientes. Concomitantemente, o Enfermeiro Chefe de Equipa tem de gerir, durante os turnos da noite, fins-de-semana e feriados todo o hospital no que diz respeito a gestão de vagas e gestão de recursos humanos. Para além deste papel fulcral na gestão, o Enfermeiro Chefe de Equipa também se vê confrontado com a gestão das emoções da família, dos colegas, e de si próprio.

Concordo, portanto, com Potra e outros, quando escreve que “os enfermeiros são confrontados com um trabalho emocional de dupla centralidade, uma vez que têm de lidar com situações emocionalmente intensas, e serem capazes de gerir não só as suas próprias emoções como também as dos clientes, famílias e colegas de equipa”.<sup>25</sup>

Goleman, citado por Potra e outros, refere que a gestão das emoções “se baseia na própria inteligência emocional”. E, acrescenta que “o sucesso de uma organização se deve, em grande parte, à inteligência emocional do seu líder”.<sup>25</sup>

Entendendo inteligência emocional como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”, segundo Goleman referido por Alves e outros.<sup>26</sup>

Neste estágio assisti a essa ímpar gestão emocional dos Chefes de Equipa em algumas situações de maior fragilidade como o fim de vida, particularmente num serviço tão específico como este e vivendo uma situação pandémica única que se reflete nas situações excecionais que permitem a presença de pessoas significativas junto da pessoa em situação crítica.

Entendo, assim, que adquiri competências no âmbito de gestão, especialmente, na realização da gestão de cuidados, sendo uma coadjuvante para a minha formação de Enfermeira Especialista. O facto de esta prática clínica ter sido realizada lado a lado de um Enfermeiro também ele com funções de Chefe de Equipa, levou-me a compreender melhor e a refletir sobre esta temática, detendo atualmente, uma perspetiva mais ampla e desmedida do que é a gestão numa UCI.

Não resisti, então, a refletir um pouco mais numa temática abordada em sala de aula como os diferentes estilos de liderança.

Tive o privilégio de estar lado a lado do Enfermeiro que orientou o meu estágio e, também enquanto Chefe de Equipa, havendo, portanto, várias oportunidades para compreender o papel de um líder de uma equipa exímia como a da UCIP do HCIS.

Para Goleman, citado por Gonçalves, “liderar não é dominar, mas, sim, a arte de convencer as pessoas a trabalharem com um objetivo”.<sup>27</sup> No que diz respeito ao Enfermeiro no papel de líder, Goleman, citado por Gonçalves, acrescenta que o seu principal objetivo “consiste em ver a sua equipa a trabalhar com prazer e não por obrigação, prestando uma assistência de qualidade e promovendo o bem-estar do cliente, principal alvo de todo o planeamento de uma estrutura hospitalar”.<sup>27</sup>

Roxo e Gonçalves escrevem que “um líder eficaz é aquele que consegue identificar e diagnosticar corretamente a situação e o nível de maturidade dos seus subordinados, adotando o estilo de liderança mais adequado à situação identificada, permitindo que ocorra também um desenvolvimento de competências dos liderados, inspirando, motivando e incentivando a que cada um dê o máximo de si para alcançarem a visão e os objetivos estipulados em grupo”.<sup>28</sup>

Seguindo este raciocínio, concordo com Sousa e Barroso, citados por Roxo e Gonçalves, quando defendem que “o líder enfermeiro funciona como uma inspiração para os demais membros da equipa de enfermagem, que tendem a seguir o seu exemplo”.<sup>28</sup>

Chiavenato definiu três estilos de liderança: autocrática, democrática e liberal. No quadro seguinte, enunciado por Sanhudo, é possível compreender estes três estilos de liderança:

PROCESSO DE TRABALHO	ESTILOS DE LIDERANÇA	LIDERANÇA AUTOCRÁTICA	LIDERANÇA DEMOCRÁTICA	LIDERANÇA LIBERAL
		<b>TOMADA DE DECISÕES</b>	Apenas o líder decide e fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo.	As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo que é estimulado e assistido pelo líder.
<b>PROGRAMAÇÃO DOS TRABALHOS</b>	O líder determina providências para a execução das tarefas, uma por vez, na medida em que são necessárias e de modo imprevisível para o grupo.	O próprio grupo esboça providências e técnicas para garantir o alvo com o aconselhamento técnico do líder. As tarefas ganham novos contornos com os debates.	A participação do líder no debate é limitada, apresentando apenas alternativas ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer informações desde que solicitadas.	
<b>DIVISÃO DO TRABALHO</b>	O líder determina qual a tarefa que cada um deverá executar e qual seu companheiro de trabalho.	A divisão das tarefas fica a critério do grupo e cada membro tem liberdade de escolher seus próprios colegas.	Tanto as divisões das tarefas como a escolha dos colegas ficam por conta do grupo, absoluta falta do líder.	
<b>PARTICIPAÇÃO</b>	O líder é pessoal e dominador, nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada um.	O líder procura ser um membro normal do grupo. É objetivo e estimula com fatos, elogios ou críticas.	O líder não faz nenhuma tentativa de avaliar ou regular o curso das coisas. Faz apenas comentários quando perguntado.	

**QUADRO 2** – Estilos de Liderança (citado por Sanhudo)<sup>29</sup>

Na minha perspectiva, o Enfermeiro no papel de Chefe de Equipa pode desempenhar diferentes estilos de liderança, tendo em conta a circunstância que exige o seu contributo como líder. Ou seja, o Enfermeiro Chefe de Equipa da UCIP do HCIS no início de cada turno, aquando da divisão dos clientes internados pelos Enfermeiros escalados, exerce o tipo de liderança autocrática, uma vez que “determina qual a tarefa que cada um deverá executar”, sendo este tipo de liderança uma exigência do funcionamento da própria instituição. No que diz respeito à tomada de decisões na prestação de cuidados diretos ao cliente, entendo que o Enfermeiro Chefe de Equipa exerce uma liderança do estilo liberal permitindo uma “total liberdade para tomada de decisões”, tendo no entanto presente o nível de conhecimentos e igualmente o nível de integração em que o seu liderado se encontra.<sup>29</sup> Como exemplo prático, aquando do momento em que o Chefe de Equipa tem a seu cargo, durante o fim-de-semana, a gestão de todo o hospital, tomou a decisão acerca da transferência um cliente que se encontrava no Atendimento Permanente a aguardar vaga na UCIP do HCIS. Contudo, e em convergência com o Médico da UCIP do HCIS, se decidiu que não existiam vagas nesta unidade e foi tomada a decisão para o cliente que se encontrava no Atendimento Permanente ser transferido para outra unidade do grupo.

Por outro lado, observei em várias situações o exercício de liderança democrática por parte do Enfermeiro Chefe de Equipa, nomeadamente nos elogios aos seus liderados, sendo transparente o otimismo e motivação que este transmite à sua equipa.

#### 6.4. *DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS*

Para Costa, “o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais na ótica da enfermagem depende da capacidade de autoconhecimento do enfermeiro”.<sup>30</sup> Concordo, assim, com Costa quando afirma que o Enfermeiro “desenvolve conhecimento com base na teoria e na experiência adquirida na prática”<sup>30</sup>. Neste âmbito, as vivências ao longo deste estágio revelaram circunstâncias para a minha aprendizagem e que serão determinantes para a minha atuação na minha prática profissional daqui em diante.

Os cuidados à pessoa em situação crítica, inerentes neste estágio na UCIP do HCIS, revelaram-se uma oportunidade para eu os transformar em momentos de aprendizagem, uma vez que diferem substancialmente da minha realidade profissional.

Este percurso na UCIP no HCIS revelou-se uma oportunidade de comunhão com técnicas particulares à pessoa em situação crítica, que me motivaram a um aprofundamento de conhecimentos teóricos.

Tive o privilégio de assistir às seguintes intervenções: colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central; colocação, manutenção e remoção de cateter arterial; entubação orotraqueal; gestão dos modos ventilatórios; prevenção da pneumonia associada à ventilação invasiva; técnica de substituição renal; excisão de drenos torácicos e mediastínicos; cuidados à pessoa traqueostomizada; transporte intra-hospitalar de pessoa em situação crítica; entre outras. Algumas destas intervenções, apesar de não serem correntes na minha prática profissional, já tinha tido oportunidade de observar, no entanto outras intervenções foram experienciadas por mim pela primeira vez.

Foi também um enorme desafio neste estágio, o facto de ter tido a oportunidade de contactar com programas informáticos completamente novos para mim: o B-Simple® e o Glintt®, já que no meu contexto de trabalho o programa implementado é o Medicine One.

Este sistema de informação possibilita o registo de toda a informação referente ao cliente (contudo apenas é permitido acesso aos colaboradores clínicos da UCIP e do bloco operatório), desde a

avaliação inicial até à sua alta da UCIP, permite aceder às prescrições e administrações de medicação, prescrição de exames complementares de diagnóstico, registos de entradas e saídas e, conseqüente balanço hídrico, diferentes escalas de avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Toda esta informação está interligada, os registos médicos e de enfermagem intersejam-se, favorecendo naturalmente o plano de cuidados.

Se no início foi tempestiva a minha introdução neste programa informático, entendo agora a sua utilização bastante intuitiva que me impôs um caminho com algumas dificuldades que foram sendo ultrapassadas.

#### *6.5. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*

No contexto da minha prática clínica na UCIP do HCIS surgiu a oportunidade de assistir à pessoa com necessidade de cuidados intensivos do foro neurológico (situações de demência e situações de desorientação espacial/situacional); cuidados intensivos do foro respiratório (situações de derrame pleural e pessoa em situação de traqueostomia); cuidados intensivos do foro cardiovascular (pós-angioplastia percutânea); cuidados intensivos do foro urológico e nefrológico (lesão renal aguda); cuidados intensivos do foro cirúrgico abdominal (cirurgia colorretal). Nesta última, foram observados os cuidados de Enfermagem a uma cliente com Síndrome de Fournier, que nunca tinha tido oportunidade de presenciar.

Tive, ainda, oportunidade de prestar cuidados a doentes com choque séptico.

Na presença das diferentes patologias no percurso deste estágio houve a oportunidade de, em colaboração com os Enfermeiros Orientadores, ser capaz de identificar focos de instabilidade hemodinâmica mediante a compreensão e interpretação dos dados de monitorização obtidos, permitindo a minha reflexão sobre a supervisão hemodinâmica prevendo a elaboração de um plano de cuidados orientado. Neste sentido, Ponte, citando Fernandes e outros, refere que “todo o processo de monitorização hemodinâmica, simples ou complexo, tem de obedecer aos princípios de rigor na deteção, controlo e interpretação dos sinais, para que a avaliação das variáveis fisiológicas seja fiável. Além disso, a manutenção de um sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito”.<sup>1</sup>

A sabedoria do Enfermeiro surge da práxis fundamentada na evidência e alcança-se no momento do cuidar. A enfermagem é, portanto como ilustra Ponte, “uma ciência, uma arte que espelha a graciosidade do cuidar humano num continuum respeito pela dignidade da pessoa durante o processo transicional”.<sup>1</sup>

Estou de acordo com Gomes quando cita Urden e outros, com base na *American Association of Critical-Care Nurses* quando refere “as responsabilidades de um enfermeiro de cuidados intensivos: respeitar e apoiar o direito do cliente ou do seu representante de tomar decisões autónomas e informadas; intervir sempre que está em questão o melhor interesse do cliente; ajudar o cliente nos cuidados necessários; respeitar os seus valores, crenças e direitos; proporcionar ao cliente ou ao seu representante designado, educação e suporte para tomar decisões; representar o cliente, de acordo com as suas escolhas; interceder pelos clientes com limitações na comunicação e que requerem atenção imediata; monitorizar e salvaguardar a qualidade dos cuidados prestados; atuar como elo de ligação entre o cliente, a família e outros profissionais de saúde”.<sup>31</sup>

### **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Neurológico...**

#### **O estado da arte evidencia que...**

Durante este estágio, de entre as diferentes oportunidades que surgiram, tive ocasião de prestar cuidados a uma cliente com desorientação espacial e desorientação situacional, relacionada pelo longo internamento na UCIP do HCIS.

A cliente em causa tinha sido submetida à colocação de uma ostomia respiratória decorrente de uma infeção respiratória grave e consequente entubação orotraqueal difícil. Encontrava-se há já várias semanas internada na UCIP do HCIS paralelamente à condição de idade avançada.

O facto de a idade desta cliente ser avançada sugeria o diagnóstico de síndrome demencial. E, de facto, este diagnóstico aliado ao longo internamento seria coadjuvante de períodos de alucinações, agitação psicomotora e discurso confuso inerente nestas situações. Foi estimulante do ponto de vista de agregação de novos conhecimentos uma vez que, apesar de na minha experiência profissional ter ao meu cuidado clientes com síndrome demencial, neste caso concreto tratou-se de uma cliente que se encontrava traqueostomizada.

Houve, portanto, um exigente esforço da minha parte no sentido de compreender a melhor forma de cuidar esta cliente.

Algumas estratégias identificadas por Leite e outros, foram úteis neste estágio no sentido que melhoraram a minha forma de comunicar com clientes com demência:

- “Falar não é a única forma de comunicação. Outras formas não verbais podem ajudar muito: o tom da voz, tocar o corpo do idoso, o carinho, o olhar (...);

- Sempre faça com que, ao conversar com o idoso, ele esteja olhando para você, prestando atenção no que você está falando.

- Aprenda a reconhecer os sentimentos e emoções do idoso, pode ajudar muito.

- O cuidador deve permanecer sempre tranquilo e falar de um modo gentil e amigável. Comunicar com frases curtas e simples, enfocando uma ideia ou uma opinião de cada vez. Dê tempo para o idoso entender o que lhe é dito”.<sup>32</sup>

Outro desafio, ainda no âmbito de clientes com demência em contexto de UCI foi cuidar de um cliente com 100 anos que tinha sido internado na UCIP do HCIS por um quadro de desidratação e prostração. Pelo facto de ter como antecedente pessoal hipoacusia, mais uma vez a minha conduta na comunicação estabelecida foi o conforto, o toque, o olhar (tendo o sorriso constrangido pelo uso de máscara nesta fase pandémica atual). Era médico aposentado e falava francês fluentemente, portanto, foram estes temas que introduzi de forma a conseguir chamá-lo à realidade presente, o que permitiu de certa forma que o cliente melhor compreendesse os cuidados que lhe eram prestados.

Mais uma vez ressalvo o facto de ter tido o privilégio de ser co-orientada por uma Enfermeira Especialista em Reabilitação, o que foi deveras estimulante para a minha aprendizagem. Foi interessante o modo como a Enfermeira olha para as pessoas com défices neurológicos. Lembro um caso particularmente interessante de uma cliente submetida há vinte e quatro horas a craniotomia direita por história de neoplasia. Numa primeira abordagem, e na minha perspetiva, a cliente apresentava hemiplegia esquerda e, portanto, a minha preocupação no cuidar seria auxiliar nos cuidados de higiene e conforto e promover a estimulação no hemicorpo lesionado. Contudo, a minha Orientadora chamou-me a atenção para o facto de a cliente apresentar, para além da hemiplegia, um défice cognitivo que, mais comumente, decorre de uma lesão do hemisfério cerebral direito, o *neglect*, também reconhecido como “síndrome de negligência unilateral”.<sup>33</sup>

Traduzindo esta palavra para português, podemos assinalar as expressões: negligenciado ou abandonado. O que permite compreender mais claramente o tipo de défice, uma vez que a pessoa negligencia o hemicorpo afetado. O que vai ao encontro do que refere Loureiro quando afirma que o cliente “(...) negligencia os estímulos que se encontram no seu hemisfério esquerdo”.<sup>34</sup>

Segundo Mesquita, no transtorno de heminegligência a pessoa age “(...) como se metade do mundo não existisse”.<sup>35</sup> Este autor acrescenta que, nesta condição, a pessoa “(...) raramente tem consciência do seu déficit e quando tem é-lhe difícil alterar o seu comportamento”.<sup>35</sup> Esta alteração é descrita por Loureiro como uma “inatenção hemiespacial seletiva”.<sup>34</sup>

Loureiro, citando Heilman e outros, explica que o *neglet* reflete-se na pessoa “(...) numa impossibilidade em atender, orientar-se para, ou responder, a estímulos novos ou significativos (visuais, tácteis ou auditivos) que se lhe apresentem no hemiespaço contralateral à lesão”.<sup>34</sup> A mesma autora esclarece que este tipo de déficit tem como causa mais comum o acidente vascular cerebral, no entanto, tumores cerebrais também podem ser a explicação para o *neglet*.<sup>34</sup>

Esta temática da reabilitação é uma área vasta, mas que me despertou curiosidade como deveria ser feita a recapacitação desta cliente.

Loureiro defende que as intervenções utilizadas têm como “(...) objetivo a recuperação dos sintomas, pela resolução do problema subjacente: a incapacidade do doente em orientar-se automaticamente para o hemiespaço esquerdo”.<sup>34</sup>

A mesma autora explica que a estimulação visual do hemiespaço negligenciado, através de cartões coloridos ou letras/números grandes, irá ser eficaz na redução da síndrome de *neglect*. Ainda neste sentido, Loureiro aponta que vários estudos “(...) permitiram concluir que a estimulação visual dinâmica é particularmente eficaz na redução das manifestações do *neglect*”.<sup>34</sup>

Ainda, no que diz respeito ao “treino da capacidade de exploração visuoespacial como técnica de reabilitação do *neglet*”, identificada por Loureiro, foi oportuno nesta cliente uma vez que serviu como fio condutor na comunicação estabelecida.<sup>34</sup> Através de papel e caneta foi possível explicar os procedimentos considerados, assim como, transmitir desta forma à cliente que a sua família se encontrava bem, situação que preocupava a cliente naquele momento.

Outra forma de estimulação deste síndrome é, como aponta Loureiro, o *feedback* auditivo, ou seja, pretende-se levar a pessoa, “(...) através de ordens verbais, a olhar para a esquerda (...)”.<sup>34</sup> No entanto, este tipo de estímulo foi dificultado na cliente a quem prestei cuidados na UCIP do HCIS porque apresentava surdez bilateral quase total.

Diferentes técnicas existem para a estimulação do hemiespaço negligenciado, contudo estas apresentadas foram sobretudo as que, na minha opinião, foram úteis neste caso particular.

Outros autores identificam ainda como estratégias:

- “- Realizar tarefas verbais, visuais e táteis que envolvam o lado esquerdo do corpo (ex.: “coloque a sua mão direita sobre o joelho esquerdo”);
- Recomendações constantes para olhar para o lado esquerdo do corpo;
- Recorrer a tarefas de leitura e escrita”.<sup>36</sup>

### **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Respiratório...**

#### **O estado da arte evidencia que...**

Durante a aulas da disciplina de Médico-Cirúrgica foi abordada a temática acerca de derrame pleural. Na minha prática profissional é incomum esta abordagem, por isso foi um desafio para mim no sentido que pretendi saber mais acerca deste tema.

Durante o meu estágio foram vários os clientes que foram submetidos a drenagem torácica, seja em modo passivo como em modo ativo, pelas mais diversas causas. Contudo, foram dois clientes especificamente que mais facilmente recordeo.

Um deles (tinha o nome de um personagem de uma história romântica muito conhecida), inicialmente encontrava-se com ventilação assistida e sedado e, num dos turnos que realizei na UCIP do HCIS, sob apoio de ecógrafo foi necessário auxiliar o médico de serviço a colocar drenagem torácica passiva por derrame pleural. Ao longo do estágio, e numa fase posterior, foi realizado desmame da sedação e o cliente foi ficando mais desperto e consciente. Coincidiu uma das vezes que fiz turno a visita da filha ao cliente e, confesso que foi transtornante o sentimento que experienciei de impotência. O cliente numa fase crítica, com consciência, a reconhecer claramente a filha e, pelo facto de ainda se encontrar com prótese ventilatória orotraqueal, não poder falar com a sua familiar. Neste momento, foi clarividente a empatia da equipa multidisciplinar, a preocupação em explicar a situação à filha do cliente e em tranquiliza-la que o seu familiar se encontrava confortável e bem adaptado ao ventilador.

Outro cliente que relembro nesta condição com derrame pleural, era Médico aposentado cujo traço que destaco era a sua gentileza, mesmo na sua condição crítica. Era extremamente educado e colaborante nos cuidados. Tinha sido submetido a uma prostatectomia, e de entre as múltiplas patologias destacava-se espondilite anquilosante o que lhe conferia um enorme grau de dependência física. No primeiro contacto que tive com este cliente, foi nas primeiras horas pós-operatórias de prostatectomia, em que desenvolveu o síndrome de abdómen agudo. Neste

contexto teve de ser entubado nasogastricamente. O Médico de serviço explicou-lhe a necessidade emergente de ser entubado nasogastricamente, e o cliente generosamente lembrou ao seu colega: “– Doutor, não vai ser fácil, tenho espondilite anquilosante, não consigo endireitar o pescoço”. A equipa presente ficaram sensibilizados pelo cuidado do cliente em alertar para o facto de o procedimento não ser fácil. Ainda na condição de abdómen agudo, voltou ao bloco operatório no sentido de ser submetido a colostomia. Uns dias mais tarde, tendo consciência da condição de situação crítica, este cliente igualmente colaborou de forma exímia na colocação de drenagem torácica passiva por derrame pleural bilateral. Questionava várias vezes acerca da quantidade de drenagem e das características do líquido drenado.

Para além dos seus conhecimentos médicos gostava de ouvir música e recordo as nossas conversas acerca desse tema.

Era visitado pela esposa todos os dias. Recordo de a esposa ter comentado comigo que estava cansada de ver o esposo naquela condição. Um dia a esposa não voltou à UCIP... O cliente faleceu...

Fui ler de novo acerca da temática de derrame pleural, de forma a poder lembrar os cuidados de enfermagem nestas situações de pessoa em situação crítica.

Os cuidados de Enfermagem devem assentar na investigação científica, no sentido da promoção da qualidade e segurança da prática de enfermagem, no progresso profissional e na otimização dos seus resultados.

Saraiva define derrame pleural como sendo a “acumulação anormal de líquido no espaço pleura”.<sup>37</sup>

Cipriano e outros, citado por Assis, considera a drenagem pleural como um “ato relativamente simples, porém podendo levar a complicações devido à falta de cuidados que precisam ser respeitados durante o controle do dreno”.<sup>38</sup>

Souza e outros, citado por Assis, sublinham “que se o volume drenado se apresentar maior que 200ml/hora, sem sinais de redução no volume, deve ser considerado a toracotomia”.<sup>38</sup>

Ribeiro enuncia os seguintes cuidados de Enfermagem a uma pessoa em situação crítica, cuja causa é derrame pleural:

“– Controlar a dor corretamente;

- Monitorar o dreno de tórax;

- Verificar a quantidade de líquido que drenou e a sua cor;

- Registrar os valores obtidos no dreno do tórax e deixar o paciente em repouso na cama ajustada a 45 graus”.<sup>39</sup>

Lúcio e outros, citado por Assis, acrescentam que a equipa de Enfermagem “é responsável por orientar e prestar esclarecimentos ao doente e familiares, auxiliar o médico durante a inserção do dreno de tórax, garantir que a experiência seja segura e confortável para o paciente, prevenir intercorrências clínicas, realizar curativos pós-cirúrgicos, monitorar circuito de drenagem e o seu débito, além de manter-se capacitado e atualizado acerca das novas técnicas e avanços científicos para garantir uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes com dreno de tórax”.<sup>38</sup>

O cuidar intensivo à pessoa com traqueostomia também era meu desígnio durante este estágio, uma vez que ao longo da minha prática profissional nunca o tinha realizado. Tive algumas oportunidades nesse sentido e, inclusivamente, tive oportunidade não só de prestar cuidados diretos de Enfermagem como também de assistir ao ensino realizado a um cliente durante a transição entre cânula de traqueostomia não fenestrada para uma fenestrada, permitindo a este retomar novamente a comunicação verbal.

Martins e outros esclarece que a técnica de traqueostomia pode provocar algumas questões como as denunciadas a seguir:

“- Não utilizar os meios fisiológicos de aquecimento e humidificação de ar, o que leva à formação de secreções mais secas e espessas;

- Numa fase inicial, trazer dificuldades na deglutição;

- Dificultar ou impossibilitar a comunicação verbal;

- Fazer surgir graves alterações na autoimagem;

- Ser geradora de altos níveis de ansiedade;

- Favorecer o aparecimento de infeções respiratórias e no local de inserção da cânula (...).<sup>40</sup>

Conforme explica a Direção Geral da Saúde, “a intervenção de enfermagem da pessoa a ser submetida a cirurgia de ostomia respiratória deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia nos cuidados hospitalares”.<sup>41</sup>

Martins e outros identificam alguns cuidados à pessoa com traqueostomia, explicando que devem ser orientados para “a manutenção da permeabilidade da via aérea, evitar a infeção e favorecer a adaptação do doente”.<sup>40</sup> O mesmo autor refere que, concretamente na manutenção da via aérea, o cuidar de Enfermagem deve incidir em:

“- Aspirar as secreções em SOS;

- Humidificar com nebulizações com soro fisiológico;
- Mudar a cânula interna a cada turno e sempre que necessário;
- Hidratar o doente convenientemente;
- Estimular inspirações profundas e a tosse;
- Auscultar ambos os campos pulmonares periodicamente;
- Administrar fluidificantes, se prescritos”.<sup>40</sup>

Como forma de evitar a infecção, relativamente à pessoa traqueostomizada, Martins e outros explicam que se deve:

- “- Lavar as mãos antes de qualquer procedimento;
- Fazer penso ao local de inserção do tubo, lavando com soro fisiológico e desinfetando com Iodopovidona ou Clorexidina, sempre que necessário;
- Assegurar uma perfeita fixação da cânula;
- Mudar a cânula externa periodicamente (cada 3-4 dias para uns autores e uma semana para outros). Diariamente, se existir infecção;
- As aspirações são feitas com sonda estéril, e após calçar luva esterilizada na mão dominante;
- Evitar aspirações desnecessárias;
- Promover uma boa higiene oral (...)”.<sup>40</sup>

Por último, em relação à adaptação do cliente à sua traqueostomia, Martins e outros enfatizam a importância dos seguintes cuidados de Enfermagem:

- “- Transmitir segurança e tranquilidade;
- Proporcionar um ambiente confortável;
- Proporcionar informação ao doente e família (...);
- Deixar o botão da campainha acessível;
- Estabelecer meios eficazes de comunicação (...);
- Mostrar disponibilidade;
- Ensinar a falar tapando a cânula, se possível e quando oportuno;

- Ensinar o doente a (...) colocar um lenço à frente da cânula para apanhar as secreções (...)
- Estimular o autocuidado (...).<sup>40</sup>

### **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Cardiovascular...**

#### **O estado da arte evidencia que...**

No que diz respeito à minha prática profissional, é comum prestar cuidados diretos a clientes com fatores predisponentes para doenças coronárias, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade, hábitos tabágicos, sedentarismo... No meu serviço concretamente, é menos frequente prestar cuidados diretos a clientes com enfarte agudo de miocárdio em fase aguda. Contudo, considere um tema de interesse a explorar nesta prática clínica porque se trata de um fenómeno que pode ocorrer em qualquer contexto.

A UCIP do HCIS caracteriza-se por ser uma unidade polivalente onde é frequente o internamento de clientes vindos do Serviço de Hemodinâmica. Os clientes assistidos no Serviço de Hemodinâmica podem ter previamente agendado o procedimento (através do seu médico cardiologista) ou podem ter sido encaminhados pela Via Verde Coronária. Sendo Via Verde Coronária entendida como “um modelo de intervenção para as situações de dor pré-cordial”.<sup>42</sup>

O Serviço de Hemodinâmica do HCIS é unanimemente reconhecido como um serviço topo da Cardiologia de Intervenção, sendo uma das Unidades de Intervenção Coronária Percutânea no Enfarte Agudo do Miocárdio em Portugal.

Entende-se como Cardiologia de Intervenção, segundo a Direção Geral da Saúde, como o grupo de terapias que “(...) utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo (...) a nível das artérias coronárias”.<sup>42</sup>

De acordo com a Direção Geral da Saúde, estas terapias são efetuadas “(...) em Laboratórios de Hemodinâmica e Angiocardiografia (vulgarmente designados por salas de cateterismo), em ambiente esterilizado, não requerem, habitualmente, anestesia geral, o internamento do doente é curto (inferior a 48 horas) e a recuperação funcional rápida”.<sup>42</sup> A mesma entidade explica que a “angioplastia coronária constitui a principal e mais importante atividade da Cardiologia de Intervenção (...)”.<sup>42</sup>

Neste serviço, realizei um turno numa perspetiva de observação com o intuito de compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar (Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Radiologia, Assistentes Operacionais). E, tive ainda oportunidade, em outro turno, de efetuar o transporte intra-hospitalar de um cliente crítico cujo motivo de internamento tinha sido enfarte agudo de miocárdio. Tendo, portanto, o privilégio de acompanhar este cliente desde a UCIP até ao Serviço de Hemodinâmica. Consequentemente, assistir à angioplastia percutânea a que foi submetido e, posteriormente presenciar os cuidados de Enfermagem após o procedimento. Desta forma, foi oportuno entender o papel de Enfermagem no cuidado ao cliente submetido a angioplastia com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio.

Lima e outros refere que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, “(...) as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 30% dos óbitos (...)” em todo o mundo.<sup>43</sup>

Dados recentes indicam que cerca de 2 milhões de europeus são afetados por doença coronária e, concretamente 10 mil portugueses foram identificados com esta patologia.<sup>44</sup>

Ferreira acrescenta que “(...) as doenças cardiovasculares mantêm-se como a principal causa de morte em Portugal”.<sup>45</sup>

De acordo com Macedo, angioplastia é tão somente a “abertura da artéria” lesionada.<sup>46</sup>

Neste sentido, entende-se que “a angioplastia coronária é um procedimento médico por via minimamente invasiva que permite desbloquear uma artéria que está total ou parcialmente obstruída e repor o fluxo normal de sangue na zona do coração onde este fluxo tinha sido interrompido”.<sup>47</sup>

No que diz respeito aos cuidados de Enfermagem ao cliente submetido a angiografia percutânea Lima e outros defende que a equipa deve “(...) estar familiarizada com os cuidados do cliente, incluindo a observação do ponto de acesso vascular e os cuidados de dispositivos vedantes, hemodinâmica e monitorização do eletrocardiograma, em conjunto com o tratamento de episódios vasovagais”.<sup>43</sup>

O mesmo autor defende a importância da interpretação do ECG de 12 derivações paralelamente à interpretação da monitorização cardíaca, no intuito de reconhecer precocemente “possíveis oclusões agudas” após a angiografia.<sup>43</sup>

Outros cuidados de Enfermagem apontados por Lima e outros são: “(...) preocupação com o sítio de inserção e com as complicações relacionadas a estes, como hematomas e sangramentos ativos (...)”.<sup>43</sup> O mesmo autor explica a importância da “(...) identificação precoce do sangramento pós-

procedimento (...)” referindo que é um (...) papel importante do enfermeiro, uma vez que o sangramento é a complicação não cardíaca mais comum (...)” neste tipo de abordagem, que está relacionado com a terapêutica anticoagulante.<sup>43</sup>

Paralelamente, o Enfermeiro deve avaliar “(...) dor, pulsos periféricos, sinais vitais, ritmo cardíaco e ingestão e saída de líquidos “, de acordo com Lima e outros, que enfatizam a importância de saber interpretar igualmente os resultados dos exames laboratoriais.<sup>43</sup>

Contudo, apesar de Lima e outros enfatizar a importância dos conhecimentos técnicos e científicos na abordagem ao cliente submetido a angioplastia, o mesmo defende o papel crucial do Enfermeiro nos ensinamentos fornecidos para a alta.<sup>43</sup>

Ainda no que ao cliente do foro cardíaco diz respeito, confesso a minha ignorância que tinha acerca da realização de eletrocardiograma e, ao mesmo tempo, o meu entusiasmo por ter tido o privilégio de realizar eletrocardiograma a este padrão de cliente. Conjuntamente à minha pesquisa acerca desta temática, foi muito importante o contributo que a equipa da UCIP do HCIS me forneceu com toda a disponibilidade e paciência.

### **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Urológico e Nefrológico...**

#### **O estado da arte evidencia que...**

Durante esta prática clínica surgiram diferentes momentos de formação dos quais destaco a receção de uma cliente muito jovem submetida a nefrectomia radical transferida diretamente do bloco operatório. E, igualmente, tive o privilégio de cuidar de clientes submetidos a técnica dialítica em fase aguda.

Prestar cuidados à Pessoa em Situação Crítica submetida a técnica dialítica também constava das minhas intenções neste estágio.

Durante o estágio tive oportunidade de cuidar de um cliente submetido a esta técnica de substituição da função renal, através de cateter venoso provisório. Foi possível a observação de técnica de hemodialise contínua.

Tive, identicamente, oportunidade de observar o Enfermeiro na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema fazendo o “prime” da máquina. Houve ocasião de prestar

cuidados ao cateter venoso. Pela primeira vez, neste estágio tive o privilégio de observar a implantação de cateter venoso femoral.

É prática corrente nesta UCIP, receber clientes que necessitam de técnica dialítica intermitente ou contínua.

Entende-se por hemodiálise “um tratamento que consiste na remoção do líquido e substâncias tóxicas do sangue, como se fosse um rim artificial. É o processo de filtragem e depuração de substâncias indesejáveis do sangue como a creatinina e a ureia. A hemodiálise é uma terapia de substituição renal realizada em pacientes portadores de insuficiência renal crônica ou aguda, já que nesses casos o organismo não consegue eliminar tais substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais”.<sup>48</sup>

A retenção de líquidos e o edema são dois dos diagnósticos de Enfermagem levantados por Marques, na Pessoa em Situação Crítica submetida a técnica dialítica.<sup>49</sup>

Propriamente em relação à retenção de líquidos, Marques refere que se espera que o cliente “apresente um balanço hídrico equilibrado; peso estável; normocárdico; normotenso; eupneico e ausência de edema e outros indicadores físicos de hipervolemia”.<sup>49</sup>

O mesmo investigador identifica como intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a técnica dialítica: “monitorizar e registar o balanço hídrico e o peso diariamente, deve-se estar atento a ganhos de peso > 0,5-1Kg nas 24 horas. Deve-se avaliar e efetuar o registo dos sinais vitais, sons respiratórios, frequência e ritmo cardíacos. O enfermeiro deve estar atento a crepitações, taquicardia, atrito pericárdico e pulso paradoxal. Deve-se manter as restrições de líquidos prescritas. Deve-se registar o balanço hídrico de hora a hora; avaliar e registar a existência de ingurgitamento jugular, taquicardia, aumento da tensão arterial; aumento da PVC, ou seja, indicadores do aumento de volume de líquidos. A avaliação e registo da existência de edemas, restringir a ingestão total de líquidos a 1200-1500ml em 24 horas também deve ser tida em conta”.<sup>49</sup>

No que diz respeito ao diagnóstico de Enfermagem de edema, Marques clarifica que as “intervenções de enfermagem visam promover a integridade da pele nas áreas edemaciadas, através da sua elevação e de posicionamentos frequentes e hidratação adequada”.<sup>49</sup>

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista do Foro Cirúrgico Abdominal...**

### **O estado da arte evidencia que...**

No que diz respeito à cirurgia abdominal, houve ocasião de cuidar da Pessoa em Situação Crítica submetida a cirurgia colorretal. Concretamente neste exemplo de cirurgia, houve oportunidade de cuidar de uma cliente que tinha sido submetida a uma colostomia definitiva, mas cujo diagnóstico principal de admissão tinha sido um Síndrome de Fournier. Eu nunca tinha prestado cuidados a clientes nesta condição; confesso que não sabia nada sobre esta patologia. Nesse sentido, fui tentar perceber mais acerca deste síndrome e de qual o meu papel no cuidado ao cliente nesta condição.

A origem desta nomenclatura é em homenagem ao médico francês Jean Alfred Fournier, médico dermatologista francês que se distinguiu no estudo de doenças venéreas.<sup>50,51</sup>

De acordo com Dornelas e outros, “a gangrena de Fournier é uma fascite necrosante sinérgica do períneo e parede abdominal, que tem origem no escroto e pênis no homem, e vulva e virilha na mulher”.<sup>52</sup> Este decurso foi relatado como “(...) idiopático, mas atualmente sabe-se que se trata de grave infecção causada por bactérias Gram positivas, Gram negativas ou anaeróbios, que pode levar a comprometimento sistémico importante e, eventualmente, morte”.<sup>52</sup>

O mesmo autor defende que “apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier, as medidas terapêuticas adotadas, como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar, demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas (...)”.<sup>52</sup>

Dornelas descreve que à “medida que ocorre disseminação de bactérias aeróbias e anaeróbias, a concentração de oxigénio nos tecidos é reduzida; com a hipoxia e a isquémia tecidual, o metabolismo fica prejudicado, provocando maior disseminação de microrganismos facultativos, que se beneficiam das fontes energéticas das células, formando gases (hidrogênio e nitrogênio) responsáveis pela crepitação, demonstrada nas primeiras 48 horas a 72 horas de infecção”.<sup>52</sup>

De acordo com Dornelas, a predisposição para este síndrome tem significância em pessoas entre os 20 e os 60 anos e, que paralelamente tenham comorbilidades como: “estados debilitantes” (desnutrição, sépsis), estados de imunossupressão (diabetes, alcoolismo, neoplasia, SIDA, sarampo, quimioterapia, leucemia), doença colorretal e urogenital, pós-operatório (com uso de instrumentação urológica, herniorrafia, hemorroidectomia, orquidectomia, prostatectomia), entre outros identificados pelo autor.<sup>52</sup>

E é com base na abordagem multidisciplinar, como apontou Dornelas, que se enquadra o cuidado de Enfermagem.

De acordo com Souza e outros, tendo presente o processo de Enfermagem, perante o cliente com síndrome de Fournier podem ser levantados alguns diagnósticos de Enfermagem.<sup>53</sup>

Segundo aponta Souza e outros, um dos diagnósticos de Enfermagem que pode surgir perante este tipo de síndrome é o risco de choque relacionado com sépsis.<sup>53</sup> Perante este diagnóstico de Enfermagem o mesmo autor defende os seguintes cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar e avaliar os sinais vitais, "(...)" para que possa evidenciar a evolução do cliente;
- Avaliar nível de consciência, para que possa evidenciar possível agravamento do quadro clínico do cliente e/ou mesmo gravidade "(...)" da sépsis;
- Manter oxigenoterapia "(...)" quando os níveis de saturação de O<sub>2</sub> estiverem abaixo dos parâmetros normais (95-100%), para melhor a oferta de oxigénio e conforto respiratório ao cliente;
- Manter cabeceira elevada a 45° e repouso no leito, para que possa trazer uma posição de conforto que facilite a respiração e as trocas gasosas".<sup>53</sup>

Outro diagnóstico identificado por Souza e outros é a "Dor aguda relacionada ao agente biológico e físico, caracterizada por relato verbal de dor".<sup>53</sup>

Neste caso, os cuidados de Enfermagem apontados por Souza e outros são:

- Monitorizar "(...)" a intensidade da dor utilizando a escala de dor (nota de 0-10), a fim de se ter uma mensuração de dor do cliente para posteriormente estabelecer qual conduta melhor para tratá-la" (no caso específico da cliente que prestei cuidados durante este estágio, encontrava-se sob sedação; pelo que a avaliação da dor foi realizada através da escala de dor *Behavioral Pain Scale*);
- "Administrar analgésico "(...)" prescrito";
- Avaliar se a analgesia está a surtir efeito.<sup>53</sup>

Paralelamente aos anteriores diagnósticos de Enfermagem, Souza e outros reconhecem a integridade tecidual prejudicada relacionada à circulação prejudicada, caracterizada por tecido destruído.

E apresenta como intervenções de Enfermagem:

- "Assegurar o emprego de técnica asséptica adequada no manuseio das áreas necrosadas, para evitar complicação da infeção;

- (...) realização de desbridamento da ferida, para favorecer o processo de cicatrização e se ter maior área de

absorção das substâncias tóxicas;

- Documentar local, tamanho e aspeto da área necrosada, a fim de se ter registo da evolução do tratamento;

- Realizar diariamente o curativo oclusivo com substância adequada, para promover a cicatrização da área afetada”.<sup>53</sup>

### **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista da Dor – transversal a todas as patologias...**

#### **O estado da arte evidencia que...**

Acerca da dor e do papel do Enfermeiro neste diagnóstico, Ponte sublinha Sequeira, em que “ o profissional de saúde à medida que vai adquirindo experiência num determinado contexto (...), adquire, simultaneamente, mais potencial para ser empático com pessoas que vivenciam um dado problema”, sendo que este “deverá integrar na sua formação um conjunto de competências básicas de comunicação de modo a poder utilizá-las de forma efetiva nos contextos de saúde, atuando com empatia, assertividade e aceitação na identificação da dor e na promoção do conforto e bem estar da pessoa e da sua família”.<sup>1</sup>

Neste sentido, foi imperativo neste estágio em cuidados intensivos de realizar a identificação, quantificação e tratamento da dor à pessoa em situação crítica, com condição de consciência comprometida, usando as escalas de Glasgow [“é uma escala neurológica que intenciona constituir-se de um método confiável e objetivo para registrar o nível de consciência de uma pessoa”<sup>54</sup>] e de RASS [“é uma escala utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um paciente que necessite de cuidados críticos ou esteja sob agitação psicomotora”<sup>55</sup>].

Em cuidados intensivos a dor pode ser consequência de intervenções invasivas, pelo posicionamento da pessoa em situação crítica, colocação de cateter central ou cateter arterial, aspiração de secreções, remoção de tubos torácicos, entre outros. Constatei que a prevenção da dor neste estágio é uma consideração presente na equipa com a monitorização horária com base na escala comportamental da dor (BPS – *Behavioural Pain Scale*). Compreender o grau de dor mediante esta escala comportamental suscitou-me no início dúvidas e incertezas (apesar de já ter

tido contacto com esta escala na prática clínica anterior), pelo que efetuei uma pesquisa bibliográfica que me norteasse na apreciação deste parâmetro.

Como explica Morete e outros, a escala de avaliação de dor BPS é, comumente, utilizada “para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica”.<sup>56</sup>

Durante este estágio, a aplicação desta escala foi sempre uma preocupação uma vez que o cliente estando sedado e/ou ventilado não tem possibilidade de transmitir o seu desconforto.

Por outro lado, estou de acordo com Taveira quando considera que a dor não é a única causa perturbadora numa UCI. Para este autor a “privação do sono acaba sempre por ser um problema comum, e todos os sons, que não são familiares constituem maioritariamente uma ameaça para o doente”.<sup>4</sup>

No mesmo propósito, Taveira cita Rabiais, afirmando que “a estimulação visual nas unidades é excessiva por causa da iluminação permanente; as luzes podem provocar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite, interrupção do sono. Os ciclos de sono são perturbados não só pela iluminação ou outras fontes de estimulação do ambiente, mas também pelas intervenções constantes dos profissionais de saúde”.<sup>4</sup>

Estando em conformidade com esta afirmação, a UCIP do HCIS tem na sua estrutura física janelas ao longo de toda a unidade que permitem a entrada de luz solar e, igualmente, permite a perceção da chegada da noite. Desta forma, é facilitada a orientação temporal da Pessoa em Situação Crítica nesta unidade.

A par da preocupação constante da equipa nesta temática, atendendo às evidências científicas e aos meus compromissos éticos, tentei sempre apropriar os tons de diálogo, adequar a luz às necessidades e reduzir os estímulos sensoriais. Quando se aproximava a noite, tinha o cuidado de reduzir a iluminação da unidade do cliente e, por outro lado, tentava reduzir ao mínimo a duração dos alarmes dos equipamentos.

Neste sentido, durante este estágio foi meu desígnio não só o conforto físico do cliente como também o conforto audiovisual.

## **O que vivenciei na UCI, do ponto de vista da Prevenção e Controlo da Infeção...**

### **O estado da arte evidencia que...**

Vivemos tempos únicos que exigem condutas severas e dolorosas. Durante este estágio dei por mim a pensar que vivíamos na idade média, em plena peste negra. Não apenas porque se vive uma pandemia, mas, igualmente, a severidade que se vive no que diz respeito ao afastamento social. Apesar de eu ter testemunhado a humanização ímpar da equipa da UCIP do HCIS, que em permitia a visita restrita a uma pessoa significativa à Pessoa em Situação Crítica, a pandemia foi implacável no que diz respeito ao controlo de infeção.

Contudo, já anteriormente a atual situação epidemiológica, vários autores faziam referência à necessidade de restrição de visitas à Pessoa em Situação Crítica. Ponte, fazendo menção a Toldo e outros, refere que “o ambiente crítico e restritivo aos pacientes, promove o distanciamento do doente com sua família, em função das rotinas hospitalares cada vez mais rígidas que visam diminuir ao máximo a circulação de pessoas e com isso o risco de infeções”.<sup>1</sup>

No decorrer desta prática clínica pretendi proceder de acordo com o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos do HCIS e da Direção Geral de Saúde, tendo como premissa a prestação de cuidados de prevenção de infeção, pretendendo a promoção da segurança nos cuidados de saúde.

Neste seguimento, tive a preocupação de na presença de clientes em situações críticas interceder tendo como base os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, com o cateter de técnica dialítica, com o cateter vesical e na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação identificadas pela Direção Geral de Saúde.

Paiva define feixes como uma série de ações “ (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente”.<sup>57</sup> O mesmo autor explica que estes feixes de intervenção “têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente”.<sup>57</sup> E acrescenta que “cada aspeto está bem definido e apoiado em evidência proveniente de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados bem desenhados ou em dados de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado bem desenhado”.<sup>57</sup>

Neste sentido, tendo em consideração a evidência científica, ao longo da minha prática foi minha preocupação identificar esses feixes de intervenção em cada técnica instituída.

No que diz respeito à prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, Paiva identifica os seguintes feixes de intervenção:

- “1. Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente (Recomendação IC)
2. Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros (Recomendação IC)
3. Realizar antissepsia da pele do doente com clorhexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central (Recomendação IA)
4. Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente (Recomendação IIC)
5. Não usar acesso femoral, sempre que possível (Recomendação IA)
6. Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Recomendação IIaC)”.<sup>57</sup>

Em relação à prevenção de infeção relacionada com o cateter vesical, Paiva reconhece os seguintes feixes de intervenção:

- “1. Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical (Recomendação IB) e documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico (Recomendação IC);
2. Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Recomendação IB)
3. Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem (Recomendação IB);
4. Realizar a higiene diária do meato uretral, pelo doente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde (Recomendação IB) com ensino ao doente e família sobre cuidados de prevenção de ITU associada a cateter vesical (Recomendação IIaC);

5. Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Recomendação IB);

6. Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registrando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (Recomendação IB)".<sup>57</sup>

No que concerne aos feixes de intervenção da prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação, foi possível cumprir as seguintes ações definidas por Paiva:

"1. Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico (Recomendação IA);

2. Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico (Recomendação IA);

3. Manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico (Recomendação IIbA);

4. Realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico (Recomendação IIA);

5. Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Recomendação IA);

6. Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O (Recomendação IIC)".<sup>57</sup>

Ponte, citando Vieira e outros, ainda acrescenta a estas *bundles* anteriores que a "presença de estudos para determinar o número de enfermeiros por turno, traduziam-se em melhores *outcomes*".<sup>1</sup>

**O que vivenciei na UCI, do ponto de vista da relação terapêutica, com o cliente em situação crítica e família/cuidador...**

**O estado da arte evidencia que...**

Vivemos uma realidade pandémica ímpar que nos faz refletir como profissionais, como pessoas. Pessoalmente, a vivência atual faz-me refletir os acontecimentos como Enfermeira, como filha, como mãe, como irmã, como mulher...

Durante este estágio assisti a diferentes formas de interação com a família.

Contrariamente à minha realidade profissional atual em que não são permitidas visitas de familiares, salvo em casos excepcionais, neste estágio as visitas são autorizadas. Contudo, apenas durante uma hora por dia, sendo exigido que seja sempre a mesma pessoa a visitar o cliente.

E foi nesta crise epidemiológica que verifiquei a humanização dos cuidados da equipa da UCIP do HCIS.

O facto de muitas vezes ser necessário pesar os pratos da balança e avaliar os contributos e os prejuízos de determinada situação faz todo o sentido. E foi isso que se verificou. A troca de felicidade e tranquilidade que cliente e família trocavam nestes curtos momentos é, no meu ponto de vista, uma mais valia para cuidado integral.

Destaco ainda as exceções permitidas, com limites éticos muito sensíveis, no sentido de viver esta época de pandemia de uma forma mais humanizada.

Recordo, uma cliente que tinha já longas semanas de internamento nesta unidade, e cuja relação com o único filho era distante. Contudo, a mesma tinha uma relação muito próxima com a irmã e com o sobrinho. Era a irmã o familiar autorizado a visitá-la todos os dias à mesma hora. Mas... um dia teve uma maravilhosa surpresa... Quem apareceu à hora combinada não foi a irmã, mas o sobrinho. Foi notória a felicidade de ambos. Eu diria que é fundamental este paradoxo da equipa da UCIP do HCIS, ao mesmo tempo que se destaca pela preocupação em prestar cuidados técnico-científicos de última evidência científica, analogamente tem presente a humanização dos cuidados.

Em contrapartida, também nos momentos mais difíceis a equipa da UCIP do HCIS foi a heroína neste filme sobre a pandemia. E foi numa circunstância de particular dor que a equipa da UCIP possibilitou a presença conjunta de três familiares de um cliente em fase terminal, permitindo estarem reunidos no momento da partida deste.

Com estes casos foi, portanto, possível identificar situações problemáticas, relacionadas com a interação entre a equipa de Enfermagem e o cliente/família/cuidador.

O estado da arte no que diz respeito à perceção da família da pessoa internada em UCI é descrito por Taveira, citando Gonçalves, “situações que desencadeiam uma crise emocional, não só para o doente como para a sua família”.<sup>4</sup> Primeiramente, Taveira sublinha a importância de clarificar o que o cliente considera como sua família, “sendo considerados elementos da família, aqueles que este considera como tal” e não somente os elementos com grau de parentesco.<sup>4</sup> Assim sendo, a “família é, portanto, uma unidade social que confere suporte e apoio aos seus membros, a nível social, emocional, económico e, ainda, no que respeita à educação e à saúde”.<sup>4</sup>

Taveira, ao citar Nascimento, vai mais longe e enfatiza que “refletir sobre a capacidade de comunicar tornará os enfermeiros mais humanos, mas para que isso aconteça terão que estar: “(...) disponíveis para o diálogo... dispostos a ir além da competência técnica (...)”. (4) Neste sentido, Cintra, citado por Taveira defende que “só é possível humanizar UTI’s (Unidades Tratamento Intensivo) partindo da nossa própria humanização”.<sup>4</sup>

Schneider e outros, citado por Taveira, refere que apesar de a UCI ser “um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização da assistência, que é expressa pela atitude relacional dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares”.<sup>4</sup>

Faz-me, ainda, sentido referir neste capítulo da minha reflexão um dos momentos mais marcantes deste estágio.

O tal cliente com nome de um personagem de uma história romântica muito conhecida, que referi atrás, a certa altura do meu estágio, chegou a uma fase terminal ainda sob ventilação invasiva. E foi neste contexto que tive o privilégio de presenciar a enorme generosidade e grandiosa empatia da equipa multidisciplinar da UCIP do HCIS em transferir este cliente de uma unidade em regime aberto para uma unidade em regime fechado de forma a possibilitar a reunião dos familiares mais próximos deste (esposa e filhos) e proporcionar de forma mais íntima despedirem-se no momento da sua partida.

Em consequência, acrescentaria que foi-me possível, com esta prática clínica, desconstruir a ideia que tinha de uma unidade de cuidados intensivos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de todo o estágio demonstrei evolução na capacidade de tomada de decisão em situações complexas, tendo sempre presente uma Enfermagem avançada, autónoma, baseada nos Padrões de Qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, na conceção e implementação dos cuidados aos clientes.

Olhando à lupa um desses Padrões de Qualidade, ou seja, a Satisfação da Pessoa em Situação Crítica foi conseguido através da otimização dos ensinamentos ao cliente traqueostomizado internado na UCIP do HCIS. Quando cheguei ao serviço, também inerente à minha inexperiência, tive alguma dificuldade na execução dos cuidados à pessoa traqueostomizada. E foi ao prestar cuidados diretos a uma cliente traqueostomizada, que questionei a minha Orientadora se o serviço tinha algum formato para apoiar os ensinamentos à pessoa nesta condição. Não havendo nenhum tipo de apoio escrito nesse sentido, senti necessidade de elaborar um guia que correspondesse igualmente às necessidades da UCIP do HCIS, o que foi bem aceite pelos meus orientadores. O que foi por mim sentido é que paralelamente aos cuidados técnicos ao cliente em situação crítica é, igualmente, importante o cuidado fornecido no momento da alta permitindo ao mesmo sentir-se apoiado neste momento de transição.

Esta prática clínica constituiu uma instigação ao relacionar-me com novas realidades, trocar experiências, refletir sobre as práticas, formas de estar e de agir. Reconheço que a equipa da UCIP é, não somente exímia tecnicamente, como uma classe ímpar em sensibilidade, atenta ao mais pequeno pormenor.

Esta fase revelou-se um enorme estímulo, mas de forma enriquecedora e que me despertou interesse crescente a cada dia.

Este caminho traçado com curvas e lombas possibilitou-me um desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos inerentes à categoria de Enfermeira com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao desenvolver competências teóricas e práticas que me consentiram tomar resoluções fundamentadas cientificamente e me apoiaram na aquisição de autonomia indo de encontro a uma Enfermagem Avançada.

De reiterar que, com a realização deste estágio em conjunto com a elaboração desta reflexão, foi possível, paralelamente à concretização dos objetivos desta prática clínica, a aquisição de competências particularmente importantes na minha prática profissional e alcançar os objetivos traçados por mim inicialmente.

Tendo em consideração o desejo de desenvolver um olhar crítico enquanto aprendiz, fiz algumas sugestões à Coordenação de Enfermagem da UCIP, que emergiram do propósito da segurança do cliente. Assim, no âmbito da segurança do cliente propus à Coordenação de Enfermagem a utilização de meias antiderrapantes e a aplicação de sinalética identificativa de elevado risco de queda, mais específica do que a utilizada atualmente. Todas as propostas foram bem aceites pela Coordenação de Enfermagem da UCIP do HCIS.

Finalmente, fazendo alusão ao tempo epidemiológico em que vivemos, relembro que este estágio já numa fase final (em que faltavam três turnos) teve de ser abruptamente interrompido por motivo pandémico.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponte, Carla; Relatório Final: Cuidados Integrals à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca; 2017 – consultado em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21571/2/Relat%C3%B3rio%20Final%20\\_%20Carla%20Ponte.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21571/2/Relat%C3%B3rio%20Final%20_%20Carla%20Ponte.pdf)
2. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; 2019 – consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
3. Peixoto, Nuno e outros; Prática Reflexiva em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico; 2016 – consultado em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn11/serlVn11a13.pdf>
4. Taveira, Carla; Relatório Final: Enfermagem... Um Percurso no Saber; 2011 – consultado em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9414/1/Relat%c3%b3rio%20CD.pdf>
5. Cantante, Ana e outros; Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal; 2019 – consultado em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100261](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100261)
6. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais; 2011 – consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)
7. Ordem dos Enfermeiros; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos; 2001 - consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

8. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; 1998 – consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
  
9. Serrano, Maria e outros; Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s); 2011 – consultado em:  
<http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
  
10. Balduíno, Anice e outros; O Processo de Cuidar de Enfermagem ao Portador de Doença Crónica Cardíaca; 2009 – consultado em:  
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>
  
11. Ribeiro, Joana; Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; 2014 – consultado em:  
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2284/1/relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20-%202%c2%ba%20semestre.pdf>
  
12. Ordem dos Enfermeiros; Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência; 2017 – consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-10-2017-diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-em-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%AAncia.pdf>
  
13. Hospital Cuf; “Código de Ética”; consultado em:  
<https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/2020-03/codigo-etica-cuf.pdf>
  
14. Hospital Cuf; “Quem somos”; consultado em:  
<https://www.cuf.pt/sobre-nos/quem-somos>

15. Pinto, Pedro; Nursing Magazine Digital; “Entre a teoria e a prática: Desenvolvimento de competências no ensino clínico de integração à vida profissional”; 2013; consultado em: <http://www.nursing.pt/entre-a-teoria-e-a-pratica-desenvolvimento-de-competencias-no-ensino-clinico-deintegracao-a-vida-profissional/>
16. B-Simple; consultado em: <https://www.b-simple.pt/>
17. Cordeiro, Andreia; A contribuição da gestão da inovação de fornecedores de serviços especializados nos prestadores de serviços médicos – caso Glintt”; 2016; consultado em: <https://core.ac.uk/download/pdf/143397204.pdf>
18. Pacheco, Sónia; “Relatório de estágio profissional”; 2016; consultado em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3920/1/F%20EP1%20%20-%20S%C3%B3nia%20Pacheco.pdf>
19. Paiva Ribeiro, Olivério e outros; Revista *Millenium*; Qualidade dos Cuidados de Saúde; 2008 – consultado em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/508>
20. Ordem dos Enfermeiros; Código Deontológico; 2015 - consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
21. Martins, Maria e outros; Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento; 2016 – consultado em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt)
22. Ordem dos Enfermeiros; Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva; 2018 – consultado em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)

23. Fachada, Joana; Relatório de Estágio: Oportunidades Multiculturais na Melhoria de Competências – Gestão e Liderança em Enfermagem; 2017 – consultado em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21626/1/Relat%C3%B3rio%20Joana%20Fachada.pdf>
24. Ordem dos Enfermeiros; Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem; 2014 – consultado em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
25. Potra, Teresa e outros; Liderança dos Chefes de Equipa: Contributo para o Desenvolvimento de Competências Emocionais dos Enfermeiros; 2017 – consultado em:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/8c3c/bc97d94a883caad6f89f8ff1b23a0efc1017.pdf>
26. Alves, José e outros; A Inteligência Emocional em Enfermeiros Responsáveis por Serviços Hospitalares; 2012 – consultado em:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200004)
27. Gonçalves, Maria; Dissertação de Mestrado: Estilos de Liderança – Um Estudo de Auto-Perceção de Enfermeiros Gestores; 2008 – consultado em:  
<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1063/2/marianarcisagoncalves.pdf>
28. Roxo, Ana e Gonçalves, Sara; Revisão Sistemática da Literatura: Impacto da Liderança na Satisfação das Equipas de Enfermagem; 2016 – consultado em:  
<https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1022/1/RSI%20-%20Impacto%20da%20Lideran%C3%A7a%20na%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20das%20Equipas%20de%20Enfermagem.pdf>
29. Sanhudo, Nádia; Liderança em Enfermagem; 2020 – consultado em:  
<https://www.ufjf.br/admenf/files/2020/03/Aula-3-Aula-de-lideran%C3%A7a.pdf>
30. Costa, Sandra; Relatório de Estágio; 2014 – consultado em:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19672/1/Vers%C3%A3o%20Final%20%20Tese%20Mestrado%20Sandra%20Costa%2019MAI2014.pdf>

31. Gomes, Luís; Relatório de Estágio: Cuidar Especializado à Pessoa em Situação Crítica: Um Percurso até à Especificidade da Cirurgia Cardíaca; 2019 – consultado em:  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28848/1/Relat%c3%b3rio%20Final\\_Lu%c3%ads%20Gomes.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28848/1/Relat%c3%b3rio%20Final_Lu%c3%ads%20Gomes.pdf)
32. Leite, Mauro e outros; Manual para cuidadores informais de idosos; 2005; consultado em:  
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO087.pdf>
33. Wikipédia; “Síndrome de negligência unilateral”; consultado em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Neglig%C3%Aancia\\_unilateral](https://pt.wikipedia.org/wiki/Neglig%C3%Aancia_unilateral)
34. Loureiro, Clara; Técnicas de reabilitação na inatenção hemiespacial seletiva”; 2002; consultado em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v16n1/v16n1a09.pdf>
35. Mesquita, Edgar; “Heminegligência: influência dos processos pré-atencionais no fenómeno da extinção e contributos para a reabilitação”; 2007; consultado em:  
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0385.pdf>
36. Instituto de Apoio e Desenvolvimento; 2016; consultado em:  
<http://www.itad.pt/blog/hemisferio-direito/>
37. Saraiva, Cátia; Impacto da Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa com Derrame Pleural; 2017 – consultado em:  
[https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4795/1/CatiaDanielaFigueiredoSaraiva\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4795/1/CatiaDanielaFigueiredoSaraiva_DM.pdf)
38. Assis, Larissa; Proposta de Protocolo para Assistência de Enfermagem ao Paciente com Dreno de Tórax; 2014 – consultado em:  
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173563/Larissa%20Louren%C3%A7o%20Campos%20de%20Assis%20-%20EMG%20-%20tcc.pdf?sequence=1>

39. Ribeiro, Christiane; Enfermagem Ilustrada: O Derrame Pleural e sus Tipos; 2020 – consultado em:  
<https://enfermagemilustrada.com/o-derrame-pleural-e-seus-tipos/>
40. Martins, José e outros; Cuidados de Enfermagem ao Doente com Traqueostomia; 2000 – consultado em:  
[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2045&id\\_revista=5&id\\_edicao=19](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2045&id_revista=5&id_edicao=19)
41. Direção Geral da Saúde; Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto; 2016- consultado em:  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
42. Direção Geral da Saúde; Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica; consultado em:  
<https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-intervencao-cardiologica-pdf.aspx>
43. Lima, Vivian e outros; Cuidados de Enfermagem ao cliente pós-angioplastia transluminal coronariana; 2019; consultado em:  
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13103a236601p732-742-2019>
44. Atlas da Saúde; Doença das artérias coronárias afeta 10 mil portugueses por ano; 2018; consultado em:  
<https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/doenca-das-artérias-coronarias-afeta-10-mil-portugueses-por-ano>
45. Ferreira, Rui; Direção Geral da Saúde; Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015; 2015; consultado em:  
<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-20152.aspx>

46. Macedo, Filipe; Revista Mais Vida; 2020; consultado em:  
[https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/2020-07/revista-mais-vida-cuf-25\\_FINAL.pdf](https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/2020-07/revista-mais-vida-cuf-25_FINAL.pdf)
47. Site My Cuf; Angioplastia no tratamento do enfarte do miocárdio; 2020; consultado em:  
<https://www.cuf.pt/mais-saude/angioplastia-no-tratamento-do-enfarte-do-miocardio>
48. Hemodiálise; Visto em Wikipédia, a enciclopédia livre; Wikimedia Foundation; 2020 - consultado em:  
<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hemodi%C3%A1lise&oldid=58278358>
49. Marques, Joana; Relatório de Estágio: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Renal Aguda Submetida a Técnicas Dialíticas Intermitentes em UCI; 2011 – consultado em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15839/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio-%20Joana%20Marques.pdf>
50. Wikipédia; Gangrena de Fournier; consultado em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Gangrena\\_de\\_Fournier](https://pt.wikipedia.org/wiki/Gangrena_de_Fournier)
51. Wikipédia; Jean Alfred Fournier; consultado em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Jean\\_Alfred\\_Fournier](https://pt.wikipedia.org/wiki/Jean_Alfred_Fournier)
52. Dornelas, Marilho e outros; Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação; 2012; consultado em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n4/22.pdf>
53. Souza e outros; Assistência de Enfermagem ao portador de síndrome de Fournier: uma pesquisa integrativa; 2019; consultado em:  
[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407\\_140735.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140735.pdf)
54. Escala de Coma de Glasgow; Visto em Wikipédia, a enciclopédia livre; Wikimedia Foundation; 2020 - consultado em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_coma\\_de\\_Glasgow](https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_coma_de_Glasgow)

55. Escala de Agitação e Sedação de Richmond; Visto em Wikipédia, a enciclopédia livre; Wikimedia Foundation; 2020 - consultado em:  
[https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_agita%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_seda%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Richmond](https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_agita%C3%A7%C3%A3o_e_seda%C3%A7%C3%A3o_de_Richmond)
  
56. Morete, Márcia e outros; Tradução e Adaptação Cultural da Versão Portuguesa (Brasil) da Escala de Dor *Behavioural Pain Scale*; 2014 - consultado em:  
<https://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>
  
57. Paiva, José; *Bundles: a new language and a new methodology*; 2015 – consultado em:  
[https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/jorn2015-japaiva\\_bundles\\_mesmo-7-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/jorn2015-japaiva_bundles_mesmo-7-pdf.aspx)

## **9. ANEXOS**

**ANEXO I – Projeto de Estágio “Estágio Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica”**

**ANEXO II – Guia para pessoas traqueostomizadas**

**APÊNDICE 7 - Guia de Cuidados à Pessoa com Traqueostomia**

#### SINAIS DE ALERTA

- Dificuldade em engolir os alimentos
- Engasgar-se frequentemente
- Acessos de tosse frequentes
- Dificuldade respiratória  
(que pode ter associada respiração ruidosa)
- Hemorragia

#### Contactos telefónicos úteis:

- Linha Saúde 24h: 808 24 24 24
- Linha Nacional de Emergência: 112

#### Bibliografia

- Direção Geral da Saúde, "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto", 2016, consultado em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- Faria, Carla e outros, "Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador", 2009, consultado em: <https://www.onco.news/guia-de-orientacao-para-o-ensino-ao-doente-traqueostomizado-cuidador/>
- "Cuidados de Enfermagem com Traqueostomia", consultado em: <https://atualizacursos.com.br/blog/cuidados-de-enfermagem-com-traqueostomia/>
- Vatandoust, S e outros, "The efficacy of education film on quality of life and satisfaction in patient with tracheostomy", 2014, consultado em: <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-3115-en.pdf>
- Lynch, James e outros, "Improving tracheostomy care: measuring patient satisfaction over time using the hospital consumer assessment of healthcare providers and systems (hcahps) tool", 2020, consultado em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30121-1/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30121-1/fulltext)

## GUIA de ORIENTAÇÃO para PESSOAS com TRAQUEOSTOMIA

Elaborado por Susana Andrez

Sob orientação de:

- Profª Drª Patrícia Pontífice Sousa

- Enfª Rute Jesus

#### **O QUE É A TRAQUEOSTOMIA?**

Segundo a Direção Geral da Saúde é uma ostomia respiratória que é realizada por técnica cirúrgica. Consiste na abertura temporária ou permanente da traqueia, para criar um acesso direto às vias respiratórias.

#### **BENEFÍCIOS DA TRAQUEOSTOMIA:**

- Conforto da pessoa;
- Facilita a mobilidade da pessoa;
- Permite a alimentação oral da pessoa;
- Facilita a ventilação.

#### **QUE ALTERAÇÕES A PESSOA COM TRAQUEOSTOMIA PODE APRESENTAR?**

- Numa fase inicial pode ocorrer tosse ou irritação após a traqueostomia;
- Numa fase inicial pode não conseguir falar;
- Numa fase transitória, pode surgir diminuição do olfato.

#### **CUIDADOS GERAIS**

- Deve limpar a cânula com água e sabão líquido neutro e escovilhão apropriado;
- Deve esterilizar a cânula (conforme orientações do fabricante);
- Deve lavar e secar a pele circundante com a solução indicada pela equipa de referência, impedindo a entrada de água;
- Deve hidratar a pele circundante com um creme hidratante hidrossolúvel;
- Deve aplicar uma compressa entre a cânula e a pele circundante de forma a acolchoar e a manter a pele sempre limpa e seca;
- Deve assegurar uma correta fixação da cânula (habitualmente com cintas ajustadas na nuca) para evitar que a cânula se mova ou se exteriorize por completo.

#### **HIGIENE PESSOAL**

Durante o banho deve colocar um protetor de plástico no pescoço cobrindo a cânula de traqueostomia.

#### **ALIMENTAÇÃO**

- Numa fase inicial pode ser necessário o apoio de enfermagem e terapia da fala para auxiliar na deglutição.
  - Pode comer todos os géneros de alimentos. Deve aconselhar-se por um nutricionista.
- Contudo, pode seguir as seguintes sugestões:
- \* Deve manter-se sentado enquanto decorre a refeição;
  - \* Deve comer lentamente;
  - \* Deve cortar os alimentos em porções pequenas de modo a simplificar a mastigação e a deglutição;
  - \* Deve mastigar bem antes de engolir os alimentos;
  - \* Deve manter-se hidratado;
  - \* Deve evitar utilizar palhinha, pela dificuldade acrescida que terá em sorver os líquidos do copo;
  - \* Se sair alimentos pelo orifício da cânula, interrompa a refeição e dirija-se de imediato ao hospital.

#### **COMUNICAÇÃO**

- Numa fase inicial pode não ser possível a comunicação verbal;
- Numa fase inicial pode ser necessário o apoio de terapia da fala para auxiliar na comunicação;
- Se antes de a traqueostomia ser realizada tinha capacidade de falar, as cordas vocais continuam mantidas. Nessa circunstância, quando necessitar falar, deve tapar a saída da cânula com o dedo para emitir voz;
- Se não for possível falar, pode comunicar por escrita (utilizar caneta e papel), gestos ou expressões faciais, como um sorriso, por exemplo.

#### **HUMIDIFICAÇÃO**

- A respiração é feita pelo nariz e pela boca, onde o ar é filtrado, aquecido e humidificado antes de chegar à traqueia e aos pulmões.
- Com a traqueostomia o ar vai direto para a traqueia e, posteriormente, para os pulmões.
- A traqueia situa-se abaixo da nasofaringe, por conseguinte, abaixo da região que aquece e humidifica o ar. Sendo assim, essa humidificação não ocorre de forma natural e, no caso de a pessoa receber oxigénio suplementar, o ar inspirado será ainda mais frio e seco.
- Quando a humidificação do ar não acontece corretamente, as secreções tornam-se mais espessas e será mais difícil eliminá-las através da tosse.
- De forma a melhorar a qualidade do ar:
  - \* Deve utilizar aerossóis (se indicado pela equipa de referência);
  - \* Deve respirar vapor de água pela traqueostomia;
  - \* Deve evitar o aquecimento do ambiente no inverno;
  - \* Deve evitar o ar condicionado no verão que torna o ar mais seco.

**APÊNDICE 8** – Projeto da Prática Clínica II - Estágio Final em Contexto de  
Serviço de Urgência



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO de ESTÁGIO FINAL e RELATÓRIO  
(PROJETO INDIVIDUAL de APRENDIZAGEM)

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, novembro de 2020



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO de MESTRADO**  
**de ESPECIALIZAÇÃO em ENFERMAGEM MÉDICO-**  
**CIRÚRGICA**  
**- PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA -**

PROJETO de ESTÁGIO FINAL e RELATÓRIO realizado por:

Susana Cristina da Silva Andrez

Nº192019013

Orientação Docente:

Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Orientação Clínica:

Senhora Enfermeira Inês Monteiro

(Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Lisboa, novembro de 2020

## **LISTA de ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS e SIGLAS**

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

HLL – Hospital da XXXXXXXXXX

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

AUA – Atendimento Urgente de Adulto

UCPL – Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

# ÍNDICE

1 - NOTA INTRODUTÓRIA	1
2 – DESENVOLVIMENTO	2
2.1 – FUNDAMENTAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO	2
2.2 – OBJETIVO GERAL	4
2.3 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2.4 – INDICADORES	4
2.4.1. – INDICADORES DE PROCESSO	5
2.4.2. – INDICADORES DE RESULTADO	6
3 – NOTA FINAL	7
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
5 – ANEXOS	9

## ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ANEXO 2 - ANÁLISE SWOT para a exposição do póster “Satisfação do Cliente em Situação Crítica com o Cuidado em Enfermagem” junto da Equipa de Enfermagem do Atendimento Urgente de Adulto do Hospital da [REDACTED]

## 1 – NOTA INTRODUTÓRIA

A frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (UCPL), no âmbito do Estágio Final, levou à elaboração do presente projeto.

Na perseguição do desejo de aumentar o saber surgiu a vontade de aprender mais para cuidar ainda melhor de quem precisa.

Sendo a Enfermagem a representação fiel do cuidar do ser humano, permite-lhe o respeito, a defesa e a promoção dos direitos da pessoa cuidada.

Um projeto de pesquisa, segundo Kovalski<sup>1</sup>, apresenta uma série de funções importantes: pode constituir uma "carta de intenções" através da qual o pesquisador apresenta a sua proposta; pode configurar o retrato de uma pesquisa em desenvolvimento; pode transformar-se num precioso instrumento para o diálogo científico e académico; pode configurar um instrumento importante para a elaboração de ideias e para auto-esclarecimento de quem o produz; pode funcionar como um eficaz roteiro de trabalho ou instrumento de planeamento; pode desempenhar o importante papel de um instrumento que direciona a pesquisa, entre outras funções importantes.

No próximo capítulo, pretende-se apresentar, então, essa “carta de intenções” de uma forma explícita, tendo sempre presente a mudança e a receptividade de novas propostas como na realidade um projeto se caracteriza. Com a convicção de que ao longo do futuro longo percurso que se adivinha haverá muitas paragens em “estações” e “apeadeiros” onde se cruzarão pessoas que jamais serão esquecidas.

## **2- DESENVOLVIMENTO**

Na elaboração deste projeto de estágio pretende-se:

- Aprofundar competências na elaboração de um projeto;
- Definir objetivos a atingir durante a prática clínica;
- Elaborar a planificação das atividades a desenvolver, servindo como guia orientador para o estágio.

Este documento pretende descrever, de modo breve, o planeamento das várias etapas da prática clínica que servirá como instrumento de orientação e avaliação, favorecendo a autoanálise e fomentando o percurso de aprendizagem, no sentido de conquistar competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Esta última prática clínica insere-se na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem do ICS da UCPL. Terá início em 6 de novembro de 2020, no Atendimento Urgente de Adulto (AUA) do Hospital [REDACTED] (HLL) estando previsto terminar em 19 de dezembro de 2020 – num total de 180 horas.

### **2.1. – FUNDAMENTAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO**

Em primeiro, importa enunciar as competências comuns do Enfermeiro Especialista:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.<sup>2</sup>

Por outro lado, e conforme referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE): “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.<sup>3</sup>

Neste sentido, o “Estágio Final e Relatório” no AUA do HLL visa o desenvolvimento de competências especificamente relacionadas com a pessoa na condição de situação crítica - Regulamento OE nº429:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de 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.<sup>3</sup>

Paralelamente, com base nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, pretende-se igualmente ajudar a precisar o papel do Enfermeiro junto dos clientes.<sup>4</sup> Destaca-se, portanto, o enunciado descritivo “A satisfação do cliente”:

***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”<sup>4</sup>***

Identificam-se como componentes relevantes da satisfação dos clientes, relacionada com os métodos de prestação de cuidados de Enfermagem, entre outros:

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia na interação com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento das pessoas significativas do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do Enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.<sup>4</sup>

## 2.2. OBJETIVO GERAL

Este projeto é, portanto, a descrição de um processo que se pretende ser realizado com e para as pessoas.

Nesse sentido, o objetivo geral deste estágio é:

**Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência.**

## 2.3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estágio são:

**1º OBJETIVO ESPECÍFICO - Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência.**

**2º OBJETIVO ESPECÍFICO - Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Urgência na área da satisfação do cliente.**

## 2.4.INDICADORES

Como referido pelo Instituto Camões, a “identificação de indicadores é de grande utilidade na medida em que evidencia como se vão alcançando os objetivos e os resultados” no prisma da elaboração de um projeto.<sup>5</sup>

Um indicador é reconhecido, então, como a tradução de informação “objetiva, representativa e comparável sobre os recursos utilizados e os fins alcançados” e, desta forma permite compreender a distância que o projeto se situa dos objetivos e resultados previamente identificados.<sup>5</sup>

Pretende-se que os indicadores sejam “de natureza o mais simples possível e de fácil mensuração, evitando assim uma eventual ambiguidade na análise dos mesmos”.<sup>5</sup> Inclusivamente, o mesmo autor sublinha a importância de o número de indicadores ser reduzido ao essencial, verificando a

sua utilidade nesta limitação.<sup>5</sup> Finalmente, este autor identifica a importância que “será também relevante ter em consideração a facilidade da mensuração dos dados e a sua elasticidade relativamente a alterações no projeto”.<sup>5</sup>

#### 2.4.1.INDICADORES DE PROCESSO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE PROCESSO
<p><b>1.Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisar na literatura científica atual sobre as diferentes valências abordadas em Urgência;</li> <li>- Leitura de normas protocolos;</li> <li>- Realizar o processo de Enfermagem com a identificação de diagnósticos de Enfermagem;</li> <li>- Agir em conformidade mediante o diagnóstico que foi levantado;</li> <li>- Desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.</li> </ul>
<p><b>2.Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Urgência na área da satisfação do cliente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de uma <i>Scoping Review</i> sobre quais os fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem;</li> <li>- Estruturação de um Póster e Artigo representativos dos resultados encontrados;</li> <li>- Divulgação dos resultados da pesquisa realizada através da divulgação do Póster e do Artigo desenvolvidos;</li> <li>- Contribuição de forma informal na sensibilização de cuidados de Enfermagem que promovam a satisfação do cliente.</li> </ul>

## 2.4.2.INDICADORES DE RESULTADO

Com os indicadores de resultado pretende-se demonstrar os efeitos do projeto, no campo de atuação definido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE RESULTADO
<b>1.Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presta cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, com suporte na evidência científica;</li> <li>- Realiza reflexão crítica da prática clínica, segundo o ciclo de Gibbs;</li> <li>- Apresentação do Portefólio de estágio;</li> <li>- Valida aquisição de conhecimentos através da auto e heteroavaliação.</li></ul>
<b>2.Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Urgência na área da satisfação do cliente.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aceitação por parte da Enfermeira Orientadora acerca da utilidade da temática;</li> <li>- Aceitação por parte da Enfermeira Chefe acerca da utilidade da temática;</li> <li>- Aceitação por parte da Equipa de Enfermagem acerca da utilidade da temática;</li> <li>- Promoção de formação contínua da Equipa de Enfermagem através da divulgação dos resultados obtidos acerca da temática;</li> <li>- Promoção da reflexão entre os Enfermeiros sobre a importância da temática;</li> <li>- Partilha dos resultados da <i>Scoping Review</i> através de um Póster;</li> <li>- Publicação de artigo – <i>Scoping Review</i>, acerca da temática;</li> <li>- Realização do Relatório Final, onde será dada visibilidade do trabalho desenvolvido.</li></ul>

### **3. – NOTA FINAL**

A elaboração deste projeto teve como principal intenção, a exposição da forma como o “Estágio Final e Relatório” se desenrolará, bem como a delimitação dos objetivos que se pretendem atingir com o mesmo.

Este projeto não pretende ter um perfil rígido e definitivo, mas sim flexível e suscetível a alterações, tendo sempre presente a temática Satisfação do Cliente acerca dos Cuidados de Enfermagem Prestados.

A realização desta prática clínica irá de encontro às minhas necessidades profissionais, com o desejo de adquirir experiências que me enriquecerão como pessoa e, na medida em que se pretende adquirir competências exigidas enquanto Enfermeira Especialista. A comunhão de informação é uma mais valia para a profissão de Enfermeira bem como para cada um individualmente.

#### 4. – BIBLIOGRAFIA

1. Projeto de pesquisa - consultado em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto\\_de\\_pesquisa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Projeto_de_pesquisa)

2. Diário da República, 2ªsérie- Nº26, 6 de fevereiro de 2019 – consultado em:

[https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte\\_filter=33&dreId=119190226](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/119236195/details/maximized?parte_filter=33&dreId=119190226)

3. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - nº429/2018 de 16 de julho – consultado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

4. Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade – consultado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

5. Indicadores de Processo – consultado em:

[https://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/financprojts\\_peded10.pdf](https://www.institutocamoes.pt/images/cooperacao/financprojts_peded10.pdf)

6. Freitas, e outros - Revista “Percurso”, nº15, janeiro-março 2010 – consultado em:

[http://web.ess.ips.pt/Percurso/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percurso/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

## 5 – ANEXOS

## **ANEXO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**



**ANEXO 2** – ANÁLISE *SWOT* para a exibição do póster “Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem: uma *Scoping Review*”

<p>Exibição do póster  “Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de enfermagem: uma Scoping Review” à Equipa de Enfermagem do AUA do HLL.</p>	<p><b>FRAQUEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexperiência na área de Cuidados em Serviço de Urgência;</li> <li>- Introversão pessoal.</li> </ul>	<p><b>FORÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivação da estudante na integração no serviço;</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com a Professora Orientadora;</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Orientador;</li> <li>- Diálogo e esclarecimento de dúvidas com o Enfermeiro Chefe do serviço;</li> <li>- Disponibilidade de materiais.</li> </ul>
	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação de quais os fatores que podem influenciar a <b>satisfação do cliente</b> sobre os cuidados de Enfermagem em contexto crítico, resultantes da <i>Scoping Review</i>;</li> <li>- Com a divulgação dos resultados da <i>Scoping Review</i>, os Enfermeiros terão maior perceção sobre a prática clínica.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>PADRÕES DE QUALIDADE DA OE</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ENUNCIADOS DESCRITIVOS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>SATISFAÇÃO DO CLIENTE</p>	<p><b>AMEAÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recetividade da temática por parte da Equipa de Enfermagem.</li> </ul>

**APÊNDICE 9 – Apresentação do Projeto de Estágio em Contexto de Serviço de  
Urgência**

13º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica  
18 novembro 2020

Mestranda: Susana Andrez

Orientação Docente: Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Orientação Clínica: Senhora Enfermeira Inês Monteiro (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)



Projeto  
de Estágio Final  
e Relatório



A equipa de Enfermagem é quem está presente junto da pessoa em situação crítica ininterruptamente, sendo, portanto, quem estabelece o principal vínculo entre o cliente e a instituição.

Com o conhecimento de quais os fatores que podem influenciar a satisfação do cliente sobre os cuidados de Enfermagem em contexto crítico, os Enfermeiros terão maior perceção sobre a sua prática clínica.


Como ponto de partida para esta temática, foram tomados em consideração os *Enunciados Descritivos* da qualidade do exercício profissional de Enfermagem, defendidos pela Ordem dos Enfermeiros.



Das seis categorias que integram os Enunciados Descritivos, a Satisfação do Cliente é a primeira categoria enunciada e defende que:

"Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes" (1).





Quais os fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem?

Pergunta de Partida

PADRÕES de  
QUALIDADE

“São elementos importantes da satisfação dos clientes (...), entre outros: o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.” (1)

TEORIA do  
CONFORTO

“Os doentes que se sentem mais confortáveis ficam mais fortalecidos, conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos inerentes ao processo de cura, adaptam-se melhor às limitações resultantes da sua doença, recuperam mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, comparativamente aos que se sentem desconfortáveis.” (2)

TEORIA das  
TRANSIÇÕES

“Os Enfermeiros (...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam e quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença” (3)



## OBJETIVO GERAL

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência

### 1.º Objetivo Específico

Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência

### 2.º Objetivo Específico

Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Urgência na área da satisfação do cliente



**Campo de Estágio:  
Atendimento Urgente de Adulto  
do Hospital da Luz de Lisboa**

**Serviço de Urgência Polivalente de Gestão Privada**

**Escala de Triage Australiana**

Ao primeiro nível corresponde uma observação imediata e ao último nível observação em 120 minutos (4)

**Circuito Respiratório**

Na admissão, os clientes "com sintomas respiratórios ou potencialmente portadores de COVID 19 são triados para o circuito respiratório, totalmente separado dos restantes setores do hospital". (5)

**Circuito Geral**

Na urgência geral são observadas "todas as outras situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais". (6)



### 1.º Objetivo Específico

Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência

- Pesquisar na literatura científica atual sobre as diferentes valências abordadas em Urgência;
- Leitura de normas protocolos;
- Realizar o processo de Enfermagem com a identificação de diagnósticos de Enfermagem;
- Agir em conformidade mediante o diagnóstico que foi levantado;
- Desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Indicadores de Processo

Indicadores de Resultado

- Presta cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, com suporte na evidência científica;
- Realiza reflexão crítica da prática clínica, segundo o ciclo de *Gibbs*;
- Apresentação do Portefólio de estágio;
- Valida aquisição de conhecimentos através da auto e heteroavaliação.

## 2.º Objetivo Específico

Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Urgência na área da satisfação do cliente

- Realização de uma *Scoping Review* sobre quais os fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com os cuidados de Enfermagem;

- Estruturação de um Póster e Artigo representativos dos resultados encontrados;

- Divulgação dos resultados da pesquisa realizada através da divulgação do Póster e do Artigo desenvolvidos;

- Contribuição de forma informal na sensibilização de cuidados de Enfermagem que promovam a satisfação do cliente.

### Indicadores de Processo

### Indicadores de Resultado

- Aceitação por parte da Enfermeira Orientadora acerca da utilidade da temática;

- Aceitação por parte da Enfermeira Chefe acerca da utilidade da temática;

- Aceitação por parte da Equipa de Enfermagem acerca da utilidade da temática;

- Promoção de formação contínua da Equipa de Enfermagem através da divulgação dos resultados obtidos acerca da temática.

- Promoção da reflexão entre os Enfermeiros sobre a importância da temática;

- Partilha dos resultados da *Scoping Review* através de um Póster;

- Publicação de artigo – *Scoping Review*, acerca da temática;

- Realização do Relatório Final, onde será dada visibilidade do trabalho desenvolvido.



Em conclusão, enuncia-se uma frase de um autor muito interveniente na qualidade dos cuidados de saúde:  
**"The secret of quality is love"**  
Avedis Donabedian (7)





(1) Ordem dos Enfermeiros; Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; 2001 – consultado em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

(2) Gonçalves, Teresa; Relatório de Estágio “O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem”; 2017 – consultado em:

[https://comum\\_rcaap.pt/bitstream/10400.26/27941/1/Relatorio%20de%20Estagio%20TGon%C3%A7alves\\_FINAL%204.pdf](https://comum_rcaap.pt/bitstream/10400.26/27941/1/Relatorio%20de%20Estagio%20TGon%C3%A7alves_FINAL%204.pdf)

(3) Andrade, Carmen; Relatório de Estágio “Membro da família prestador de cuidados : um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel”; 2014 – consultado em:

<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15493>

(4) Moreira Cátia, “Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?”, 2010, consultado em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>

(5) Link Hospital da Luz; consultado em:

<https://www.hospitaldaluz.pt/pt/hospital-da-luz/comunicacao/noticias/15198/hluz-arrabida-covid-19-atendimento-urgente-seguro>

(6) Direção Geral da Saúde; “Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência”; 2001; consultado em:

<https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

(7) Consultado em:

<https://twitter.com/venkbellamkonda/status/882774640627769344>

**APÊNDICE 10** – 1ª Reflexão Crítica da Prática Clínica II - Estágio Final em  
Contexto de Serviço de Urgência

# 1ª REFLEXÃO CRÍTICA - ESTÁGIO FINAL e RELATÓRIO

## ATENDIMENTO URGENTE DE ADULTO HOSPITAL [REDACTED]

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, novembro de 2020

**CURSO de MESTRADO**  
**de ESPECIALIZAÇÃO em ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**- PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA -**

1ª REFLEXÃO CRÍTICA - ESTÁGIO FINAL e RELATÓRIO

ATENDIMENTO URGENTE DE ADULTO  
HOSPITAL [REDACTED]

Susana Cristina da Silva Andrez

Nº192019013

Orientação Docente:

Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Orientação Clínica:

Senhora Enfermeira Inês Monteiro

(Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Lisboa, novembro de 2020

## **LISTA de ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS e SIGLAS**

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

HLL – Hospital XXXXXXXXXX

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

AUA – Atendimento Urgente de Adulto

UCPL – Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

SO – Sala de Observação

As palavras têm o poder de ferir e de sarar. Quando elas são boas, têm o poder de mudar o mundo.

Buda

## ÍNDICE

1 – PRÁTICA REFLEXIVA EM ENFERMAGEM _____	1
2 – A MINHA REFLEXÃO _____	3
3 – ENQUADRAMENTO DE CONCEITOS _____	7
3.1 – COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS – PAPEL DA ENFERMAGEM _____	7
3.2 – COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS – PONDERAÇÕES ÉTIC _____	9
3.2 – COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS – PRÁXIS EQUITATIVA _____	11
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	14
5 – BIBLIOGRAFIA _____	15

## 1. PRÁTICA REFLEXIVA EM ENFERMAGEM

Ao me propor realizar uma reflexão acerca da minha prática clínica considero importante descrever antes de que se trata a prática reflexiva.

Miranda, ao citar Santos, defende que “A Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de Enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas”.<sup>1</sup>

Deste modo, “este exercício permite ao profissional reflexivo reavaliar as suas intervenções, tentando compreender o impacto que as suas ações têm no Outro e em Si, produzindo significados e aprendizagens significativas para as situações reais com as quais este se depara diariamente na sua prática. O Enfermeiro recorre ao conhecimento declarativo para melhor sustentar as suas análises, mas transforma-o na sua mente misturando-o com a sua própria experiência, ou seja, atribui-lhe um significado próprio”, acrescenta Miranda quando se refere a Santos.<sup>1</sup>

Peixoto e Peixoto, amparam a tese de que “(...) a prática reflexiva corresponde às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão”.<sup>2</sup> E, portanto, caracterizam o termo reflexão “(...) como uma resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia”.<sup>2</sup>

Os mesmos autores concordam que “(...) a reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem (...)”, em que apoia “(...) os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas (...)”.<sup>2</sup>

Pereira-Mendes adita que o “exercício reflexivo não se reduz ao relembrar, importa encontrar os significados de determinada situação para os intervenientes”.<sup>3</sup> E, acrescenta que, “parte de uma inquietação no estar e agir, que assumem despertar e capacitar para novas propostas ou possibilidades de intervenção. No limite este exercício tem sempre um foco de atenção o cliente de enfermagem ou o que transforma determinada pessoa num cliente de enfermagem”.<sup>3</sup>

O mesmo autor insiste que o que se pretende na prática reflexiva é a compreensão do que se fez e como se fez.<sup>3</sup> E, desta forma, acrescenta que “os participantes procuram, pela exploração das experiências vividas, a compreensão das práticas de cuidados e do conhecimento que as sustenta. Verificam que um pensamento estruturado, fruto desta compreensão, é o que na prática de cuidados dá visibilidade às competências, no domínio específico da área científica de Enfermagem”.<sup>3</sup>

Pereira-Mendes aponta o Ciclo Reflexivo de Gibbs como o “(...) instrumento metodológico, que sustenta o exercício reflexivo (...)”, e que permite ser “(...) facilitador no processo de construção reflexiva”.<sup>3</sup> Desta forma, a “(...) competência reflexiva cresce e contamina positivamente o seu exercício clínico. A possibilidade de conhecer aquelas que são as suas competências e limitações é entendida como securizante e reconfortante”.<sup>3</sup>

Conforme defende Fernandes, citado por Pereira-Mendes, “a reflexão sobre a experiência transforma-a e é esta transformação que lhe dá sentido, ajuda-a a extrair dela um conhecimento próprio e dinamiza a identidade dos participantes”.<sup>3</sup> Almonacid-Fierro e Moreno-Doña, igualmente citados por Pereira-Mendes, comprovaram que “o objetivo é que a reflexão permita repensar as suas experiências, de modo a contribuir para a construção do conhecimento profissional, isto é, estar ciente de sua própria ação (...)”.<sup>3</sup>

Concorda-se com Pereira-Mendes quando identifica a prática reflexiva como motivação para os estudantes se questionarem “(...) profundamente, a um exercício continuado de procura relativamente ao modo como agiram ou se sentiram, para chegarem ou se encontrarem com as respostas”.<sup>3</sup>

O que vai ao encontro do que Santos enuncia quando afirma que o “(...) desenvolvimento de competências reflexivas, tendo como pressuposto a reflexão, torna o profissional sabedor daquilo que faz, porque ao realizar uma análise retrospectiva consciente e intencional acerca do que aconteceu começa a compreender e a controlar a sua experiência”.<sup>4</sup>

Na ótica de Palmer, Burns e Bulman, citados por Santos, “(...) fazer reflexão em enfermagem é ter a visão de que as situações de cuidados são complexas, é decidir tentar compreender do que trata a enfermagem, é fazer o esforço de se auto-informar e fazer auto-avaliação assim como questionar a rotinização e a ritualização nos cuidados e fazer

esforços para mudar e desafiar a prática corrente. Implica, ainda na perspectiva do autor, explorarmo-nos a nós próprios, reflectindo nas nossas experiências, no sentido de nos tornarmos mais auto-informados e auto-avaliativos, fazendo da reflexão não só uma prática de pensamento, mas uma experiência de aprendizagem”.<sup>4</sup>

Admite-se, tal como Santos, que “um dos aspectos que distingue a reflexão de outros processos de saber é, talvez, a sua idiosincrasia: as reflexões de duas pessoas não são, provavelmente as mesmas”.<sup>4</sup>

Porém, Santos ao se referir a Burnard, observa “(...) a reflexão em contextos clínicos como oportunidade de olhar para a prática e tentar melhorá-la, tornando o profissional mais apto a fazer certo à primeira vez, da próxima vez, e mais sabedor daquilo que faz e como o faz”.<sup>4</sup>

## **2. A MINHA REFLEXÃO**

A prática clínica no AUA do HLL tem sido abonada em situações de aprendizagem, mas houve uma situação que me fez repensar a minha prática, pelo que resolvi ponderar um pouco sobre ela, compondo uma reflexão de aprendizagem.

Como ferramenta para a elaboração desta reflexão de aprendizagem, elegi a utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs, que se reparte em seis fases que nos fazem argumentar as ações que concretizamos e nos proporciona “(...) descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações”, conforme identifica Miranda.<sup>1</sup>

Conforme esclarece Gonçalves, o ciclo reflexivo de Gibbs foi concebido pelo professor Graham Gibbs, em 1988 e publicado no seu livro “*Learning by doing*” (Aprendendo fazendo).<sup>5</sup> De acordo com Gonçalves, “este ciclo é bastante útil, uma vez que pode ser utilizado na reflexão da <<Enfermagem prática>> e na correlação entre a prática e a linha de pensamento do profissional”.<sup>5</sup>

### **Fase 1 – Descrição**

Na primeira fase deste ciclo, o Enfermeiro do serviço de urgência tem que explicar o que se sucedeu, da forma o mais detalhada possível, sem tirar conclusões, conforme explica

Gonçalves.<sup>5</sup> Para tal deve ter sempre presente a seguinte pergunta, para atingir esse objetivo: “O que aconteceu?”, acrescenta o mesmo autor.<sup>5</sup>

De acordo com Santos, devem ser descritos os acontecimentos tal e qual foram percebidos.<sup>4</sup>

Durante a realização do estágio no AUA do HLL, tive a oportunidade de realizar alguns turnos na Sala de Observação (S.O.), tanto na secção de clientes do foro respiratório como não respiratório.

Concretamente o SO de clientes do foro não respiratório, é constituído por 8 unidades separadas por cortinas de tecido, e preconiza-se que a estadia dos clientes não seja superior a 24h. Desta forma, a privacidade física e emocional dos que aqui são cuidados torna-se um desafio para os profissionais de saúde.

E foi num desses turnos que me confrontei com uma situação de maior fragilidade não fosse já suficiente toda a conjuntura do espaço físico, da posição de vulnerabilidade e a situação pandémica que atravessamos.

Tratava-se de um cliente com cerca de 70 anos, que tinha sido internado no AUA por um quadro de dificuldade respiratória com uma semana de evolução, cujo diagnóstico de sars-cov-2 foi negatvado e que se significou num diagnóstico de derrame pleural direito. No momento do internamento foi realizada toracocentese evacuadora, ficando posteriormente com drenagem torácica em drenagem passiva. Posteriormente, o cliente realizou uma tomografia computadorizada torácica que revelou algo inesperado para o cliente.

Faltavam três semanas para o Natal e o cliente verbalizava a sua intenção de ir passar esta quadra com o único filho que vive no Algarve, ao mesmo tempo que descrevia carinhosamente os netos.

Passado pouco tempo de ter realizado a tomografia computadorizada torácica o médico de serviço nesse dia no AUA aproximou-se do cliente e, após se ter apresentado e ter explicado que viria revelar o resultado do exame, referindo desde logo que não tinha boas notícias.

E, ao mesmo tempo que utilizava palavras como “infelizmente” ou “lamento, mas”, revelou de imediato ao cliente que este tinha, pelas imagens do exame, “cancro do pulmão”.

## **Fase 2 - Descrição de Pensamentos e Sentimentos**

Santos defende que, nesta fase, devem ser descritos os sentimentos experienciados acerca do acontecimento.<sup>4</sup>

Gonçalves adita que nesta fase “o Enfermeiro tem que encorajar a exposição dos sentimentos vivenciados durante a experiência em estudo, tentando sempre evitar qualquer tipo de comentário ou conclusão. Para que esta fase seja corretamente realizada, o enfermeiro (...), deve tentar que respondam à seguinte pergunta: O que estou a pensar e a sentir?”.<sup>5</sup>

### **REVOLTA**

O estágio é sempre um tempo abonado em experiências de aprendizagem, em que nos encontramos fora da nossa zona de conforto, em que nesta prática clínica em particular me permitiu questionar o meu exercício quotidiano. Dessa forma, vi ressurgirem sentimentos como a insegurança, a dúvida, a crítica ou a curiosidade, perfeitamente justificáveis como quando iniciei a minha profissão, sentindo-me literalmente “iniciado” como distingue Benner.

O que senti, sei que não se compara nem um pouco ao que o cliente deve ter sentido. Mas, o que eu senti nesse instante foi o chão do S.O. a fugir dos meus pés. Como ser humano senti empatia pelo cliente entendendo que não é agradável receber uma má notícia, ainda mais num local ermo e vulnerável como é um serviço de urgência. Porém, rapidamente senti uma grande revolta dentro de mim ao mesmo tempo que se formava um turbilhão de pensamentos: porque o médico não organizou um espaço de maior privacidade? Porque o enfermeiro responsável pelo cliente não está aqui presente? E a família? E agora o Natal? O que importa?

### **TRISTEZA**

Fiquei triste, porque por melhores que sejam os nossos cuidados este cliente encontrar-se-á numa situação de finitude e fragilidade.

Como Enfermeira, apesar de desempenhar a profissão há 18 anos, assumo que mantenho dificuldade na gestão desta temática.

Porém, como estudante de Mestrado entendi que deveria procurar compreender qual deveria ser a minha atuação nessa conjuntura como parte integrante da equipa multidisciplinar.

### **Fase 3 – Avaliação**

O que é que se aprendeu a partir desse acontecimento, é a questão que Santos identifica nesta fase do Ciclo Reflexivo de Gibbs.<sup>4</sup>

Na terceira etapa do ciclo de Gibbs, a função do enfermeiro, passa por avaliar “(...) quais as abordagens que funcionaram e as que não funcionaram para a resolução do problema (...)”, fundamentado na pergunta: “O que foi bom e mau na experiência?”, segundo atesta Gonçalves.<sup>5</sup>

Considero, ainda assim, que esta foi uma situação positiva ao fazer-me questionar a minha prática como enfermeira.

No entanto, senti-me perturbada pelo cliente durante algum tempo, tempo esse em que poderia ter tido uma postura mais ativa e dinâmica no sentido de tentar dar apoio emocional naquele momento. Contudo, a conjuntura do serviço de urgência emergiu a transferência do cliente para o quarto da enfermaria, o que de certa forma dificultou alguma intervenção que fosse considerada no SO.

### **Fase 4 – Análise**

Na quarta fase do ciclo reflexivo de Gibbs, conforme explica Gonçalves, o enfermeiro tem que investigar o que está a estudar, tendo em consideração a pergunta “Que sentido podemos encontrar na situação?”.<sup>5</sup>

Apesar da circunstância exposta, admirei o comportamento do cliente que demonstrava tranquilidade ao mesmo que tempo que elaborava questões que demonstravam resiliência e força de vontade para ultrapassar esta condição. Demonstrava igualmente preocupação em transmitir (e a melhor forma de transmitir) à esposa que se encontrava lá fora na sala de espera.

Entendo que a melhor caracterização desta atitude do cliente está na descrição de Marques quando explica que “a representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca”.<sup>6</sup>

O mesmo autor, ao citar a Ordem dos Enfermeiros, acrescenta que “toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural”.<sup>6</sup>

### **Fase 5 – Conclusão**

Em concordância com Gonçalves, na fase da conclusão, o enfermeiro deve “(...) extrair conclusões do que aconteceu (...)” e motivar a equipa multidisciplinar a pensar na situação, tendo por suporte a pergunta “Que mais poderia ter feito?”.<sup>5</sup>

Foi fundamental para o meu desenvolvimento como ser humano bem como enfermeira, senti-me vulnerável e a situação em si revelou uma metamorfose em mim tornando-me mais humilde, mais zelosa às situações de transmissão de más notícias.

Esta situação com que me deparei veio enriquecer a forma como encaro a transmissão de más notícias, com o acréscimo que se desenrolou em contexto de serviço de urgência. Considero que o protocolo de SPIKES é útil e dirige mais valias na atuação junto do cliente, concordando com Santos.<sup>7</sup>

Achei particularmente interessante a forma exímia na disponibilidade demonstrada pelo médico em encontrar, junto com o cliente, a melhor estratégia de transmitir a notícia à esposa do cliente.

Paralelamente, foi distinta a forma como o médico promoveu a exteriorização dos sentimentos do cliente, permitindo igualmente espaços de total silêncio.

### **Fase 6 - Planeamento para situações futuras**

Finalmente, consoante explica Gonçalves, na fase deste ciclo a que chama “Planear a ação”, o Enfermeiro, com base na informação recolhida, deve delinear possíveis ações que a equipa multidisciplinar consiga utilizar no futuro para uma resolução mais eficaz do problema.<sup>5</sup>

Numa situação similar no futuro, como é que eu me comportaria?

Em situações futuras darei prioridade aos sentimentos do cliente, tentando apoiá-lo o melhor que puder. No fim, o que prevalece é o respeito pela dignidade da pessoa, respeitando a sua privacidade, fragilidade e vontade.

Na minha realidade profissional gostaria de sugerir uma adaptação semelhante do protocolo de SPIKES e, após debater com os meus pares, elaborar uma proposta perante a equipa multidisciplinar a sua execução, uma vez que acredito que após a exposição de literatura científica que ateste a sua eficácia no cuidado emocional do cliente nestas circunstâncias específicas.

### **3 - ENQUADRAMENTO DE CONCEITOS**

#### **3.1. - COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS – PAPEL DA ENFERMAGEM**

Concordo com Costa quando afirma que “a essência da Enfermagem é o cuidado, que depende da competência técnica e sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação”.<sup>8</sup> O mesmo autor acrescenta que “a comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem, intrínseco e essencial à profissão que possibilita o acesso à informação e o conhecimento e satisfação das necessidades do cliente/família, bem como o acesso do mesmo ao princípio da autonomia e ao consentimento informado, assegurando a sua satisfação e a confiança mútua”.<sup>8</sup> E, portanto, aceito a justificação de Costa quando refere que a comunicação está “(...) presente em todas as atividades do enfermeiro e constitui-se um componente vital e necessário para um cuidado humanizado”.<sup>8</sup>

Costa ampara a tese que a “(...) decisão sobre a gravidade da informação transmitida é determinada pelo cliente/ família que a recebe, mediante o impacto que tem na sua vida e as emoções que produz, dependendo estes aspetos das suas crenças, valores sociais, história de vida e contexto cultural”.<sup>8</sup> Ao mesmo tempo que adita que a “(...) informação que afeta negativamente as expectativas e perspectivas futuras do cliente/família destruindo esperanças e sonhos e com potencial para provocar uma mudança negativa na vida dos mesmos, é percebida como uma má notícia”. (8) Porém, mesmo no que diz respeito a más notícias, “(...) a informação é um dos principais aspetos que ajuda o cliente/família a

enfrentar a nova situação e reagir ao sentimento de descontrolo por ela causado”, conforme sublinha Costa.<sup>8</sup>

Por outro lado, fazendo referência à teoria das transições de Meleis, Costa explica que “(...) estas situações designam-se de transições saúde-doença, envolvem movimento e mudança e requerem a adoção e/ou adequação de estratégias facilitadoras no sentido de ultrapassar fatores que interagem negativamente e dar ênfase aos favoráveis, nomeadamente, durante os acontecimentos críticos das transições que correspondem ao momento da transmissão de informação e dizem respeito à consciencialização do diagnóstico, ao conhecimento das implicações futuras e à decisão”.<sup>8</sup>

Estou de acordo com Costa quando esclarece que o legado de más notícias “(...) é assim uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros e simultaneamente uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal, pois, de acordo com a investigação desenvolvida muitos fatores podem dificultar ou impossibilitar a comunicação eficaz”.<sup>8</sup>

E, por conseguinte, admito a explicação de Costa que afirma que “os enfermeiros devem gerir estes momentos recorrendo à utilização de estratégias de comunicação essenciais para prestar cuidados de qualidade. Contudo, a sua maioria transfere a responsabilidade de transmitir esta notícia ou transmite-a de modo negligenciado desconsiderando o seu impacto, nomeadamente, os sentimentos e reações associadas”.<sup>8</sup>

Noutra perspetiva, Santos declara que o conceito de má notícia “(...) designa qualquer informação transmitida ao doente ou aos seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na sua vida, nos padrões de vida do doente e nas suas expectativas”.<sup>7</sup>

Do ponto de vista de Borges, Freitas e Gurgel, citado por Santos, “má notícia é todo o tipo de informação que produz sensações desagradáveis”.<sup>7</sup>

Santos, ao citar Pereira, refere-se ao serviço de urgência como o local em que “são várias as situações que podem ser consideradas más notícias desde doenças incapacitantes, degenerativas, acidentes, a morte de um familiar ou de outra pessoa significativa, um internamento imprevisto, ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e

profissional”.<sup>7</sup> E acrescenta que “na perspectiva dos profissionais de saúde a má notícia surge maioritariamente associada a doença grave e a morte”.<sup>7</sup>

Santos defende, portanto, que “transmitir uma má notícia é assim uma tarefa de comunicação complexa, pois para além da componente verbal de transmitir a informação, ela também requer outras habilidades e competências. Estas incluem responder às reações emocionais dos doentes, o envolvimento na tomada de decisão, lidar com o stress criado pelas expectativas do doente, o envolvimento de múltiplos membros da família e o dilema de como dar esperança quando a situação é crítica”.<sup>7</sup>

De acordo com o estudo realizado por Toutin-Dias, Daglius-Dias e Scalabrini-Neto, mencionado por Santos, numa conjuntura de um serviço de urgência, “(...) a comunicação de más notícias na sua maioria acontece no primeiro contacto entre profissional de saúde e o doente/família”.<sup>7</sup> O mesmo estudo “(...) acrescenta que a falta de vínculo associado ao pouco tempo disponível para a comunicação bem como o facto de os profissionais não possuírem conhecimento prévio da situação do doente/família é uma particularidade do serviço de urgência que torna a comunicação de más notícias uma tarefa ainda mais desafiadora”.<sup>7</sup>

### **3.2. - COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS - PONDERAÇÕES ÉTICAS**

Em concordância com Santos, quando menciona Melo, a transmissão de más notícias adota “(...) um papel central na relação profissional de saúde/doente/família, onde a revelação de informação sobre o diagnóstico e prognóstico à pessoa doente e familiares continua a ser um tema duvidoso em que o princípio do respeito pela autonomia da pessoa doente e o seu direito à autodeterminação no que honra aos cuidados de saúde, entra em conflito com o respeito pelos princípios da beneficência e da não- maleficência”.<sup>7</sup>

Por outro lado, Santos menciona que “o direito à informação clínica, nomeadamente direito a ser informado ou não sobre a situação, os tratamentos, a evolução do estado clínico e o direito à autodeterminação em cuidados de saúde, têm a sua base em direitos fundamentais que estão protegidos constitucionalmente”.<sup>7</sup>

Nesse domínio, Santos esclarece que “a Lei de Bases de Saúde (Lei no 48/90 de 24 de Agosto) confere aos utentes o direito a ser informados sobre a sua situação clínica, as alternativas dos tratamentos e a evolução provável do seu estado. Também o direito à proteção da saúde está consagrado, na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde”.<sup>7</sup>

Concordo totalmente com Santos, quando cita Gonçalves, quando afirma que “ninguém gosta de transmitir más notícias, por ser uma tarefa complexa e geradora de grande stress e sofrimento, quer para a pessoa doente/família, quer para os profissionais de saúde que para além de necessitarem de estar preparados emocionalmente, ainda se deparam com questões éticas de quem, como, quando e o que comunicar”.<sup>7</sup> E acrescenta que a transmissão de más notícias “(...) causa perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, (...) gerando nos profissionais de saúde e sobreviventes, medos, ansiedades, sentimentos de inutilidade, de desconforto e desorientação, conduzindo muitas vezes a mecanismos de fuga nos profissionais”.<sup>7</sup>

Conforme a apreciação da Ordem dos Enfermeiros, referida por Santos, no que concerne à transmissão de más notícias, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser terapêutica e deve ter sempre como alicerce a dignidade do doente e seus familiares.<sup>7</sup>

Santos acresce ao papel do enfermeiro que este tem uma conduta determinante “(...) no processo da comunicação e na ajuda aos doentes para se prepararem para receber, compreender e lidar com a má notícia. Não podemos esquecer a relação que o enfermeiro estabelece com o doente e família, sendo o profissional que geralmente mais próximo está do doente sendo com ele, muitas vezes que o doente manifesta, as suas dúvidas e as suas inquietações”.<sup>7</sup>

Santos inclui que “(...) está explícito no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, onde o enfermeiro especialista gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; (...) gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e /ou falência orgânica”.<sup>7</sup>

Especificamente no que diz respeito à reflexão que efetuei acerca do incidente no AUA, Santos apoiado em Warnock et al. explica que “(...) é comum atribuir-se ao médico a responsabilidade de transmitir as más notícias embora ressalve que sendo a comunicação de más notícias vista como um processo e não só um momento, o papel do enfermeiro na transmissão de más notícias em contexto hospitalar passa por preparar o doente e família para a má notícia, identificar as suas necessidades de informação, promover a compreensão da mesma, bem como da sua situação de saúde esclarecendo dúvidas assegurando um apoio contínuo”.<sup>7</sup>

### **3.3. - COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS – PRÁXIS EQUITATIVA**

A transmissão de más notícias deve ser, segundo atesta Santos, “(...) adaptada a cada pessoa, de acordo com a sua individualidade respeitando as necessidades do doente e da sua família”.<sup>7</sup>

E, por conseguinte, “o que é dito e, acima de tudo, como é dito, é determinante para o seu bem-estar, uma vez que vai definir a forma como irá aceitar a informação e em caso de doença se vai ajustar a todo o processo de saúde/doença. A forma como a pessoa vivencia a notícia e se adapta é sem dúvida influenciado pela forma como é transmitida” de acordo com Friedrishsen, citado por Santos.<sup>7</sup>

Concretamente numa conjuntura de um serviço de urgência com as suas particularidades “(...) que tem como missão intervir em situações que refletem risco de vida para o doente, levando por isso a que os profissionais de saúde estejam focados nas tarefas “tecnicistas” essenciais à estabilização e recuperação do doente em estado crítico e descurem por vezes, inconscientemente, o estabelecimento da relação da ajuda”, explica Santos mencionando Neto e outros.<sup>7</sup>

Se por um lado o cliente em situação crítica se sente mais vulnerável, “(...) pela situação de doença súbita e pela imprevisibilidade (...)”, por outro lado, o enfermeiro pela complexidade da pessoa em situação crítica “(...) são fatores condicionantes ao estabelecimento de relações de ajuda eficazes entre os profissionais de saúde e os utentes, ou mesmo com os seus familiares ou acompanhantes, tornando-se muitas vezes um

obstáculo à comunicação que se reflete diretamente na profundidade da relação conseguida com o doente e/ou família”, segundo confirma Santos.<sup>7</sup>

Toutin-Dias e outros, citados por Santos, confirmam que “(...) a própria estrutura do serviço de urgência como desafiadora à equipa, onde muitas vezes não existe um local adequado para a comunicação de más notícias”.<sup>7</sup>

Santos sublinha que o modo como se transmite “(...) uma má notícia pode ter um grande impacto na vivência do processo de doença e de morte. Se estas notícias forem dadas de modo incorreto, podem desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimento, se a comunicação for bem realizada, podem gerar compreensão, aceitação e adaptação”.<sup>7</sup>

Concordo totalmente com Santos quando menciona Baile, e afirma que o legado de más notícias, “(...) estando embebida em sentimentos e emoções, não só para a família, mas também para o profissional de saúde, uma abordagem consciente na preparação para a interação pode ser bastante útil para evitar contratempos que possam ocorrer, principalmente no que diz respeito ao profissional sentir ansiedade, culpa ou angústia, que podem levá-lo a não comunicar corretamente a notícia e falhar no apoio à família”.<sup>7</sup>

No mesmo sentido, Santos refere-se a Serra e Albuquerque, referindo “(...) que todo o processo é um desafio para os profissionais envolvidos, quer pela gravidade da situação em caso de doença quer pela situação de morte, pelo que a comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão”.<sup>7</sup> E acrescenta que é importante a “(...) utilização da comunicação assertiva com a finalidade de diminuir o stress e os conflitos de emoções, sendo esta uma ferramenta terapêutica essencial para os profissionais de saúde na relação com o doente/família”.<sup>7</sup>

O estado da arte no que respeita à transmissão de más notícias, reflete a existência de normas que constituem uma sequência de “(...) atitudes e comportamentos que suportam uma intervenção humana e facilitadora quer para o profissional de saúde quer para o doente”, conforme explica Santos.<sup>7</sup> E, o mesmo autor completa que os “(...) protocolos de comunicação de más notícias tornam este processo mais estruturado”.<sup>7</sup>

Pereira, segundo refere Santos, esclarece que “(...) a existência de protocolos ou guias de orientação são extremamente úteis pois descrevem considerações importantes para

ajudar a aliviar a angústia, tanto para os doentes que recebem a notícia, como para os profissionais que a transmitem”.<sup>7</sup>

Desta forma, *Buckman* com o objetivo “(...) de minimizar o impacto inicial da notícia (...) elaborou um protocolo sequencial denominando-o de protocolo de más notícias, mais tarde reportado pelo acrónimo SPIKES, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, postura do profissional e preparação do contexto; P – *Perception*, percepção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, conhecimento; E – *Explore emotions*, explorar emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese”, segundo menciona Santos.<sup>7</sup> Logo, o protocolo de *Buckman* expõe seis etapas que têm como propósito “(...) que a informação só seja transmitida se a pessoa quiser e estiver preparada para isso, pois só a partir da quarta etapa é partilhada essa informação”, como refere Santos.<sup>7</sup>

Santos cita Pereira de modo a descrever as seis etapas do protocolo de *Buckman*, que se seguem:

Etapa 1 – “Preparação e escolha de ambiente adequado: será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer, as más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupções de outras pessoas, sempre que for benéfico tenta-se que a pessoa não esteja sozinha”;

Etapa 2 – “Descobrir o que o doente já sabe: o profissional de saúde pede à pessoa que lhe descreva o que está a acontecer, para perceber qual o seu nível de conhecimentos. As respostas irão proporcionar uma informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que sabe”;

Etapa 3 – “Descobrir o que o doente quer saber: o profissional de saúde tenta perceber até que ponto a pessoa quer ter conhecimento da sua situação/ problema, através de particularidades como o facto de se a pessoa habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde. O profissional de saúde tenta compreender se o doente quer ser informado ou não, respeitando se for caso disso, a sua relutância em não querer”;

Etapa 4 – “Dar a notícia: a verdade constitui um processo que deverá ser cuidadoso, o profissional chama a atenção da pessoa com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos com frases curtas e de interpretação clara dando tempo à

pessoa para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde. Compete ao profissional certificar-se de que o doente fez uma interpretação correta da situação e verificar a sua reação”;

Etapa 5 – “Responder às emoções e às perguntas do doente: é uma das fases cruciais que pressupõe a identificação e a validação de emoções. O medo e a angústia são dois sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia traduzindo-se muitas vezes em raiva contra o profissional de saúde. É importante demonstrar apoio e compreensão, respondendo à emoção, recorrendo também à comunicação não-verbal (toque), respeitando o silêncio e o choro. Respostas simples, dadas com clareza, de forma direta e honesta. Dar as informações importantes no início ou no fim do diálogo”;

Etapa 6 – “Propor um plano de acompanhamento: Consiste na elaboração de um plano em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento. O profissional de saúde e o doente estabelecem pequenas metas a atingir. O doente deve ser encorajado a questionar”.<sup>7</sup>

Concorda-se totalmente com Santos ao afirmar que a comunicação de más notícias em contexto de serviço de urgência “o que torna o investimento dos profissionais de saúde na procura do saber-saber, do saber-fazer, e do saber-ser verdadeiramente importante uma vez que no serviço de urgência, muito mais que noutros serviços, espera-se dos profissionais um vasto leque de conhecimentos, de práticas e de habilidades relacionais para saber agir em situações imprevisíveis e ambientes não controlados”.<sup>7</sup>

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível constatar, no papel de estudante de Mestrado de Enfermagem, que o meu exercício reflexivo na prática clínica auxilia, gradualmente, a construção do meu pensamento enquanto prestadora de cuidados de Enfermagem.

O que vivi e senti durante esta prática clínica e a realização desta reflexão possibilitaram-me lembrar a importância da aprendizagem pela *práxis* que mais do que experienciada, para que possa ser enriquecedora, deve ser motivo de reflexão, de forma a avaliar e reavaliar continuamente as ações, induzindo compreensão do impacto das intervenções

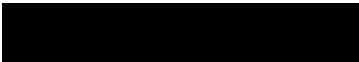
no cliente e em mim. Permitiu-se reconhecer factos relevantes do meu desempenho que os reconheço como aspetos que posso melhorar, contribuindo para uma melhor prática de cuidados de enfermagem ao cliente em situação crítica.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Miranda, Rui; A Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa Vítima de Trauma Grave: Uma abordagem diferenciada; 2013; consultado em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16201/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio.pdf>
2. Peixoto e Peixoto; Prática reflexiva em estudantes de Enfermagem em ensino clínico; Revista de Enfermagem Referência; 2016; consultado em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>
3. Pereira-Mendes; O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em Enfermagem”; Revista Eletrónica Educare; 2016; consultado em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
4. Santos, Elvira; A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem; 2009; consultado em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>
5. Gonçalves, Bárbara; Perceção da Qualidade de Vida do Idoso com Demência e do seu Cuidador; 2019; consultado em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/26688/1/Documento.pdf>
6. Marques, Joana; Era uma vez um filho: a transição para uma nova realidade; 2011; consultado em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Era-uma-vez-um-filho-%3A-a-transi%C3%A7%C3%A3o-para-uma-nova-Marques/482397ca14642e6dd4f6acece11b70083c2a9b29>
7. Santos, Ana; Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde; 2017; consultado em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3685/1/TESE%20FINAL%20Ana%20Paula%20Santos.pdf>
8. Costa, Andreia; Comunicação de más notícias no cuidado de Enfermagem; 2014; consultado em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/Relatorio%20Estagio%20Apendices%20-%20vers%C3%A3o%20grava%C3%A7%C3%A3o.pdf>

**APÊNDICE 11** – Reflexão Crítica Final da Prática Clínica – Estágio Final em  
Contexto de Serviço de Urgência

REFLEXÃO CRÍTICA - ESTÁGIO FINAL  
*“Contemplar o Cuidado de Enfermagem”*

ATENDIMENTO URGENTE DE ADULTO  
HOSPITAL 

Susana Cristina da Silva Andrez

Lisboa, dezembro de 2020

**CURSO de MESTRADO**  
**de ESPECIALIZAÇÃO em ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**- PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA -**

REFLEXÃO CRÍTICA - ESTÁGIO FINAL  
*“Contemplar o Cuidado de Enfermagem”*

ATENDIMENTO URGENTE DE ADULTO  
HOSPITAL [REDACTED]

Susana Cristina da Silva Andrez  
Nº192019013

Orientação Docente:  
Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Orientação Clínica:  
Senhora Enfermeira Inês Monteiro  
(Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Lisboa, dezembro de 2020

You may not always see the results of your kindness but every bit of positive energy you contribute to the world makes it a better place for us all.

Lisa Currie

## **LISTA de ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS e SIGLAS**

HLL – Hospital XXXXXXXXXX

OE – Ordem dos Enfermeiros

AUA – Atendimento Urgente de Adulto

SO – Sala de Observação

GCLPPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

## ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA _____	6
2.	COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO de CUIDADOS GERAIS _____	12
3.	COMPETÊNCIAS COMUNS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA _____	14
4.	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA em ENFERMAGEM à PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA _____	16
5.	ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL da PRÁTICA ESPECIALIZADA _____	17
	5.1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS do ATENDIMENTO URGENTE do ADULTO _____	25
	5.2. CARACTERÍSTICAS dos RECURSOS e FUNCIONAMENTO do ATENDIMENTO URGENTE do ADULTO _____	26
	5.3.1. EQUIPA de ENFERMAGEM _____	27
	5.3.2. REGISTOS de ENFERMAGEM _____	28
6.	REFLEXÃO CRÍTICA por DOMÍNIO de COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA _____	29
	6.1. DOMÍNIO da RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA e LEGAL _____	31
	6.2. DOMÍNIO da MELHORIA CONTÍNUA de QUALIDADE _____	34
	6.3. DOMÍNIO da GESTÃO de CUIDADOS _____	36
	6.4. DOMÍNIO do DESENVOLVIMENTO das APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS _____	40
7.	REFLEXÃO CRÍTICA por DOMÍNIO de COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA em ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA à PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA _____	43
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	61
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	63
10.	ANEXOS _____	69
	ANEXO I – Projeto de Estágio “Estágio Final e Relatório” - WORD	
	ANEXO II – Projeto de Estágio “Estágio Final e Relatório” - POWERPOINT	
	ANEXO III – Sessão de Formação em Contexto de Trabalho	

- a) Proposta de Apresentação
- b) Plano da Sessão
- c) Folha de Presenças
- d) Avaliação da Sessão
- e) Certificado de Presença

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

As mudanças sociais, científicas e tecnológicas que se têm vindo a verificar na sociedade em geral e, em particular, na área da saúde expõem novos desafios aos Enfermeiros. Estes reptos incentivaram-me na reflexão e na busca de novos saberes e conduziram-me na indagação de formação contínua e académica especializada de forma a ir ao encontro de um crescimento profissional e pessoal, onde cada vez mais me são exigidos conhecimentos de elevado nível quer práticos quer teóricos.

Entenda-se, assim, reflexão como um “pensamento profundo relativamente a um tema, sobre um problema ou um sentimento, ou acerca de si próprio; meditação”.<sup>1</sup>

Desta forma, a presente reflexão sistematiza os principais contributos do último estágio, no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, realizado no Atendimento Urgente do Adulto (AUA) do Hospital [REDACTED] (HLL), para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na assistência à pessoa em situação crítica e família. Por conseguinte, pretendi elaborar um retrato fiel do meu percurso reflexivo ao mesmo tempo que respondo a uma exigência pedagógica da presente Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

A concretização desta reflexão pretende: servir de espelho sobre o meu percurso formativo no local de ensino clínico; desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva; demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações/problema da prática diária com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados; identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de alto risco.

Neste sentido, foram tomados em consideração os objetivos de aprendizagem propostos no Guia de Estágio “Estágio Final e Relatório”:

- “1. Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
2. Capacidade para trabalhar na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
3. Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.
4. Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
5. Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização;
6. Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização;
7. Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem;
8. Capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem;
9. Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade;
10. Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais;
11. Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização;

12. Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros”.<sup>2</sup>

Pessoalmente, na circunstância de estudante de mestrado, o objetivo geral delineado para este estágio foi:

**Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, relacionais e humanas no cuidado de Enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência**

Os objetivos específicos desenhados para este estágio foram:

- Desenvolver competências no âmbito da especialização na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência;**
- Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Urgência na área da satisfação do cliente.**

De forma a atingir estes objetivos entendi que melhor os atingiria se este estágio decorresse num hospital privado, como tal, escolhi o Hospital da Luz de Lisboa, que pertence ao grupo de saúde onde desempenho funções de Enfermeira.

Exigi a mim própria todo o empenho nesta prática clínica e na consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos na formação académica e, igualmente baseando-me na evidência científica. Portanto, concordo com Benner, citada por Ponte, quando certifica que “a especialização se consegue através do empenho depositado na experiência, bem como da integração de conhecimentos e competências”.<sup>3</sup>

Esta prática curricular teve início em 5 de novembro tendo terminado em 19 de dezembro de 2020, uma duração total de 180 horas, em paralelo com 128 horas de trabalho individual, o que perfaz um total de 320 horas.

Durante a realização deste estágio tive em mente desenvolver uma prestação de cuidados de excelência no cuidar à pessoa em situação crítica e família.

Ao longo destas semanas, procurei intervir tendo presente as macrocompetências inerentes à atuação do Enfermeiro Especialista:

- “a) responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) melhoria contínua da qualidade;
- c) gestão dos cuidados;
- d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.<sup>4</sup>

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como principal objetivo, dotar os Enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao doente em estado crítico/emergente, o que me foi dada essa oportunidade no AUA do HLL.

Este estágio decorrente da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” foi acompanhado de uma Enfermeira Perita na área de urgência, com Especialidade em Enfermagem (Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Médico-Cirúrgica). Tendo a Enfermeira Orientadora demonstrado total interesse e disponibilidade em contribuir para meu processo aprendizagem. Para tal, realizei turnos em horário de manhã e tarde.

A elaboração da minha reflexão teve por base num instrumento descritivo, analítico e crítico-reflexivo pois permitiu-me, de forma narrativa, descrever as experiências vividas, as situações encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do ensino clínico, tal como explica Peixoto e outros.<sup>5</sup>

De igual forma, com a minha reflexão procurei tomar consciência das dificuldades que senti e de descobrir as áreas que me despertaram maior interesse.

Nesta metodologia reflexiva tive como alicerces: o projeto de estágio (ANEXO I), o portfólio que elaborei para este módulo e o recurso à pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica e científica dos meus cuidados.

Estou inteiramente de acordo com Ponte, quando escreve que a “arte de refletir sobre aquilo que fazemos, ao longo da nossa vida pessoal e profissional, torna-nos, assim, pessoas mais capazes, mais conhecedoras, mais conscientes, enfim, mais competentes”.<sup>3</sup>

Taveira intensifica a importância da reflexão de um ensino clínico referindo que “a elaboração de um documento com a descrição dos momentos de aprendizagem significativos e reflexões apreendidas dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso efetuado pelo aluno. No sentido de documentar as experiências vivenciadas e as reflexões produzidas, surge a necessidade de produzir um relatório, para que o aluno demonstre o nível de crescimento bem como, de que forma as intervenções realizadas e análise reflexiva apreendida contribuiram para a aquisição de competências”.<sup>6</sup>

Neste sentido, surge o presente relatório que estruturei em sete capítulos principais. O presente capítulo faz a introdução deste relatório; o segundo capítulo apresenta as competências do Enfermeiro Generalista; o terceiro capítulo expõe as competências do Enfermeiro Especialista; o quarto capítulo enuncia as competências do Enfermeiro Especialista nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua Família; o quinto capítulo consiste no enquadramento contextual onde foi realizada a prática clínica especializada, no sexto capítulo exponho as minhas reflexões acerca das competências adquiridas/desenvolvidas e como as vivenciei, nos domínios das competências específicas da área de Especialidade do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros; e no sétimo capítulo exponho a reflexão das competências adquiridas no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo a temática da minha investigação transversal à minha práxis.

É no sexto e no sétimo capítulo que faço a exposição da atividade desenvolvida, dando ênfase no sétimo capítulo às intervenções realizadas, que permitiram o desenvolvimento

de competências no âmbito da prestação cuidados à pessoa em situação crítica e família. Procurando dar contributo na obtenção da excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem, tendo inerente a satisfação do cliente, realizei uma sessão de formação em contexto de trabalho com o fundamento de divulgar os resultados da investigação que desenvolvi através de uma revisão de scoping da literatura. (ANEXO II)

Por fim, apresentarei as considerações finais deste percurso.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

A competência do Enfermeiro de cuidados gerais, segundo Cantante e outros, “refere um nível de desempenho profissional identificador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, que lhe permitem o juízo clínico e a tomada de decisão”.<sup>7</sup>

Historicamente, por Cantante e outros, “a delineação da definição de competências em Enfermagem emergiu de acordos sobre o “ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse” e a partir de 2003 começou a orientar a prática de Enfermagem. Em 2015, os três domínios de competências – responsabilidade profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; desenvolvimento profissional foram reestruturados para dar resposta ao seu processo de certificação”.<sup>7</sup>

Conforme referido por Cantante e outros, relativamente aos Enfermeiros de Cuidados Gerais, “o exercício das competências dos enfermeiros têm por base os seguintes pressupostos: [1] a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente individual e/ou grupo - família ou comunidade -, com respeito pelos valores, crenças, projetos individuais e capacidades, favorecendo o cuidado em parceria; [2] a tomada de decisão fundamentada em evidência científica, o juízo clínico fundamenta-se nas necessidades de cuidados individuais ou do grupo e nas intervenções de Enfermagem prescritas considerando a segurança dos cuidados e do cliente, a deteção precoce dos reais ou potenciais diagnósticos procurando a resolução ou minimização das consequências; [3] humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores dos clientes e ainda, pelo respeito preconizado no Código Deontológico e a regulamentação profissional, que estabelecem a boa prática”.<sup>7,8</sup>

Na materialização dos objetivos, os Enfermeiros portugueses adotam como conceitos paradigmáticos, isto é, como enquadramento conceptual: [1] a Saúde no papel de estado subjetivo e dinâmico da “condição individual, o controle do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”; [2] Pessoa como “ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”; [3] Ambiente no qual “as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no

conceito de saúde” e; [4] Cuidados de Enfermagem centram-se na relação interpessoal enfermeiro e uma pessoa” e na família enquanto alvo do processo de cuidados e parceira na potencialização da promoção da saúde.<sup>9</sup>

### 3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define Enfermeiro Especialista como aquele a quem são reconhecidas competências técnico-científicas e humanas, capaz de prestar cuidados de Enfermagem Especializados na sua área de Especialidade.<sup>10</sup>

Segundo Serrano e outros, a “Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado”.<sup>11</sup>

Com o desenvolvimento tecnológico inerente à evolução científica, tem sido exigido à Enfermagem grande enfoque nas técnicas. A par deste domínio técnico permanece o processo de cuidar. Ao compreender que “instrumento para a realização do cuidado é o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente. Nele, as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana”, como refere Balduino e outros.<sup>12</sup>

Esta multifacetada capacidade exigida à Enfermagem coloca o repto no desenvolvimento de aptidões, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências.

Neste sentido, Serrano e outros afirmam que os Enfermeiros são os atores do processo de mudança e os contextos são um cenário perentório ao desenvolvimento de competências.<sup>11</sup>

Como Enfermeira, estou de acordo com Ribeiro, quando afirma que “somos agentes ativos e participativos na sociedade e que ao longo da nossa vida sentimos necessidade de adquirir saberes necessários para motivar e produzir a nossa própria competência com qualificações válidas, tanto a nível social como profissional, uma vez que são consideradas essenciais à qualidade e segurança do seu exercício”.<sup>13</sup>

O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner, exposto pela Ordem dos Enfermeiros, explica as particularidades e atitudes em cada estadió de

desenvolvimento de competências e reconhece as necessidades de aprendizagem dos Enfermeiros. É na prática que o Enfermeiro aprende a destacar o que é significativo na situação e a compreender o seu significado. Para Benner, a proficiência para a excelência da práxis dos cuidados, emerge quando se adquire “perícia profissional”, que se torna alcançável com a aquisição de conhecimentos.<sup>14</sup>

Este trilho que Benner desenha na obtenção de competências elucida que estas “devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito”, tal como refere Ribeiro.<sup>13</sup>

Como explica Ribeiro, os cuidados de Enfermagem envolvem “uma contínua e constante tomada de decisão, o que obriga o profissional ao recurso contínuo do Saber (conhecimento), Saber-fazer (capacidades), Saber-ser (atitudes e comportamentos), Saber-estar, Saber-aprender (reflexão e evolução) e Saber-transformar, de modo a proporcionar ao outro a satisfação das suas necessidades de forma integral e holística, com a qualidade desejada e esperada por todos”.<sup>13</sup>

#### **4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A pessoa em situação crítica é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” conforme o Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011, citado por Ribeiro.<sup>13</sup>

Desta forma, segundo o artigo 4º do Regulamento nº 124/2011, mencionado por Ribeiro, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pretendem-se que sejam: cuidar “da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”; dinamizar “a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”; maximizar “a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.<sup>13</sup>

## 5. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Antes de iniciar a descrição do contexto onde a presente prática clínica incidiu importou-me olhar para trás e compreender a evolução dos cuidados urgentes/emergentes e a consequente necessidade de se erguerem Serviços de Urgência.

### **Historicamente...**

De acordo com Machado, os cuidados emergentes organizaram-se pela "(...) necessidade de prestação de assistência médica às vítimas durante os vários conflitos militares, na Europa e nos EUA", havendo referências desde o século XI.<sup>14</sup>

Neste cenário evidencia-se a importância de Florence Nightingale, Enfermeira atualmente reconhecida pelos seus contributos nos cuidados de Enfermagem, que durante a guerra da Crimeia na segunda metade do século XIX, estruturou uma equipa de Enfermagem e afirmou-se num hospital onde cuidava de pessoas de ambos os lados do conflito, conforme relembra Machado.<sup>14</sup>

O mesmo autor ao citar Mateus acrescenta que, já nessa época, "a preocupação com a prevenção da infeção e a postura equidistante, onde o doente era o centro dos cuidados, independentemente da nacionalidade e das razões que o tinham levado a necessitar desses cuidados, estabeleceu diretrizes no caminho para a medicina de urgência".<sup>14</sup>

No que à triagem diz respeito:

De acordo com Moreira ao referir-se a Funderburke, a palavra triagem, "tem origem na língua francesa e a palavra referente à sua proveniência é *trier*, que significa escolher ou seleccionar".<sup>15</sup> Este termo era bastante aplicado "(...) quando o tema dizia respeito à seleção de produtos agrícolas", segundo explica Moreira.<sup>15</sup> Porém, posteriormente a sua aplicação fez-se com mais incidência pelo exército francês ao aplicar este dogma para representar "hospital de evacuação", conforme acresce Moreira ao evidenciar Wuerz.<sup>15</sup>

É durante a 1ª Guerra Mundial que a aplicação da triagem se relaciona com a evidência "(...) dos melhores recursos para obter os melhores resultados" como confirma Moreira.<sup>15</sup>

O mesmo autor explica que “após a 2ª Guerra Mundial o termo passou a designar um processo usado para identificar quais os elementos que após intervenção médica tinham mais probabilidade de voltar para o campo de batalha”.<sup>15</sup>

Mais tarde, nos anos 60, o desenvolvimento de sistemas de triagem nos Serviços de Urgência quando, segundo Moreira, “(...) a procura dos serviços era em número muito superior aos recursos disponíveis”.<sup>15</sup>

Posteriormente, o método de triagem progrediu, “(...) tornando-se uma forma eficaz de separar os doentes que requerem atenção imediata dos que podem aguardar”, assim explica Sheehy aludido por Moreira.<sup>15</sup>

### **Importa invocar...**

Segundo a descrição de Machado, “a condição de Emergência diz respeito a uma situação onde é iminente ou já está instalada a falência de funções vitais, enquanto um caso de Urgência é considerado quando existe risco de falência de funções vitais”.<sup>14</sup>

Veloso citado por Lopes, completa a afirmação anterior e afirma que “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” se classificam de urgentes; contrariamente a “situações clínicas de estabelecimento súbito, nas quais existe o compromisso de uma ou mais funções vitais” que se denominam de emergentes”.<sup>17</sup>

Nessa linha de pensamento deve-se ressaltar que “a triagem nos departamentos de emergência é desenhada para identificar os casos mais urgentes para o atendimento ou potencialmente mais sérios assegurando que estes receberão tratamento prioritário seguindo-se os casos menos urgentes”, como explica Moreira.<sup>15</sup>

Moreira, ao citar Moskop e outros, intensifica a importância da triagem de um Serviço de Urgência com a implementação dos seguintes valores:

“- Vida Humana - a triagem deve preservar e proteger a vida, alguns sistemas esquecem a individualidade humana de um paciente tendo apenas em consideração as necessidades de outro paciente;

- Saúde Humana – com a priorização do cuidado alguns pacientes poderão ter de aguardar mais tempo e a esse espaço de tempo poderá corresponder a aumento da dor, maiores complicações ou até piores resultados de saúde;

- Uso eficiente de recursos – gestão dos recursos para o cuidado das situações mais emergentes;

- Clareza – as decisões devem ser descritas como justas”.<sup>15</sup>

Em Portugal a triagem é efetuada pelos Enfermeiros uma vez que empregam “(...) uma linguagem orientada para os sintomas e não para o diagnóstico”, como refere Rego citado por Lopes.<sup>17</sup>

No sentido da compreensão do papel do Enfermeiro na triagem importa citar o esclarecimento de Moreira ao afirmar que “a primeira função de qualquer profissional aquando da triagem é utilizar o código de triagem instituído na instituição tendo presente que o mesmo reflete uma necessidade clínica e não um diagnóstico”.<sup>15</sup>

Tendo em conta a realidade de cada Serviço de Urgência assim é definido e implementado um determinado tipo de triagem de emergência. Existem diferentes escalas de triagem a nível mundial, por exemplo: escalas como a Canadiana, Americana, Australiana e a de Manchester são bastante difundidas.

Em Portugal o processo de triagem empregado no Sistema Nacional de Saúde é a escala de triagem de Manchester. Porém, no AUA do HLL o sistema de triagem aplicado neste serviço é a Escala de Triagem Australiana.

Criada pelo Colégio Australiano de Emergência Médica em 2000, é aplicada na Austrália, Nova Zelândia e algumas regiões dos Estados Unidos da América.

Interessa compreender que os Enfermeiros e os Médicos australianos adotaram esta escala com cinco níveis.

Conforme a explicação de Moreira, “ao primeiro nível corresponde uma observação imediata e ao último nível observação em cento e vinte minutos”.<sup>15</sup>

Cada uma das categorias refere-se a um conjunto de “(...) descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais” como esclarece Filho.<sup>16</sup>

A triagem Australiana é utilizada por Enfermeiros, que aplicam essa lista de descritores clínicos de forma a conceder uma categoria de urgência, como clarifica Filho:

“- Categoria 1: risco imediato de vida – atendimento imediato;

- Categoria 2: risco iminente de vida – 10 minutos;

- Categoria 3: potencial risco de vida – 30 minutos;

- Categoria 4: pacientes sérios potencialmente – 60 minutos;

- Categoria 5: pacientes menos urgentes – 120 minutos”.<sup>16</sup>

Para completar a compreensão da definição de um Serviço de Urgência destaca-se a contribuição de Lopes quando define o Serviço de Urgência como “um espaço amplo e aberto, onde os profissionais interagem constantemente com o limiar da vida e da morte, envolto em tecnologia, sendo propício à valorização do tecnicismo em prejuízo do trabalho de relação com o indivíduo e a sua família”.<sup>17</sup>

O mesmo autor cita Silva e acrescenta que a missão do Serviço de Urgência contempla a “(...) prestação de cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana”.<sup>17</sup>

Lopes classifica os Serviços de Urgência em três níveis, conforme o ponto nº1, do artigo nº2 do despacho nº10319/2014 do Diário da República II Série nº153 de 11 de agosto, conforme o tipo de cuidados a serem prestados: “Urgência Polivalente, a Urgência Médico-Cirúrgica e a Urgência Básica”.<sup>17</sup>

Alves classifica o Serviço de Urgência como “um serviço cuja casuística é difícil de prever” e complementa a classificação dos níveis de atendimento neste contexto:

“- **Serviço de Urgência Polivalente** – o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, possuindo todos os recursos que um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica tem, diferenciado nas seguintes áreas: neurocirurgia; imagiologia, com angiografia digital e ressonância magnética; patologia clínica com toxicologia; cirurgia vascular; pneumologia, com endoscopia; via verde da sépsis, do AVC, do trauma e via coronária, com cardiologia de intervenção; cirurgia cardiorácica; cirurgia maxilo-facial; cirurgia plástica e reconstrutiva; gastroenterologia, com endoscopia;

- **Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica** - o segundo nível de acolhimento das situações de urgência;

- **Serviço de Urgência Básica** – o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência”.<sup>18</sup>

### **Os atores principais do Serviço de Urgência...**

Lopes clarifica que os clientes ao se deslocarem ao Serviço de Urgência conduzem “(...) consigo uma elevada carga emocional (...)” ao mesmo tempo que “encontra por vezes um ambiente e uma organização assustadora”.<sup>17</sup> O mesmo autor, ao citar Ruben, explica que frequentemente os clientes deparam-se “com as salas de espera com muita gente e os princípios da triagem são, geralmente, desconhecidos para eles”.<sup>17</sup>

Paralelamente a estes factos, nos últimos tempos, conforme explica Lopes, tem ampliado o número de clientes que recorrem ao Serviço de Urgência em contextos não urgentes, sendo que muitas dessas situações poderiam ser cuidadas nos Centros de Saúde.<sup>17</sup>

O mesmo autor, ao referenciar Ruben e Silva, clarifica os agentes que influenciam a satisfação dos clientes que recorrem ao Serviço de Urgência: “(...) acessibilidade, componente relacional e técnica, tempos de espera, comunicação/informação, triagem, visitas, acompanhantes, comodidade e o bem-estar e a privacidade”.<sup>17</sup>

Dessas dimensões destaca-se as seguintes do ponto de vista do objetivo específico elencado para a presente prática clínica, conforme o esclarecimento de Lopes:

“- **Componente relacional e técnica** – A prestação de serviços de qualidade ao nível do Serviço de Urgência está relacionada com a capacidade de empatia do prestador de cuidados para com os utentes. A atenção/assistência que os funcionários têm com os utentes; a disponibilidade que os profissionais têm para com os utentes; a demonstração de preocupação, consideração, simpatia e paciência para com os utentes; a satisfação, orgulho, perfeccionismo e zelo dos profissionais; a demonstração de competência, habilidade e profissionalismo na prestação de cuidados; a cortesia, educação, respeito e interesse ou o modo como o profissional interage com os utentes; a integridade, honestidade, imparcialidade e justiça durante a prestação de cuidados. Todos estes aspetos inerentes ao cuidar resumem-se numa componente relacional e técnica (aplicação da ciência e da tecnologia) e permitem uma maior aproximação e conseqüentemente um maior conhecimento entre os intervenientes nesse processo”;

“- **Comunicação/informação** - Tendo em conta que os aspetos interpessoais são uma das componentes mais importantes da satisfação, a forma de comunicação/informação por parte do pessoal acaba por ser o principal elemento de perceção da qualidade. A Carta dos Direitos e Deveres do Doente diz que o utente tem o direito a ser informado sobre a sua situação de saúde e que ao dar a informação não podemos esquecer que esta deve ser clara, evitando designações científicas e incompreensíveis, deve ser abrangente no que se refere ao diagnóstico, provável evolução da doença e tratamentos previstos. A forma de transmitir deve ter em atenção a personalidade do utente, o seu grau de instrução, as suas atitudes e esperanças e o que o utente pode não desejar saber parte ou a totalidade da informação, devendo a sua vontade ser respeitada. O profissional, ao agir de forma tranquila, procura satisfazer os seus objetivos na relação com o utente, sem ansiedades excessivas, expressando os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazendo valer os seus direitos, sem negar os direitos dos outros intervenientes na relação interpessoal. A interação social desenvolve-se com a harmonização entre o comportamento verbal e o não-verbal, estabelecendo-se um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, o que inevitavelmente favorece a dinâmica de relacionamento interpessoal, permitindo ao profissional ser verdadeiramente congruente no seu discurso e nas suas atitudes. Não é só o que se diz, mas o tom de voz, a expressão facial e os gestos de quem fala, que transmite grande parte do significado à pessoa que escuta. A comunicação envolve três conceitos: a

equidade, o respeito e os cuidados de saúde. Estes conceitos envolvem o direito que assiste ao utente/acompanhante de serem tratados com respeito, como indivíduos. Já a comunicação não-verbal, é uma forma não discursiva da linguagem e os seus principais veículos são o corpo, as suas características físicas e os movimentos, o homem, a sua apresentação e adereços, e o espaço, ambiente ou distância física entre os indivíduos. Os códigos que são transmitidos por este tipo de comunicação são o contacto físico, a proximidade ou proxémia, a orientação, os movimentos da cabeça, a expressão facial, os gestos, a postura, o contacto visual e a prosódia. Estes dois tipos de comunicação, verbal e não-verbal, tendem a surgir acompanhadas, mas poderão ou não ser congruentes entre si”;

“- **Comodidade e o bem-estar** - devem ser prioridades no atendimento do Serviço de Urgência. Deve ser um espaço social, profissional e de relações interpessoais, acolhedor, humano e focado na privacidade e na individualidade dos sujeitos envolvidos. Esperar é algo de que ninguém gosta, e esperar de forma desconfortável e num ambiente desagradável, causa mais desconforto. Deve-se proporcionar um ambiente que mantenha a dignidade do ser humano durante a permanência no Serviço de Urgência. O ambiente deve ser calmo, sem ruído, sem cheiro, limpo, com temperatura amena, sinalética coerente e de fácil perceção, com *vending machine*, lugares sentados confortáveis e de limpeza fácil, em bom estado de conservação e manutenção, iluminada, de cores claras e suaves. O utilizador do Serviço de Urgência espera encontrar um ambiente com qualidade, seguro e confortável”.<sup>17</sup>

### **Atualmente...**

Neste capítulo irei realizar uma breve contextualização do local de ação onde foi desenvolvido o Ensino Clínico “Estágio Final e Relatório” que se denomina Atendimento Urgente do Adulto (AUA) do Hospital ██████████.

Desempenho funções de Enfermeira num Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico de um hospital privado do concelho de Setúbal e, apesar dos desafios diários na minha prática,

considerarei um desafio onde claramente saí da minha zona de conforto uma vez que nunca desempenhei funções de Enfermeira em contexto de urgência.

Concordo, portanto, com Ribeiro quando refere que “a instabilidade constante destes contextos da prática leva a que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, atitudes e comportamentos singulares de quem procura conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada”.<sup>13</sup>

O HLL faz parte do Grupo ■ Saúde que completou em 2020 vinte anos da sua formação.

Desde 2018, que obteve a acreditação internacional de qualidade pela *Joint Commission International*, o que traduz que este cumpre excelentes padrões de qualidade e segurança dos clientes, em âmbitos como o controlo de infeção hospitalar, a segurança dos medicamentos, a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos e, inclusive, a gestão da instituição.<sup>19</sup>

O Grupo ■ Saúde presta os seus serviços através de 30 unidades e está presente nas regiões Norte, Centro-Sul de Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeira. Destas 30 unidades, 14 são hospitais privados, 1 é hospital do Serviço Nacional de Saúde explorado pela ■ Saúde em regime de Parceria Público-Privada, 13 são clínicas privadas a operar em regime de ambulatório e 2 são residências sénior.

Fisicamente, é estruturado por 3 edifícios conectados entre si, onde coabitam várias valências: Serviço de Atendimento Urgente de Adulto; Atendimento Urgente de Pediatria; Bloco Operatório; Bloco de Partos; Ginecologia e Obstetrícia; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente; Unidade de Cuidados Especiais Neonatais; Serviço de Internamento Pediatria/Adulto; Consultas Externas de várias especialidades médicas e cirúrgicas; Serviço de Medicina Física e de Reabilitação; Serviço de Oncologia; Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos; entre outros.

### **5.1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA do AUA**

Cunha transcreve o Parecer N.º 14/2019 da OE e explica que “os serviços de urgência são designados como serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a

prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”. O mesmo autor adita que "urgência é toda uma situação clínica em que o atraso no diagnóstico ou tratamento pode desenvolver graves riscos para o doente, nomeadamente risco de vida".<sup>20</sup>

Por conseguinte, a organização física de um serviço de urgência tem em consideração a exequibilidade da prática desses cuidados urgentes e emergentes.

No caso específico do AUA, que foi construído e inaugurado recentemente, o plano inicial da sua estrutura física teve que ser reinventado no sentido de dar resposta à contingência epidemiológica que atravessamos.

A sua organização foi separada em dois circuitos:

- Circuito respiratório com receção, sala de espera, duas salas de triagem, três gabinetes de cuidados ambulatoriais, doze boxes individuais (sendo que duas com pressão negativa), salas de apoio técnico e de armazenamento de consumíveis e gabinetes de imagiologia. Ainda neste circuito encontra-se a sala de reanimação (está aferida a clientes de ambos os circuitos e tem capacidade para duas situações simultâneas de reanimação cardiorrespiratória) e a sala de pequena cirurgia (que igualmente apoia clientes de ambos os circuitos);

- Circuito não respiratório com receção, sala de espera, três salas de triagem, gabinetes médicos, sala de administração de medicação (com capacidade para seis clientes em cadeirão), três salas de tratamentos, sala de eletrocardiograma, sala de observação (tendo aptidão para oito clientes), salas de apoio técnico e de armazenamento de consumíveis.

## **5.2. CARACTERIZAÇÃO DE RECURSOS E FUNCIONAMENTO do AUA**

De acordo com a classificação dos níveis de atendimento em Serviço de Urgência explicada anteriormente, o AUA classifica-se como um Serviço de Urgência Polivalente.

Na prestação de cuidados estão envolvidas uma equipa de Enfermagem, de Assistentes Operacionais e uma equipa Médica que é comum em ambos os circuitos: respiratório e não respiratório.

Atualmente, tendo em conta a contingência epidemiológica mundial, as visitas estão autorizadas somente em casos excepcionais, que carecem de autorização específica da equipa multidisciplinar. Assim, além das regras gerais do HLL, o AUA tem normas excepcionais para as visitas, de forma a cumprir com as exigências de assepsia, segurança e tranquilidade.

### **5.2.1. EQUIPA DE ENFERMAGEM**

Atualmente a Equipa de Enfermagem é constituída pela Coordenadora do Serviço e um segundo elemento que asseguram a coordenação do AUA e por 4 equipas que formam o corpo de Enfermagem do AUA, que perfaz um total de 38 Enfermeiros, estando este número em constante mutação uma vez que o serviço teve de se adaptar ao contexto epidemiológico atual.

Destaca-se a existência de um Chefe de Equipa e segundo elemento por cada equipa.

Preconiza-se que, no início de cada turno, o Chefe de Equipa efetue a confirmação da distribuição dos seus elementos da equipa pelos diferentes setores do AUA, nos dois distintos circuitos. Esta distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes setores do AUA é efetuada semanalmente e certificada diariamente pelo Chefe de Equipa.

No HLL estão definidas as seguintes categorias de Enfermagem:

- a) Enfermeiro Perito (Especialistas e/ou com experiência muito relevante)
- b) Enfermeiro Sénior (> 7anos de experiência)
- c) Enfermeiro (1 a 7 anos de experiência)
- d) Enfermeiro Interno (até 1 ano de experiência)

Considera-se o percurso de integração neste serviço longo e ajustado a cada elemento e à sua experiência profissional. E, assegura-se que em cada turno o Chefe de Equipa tenha a categoria de Especialista em Enfermagem.

## **5.2.2. REGISTOS DE ENFERMAGEM**

### **(SORIAN INTEGRATED CARE – do fabricante Siemens®)**

O programa informático Sorian define-se como a solução de fluxo de trabalho que Lobato<sup>21</sup> refere que “trata da coordenação de atividades, permite reduzir variações e erros, evita a repetição de processos, torna mais segura o processo de tomada da decisão clínica e, globalmente permite a melhoria da satisfação dos profissionais”.

Lobato especifica que o Sorian na prática “é uma grande ajuda para os profissionais de saúde” burocraticamente.<sup>21</sup> Por outro lado, permite aperfeiçoar o fluxo dos clientes, “aumentar a consciencialização na variação dos cuidados, permitir a existência de informação centralizada, aumentar a política de *inputs*”, o que otimiza a política de gestão.

Em suma, “o valor global do Sorian traduz numa tripla vantagem: reduz custos, aumenta a qualidade e significa melhoria dos processos”, defende José Lobato.<sup>21</sup>

Pinto refere que este sistema “concentra o processo clínico eletrónico de todos os doentes, permitindo visualizar o perfil clínico, história clínica, avaliações nutricionais e farmacológicas, todas as consultas médicas e prescrições, os da enfermagem, exames de diagnóstico e análises clínicas”, defendendo a ideia de que este programa aumenta a segurança dos cuidados de saúde ao cliente.<sup>22</sup>

Desta forma, o Sorian facilita a avaliação de Enfermagem, identificando os problemas reais e potenciais e, conseqüentemente, promove a elaboração de um plano de cuidados de Enfermagem adequado.

## **6. REFLEXÃO CRÍTICA por DOMÍNIO das COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Antes de mais importa ressaltar que “a noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação”, como distingue a OE.<sup>23</sup> A mesma entidade acrescenta que “o saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos”.<sup>23</sup> E, por conseguinte, a OE considera “(...) benéfico para o profissional que este tenha a oportunidade de, no seu percurso profissional, se deparar com o maior número possível de situações e experiências clínicas”.<sup>23</sup>

E é ao aludir o modelo de aquisição de competências concebido por Benner que a OE, no Parecer n.º 10 de 2017, percorre “as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências e identifica as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem dos enfermeiros, em cada nível”.<sup>23</sup> Este modelo de Benner, descrito pelo mesmo Parecer explica que “é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado”.<sup>23</sup> Benner, citada pela OE, esclarece que “(...) as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial e o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis”.<sup>23</sup>

Acrescentando que “o conhecimento de perito, é desde logo também um conhecimento competente, e uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento”.<sup>23</sup>

O Ensino Clínico caracteriza-se como “um período privilegiado e de forte relevância na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista, prevendo que se estabeleça uma relação teórico-prática consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à prestação de cuidados diferenciados à pessoa em estado crítico”. Esta metodologia fomenta ao formando a sua participação ativa no processo formativo, a promoção do pensamento crítico, a capacidade de trabalhar em equipa e refletir acerca das experiências, motivações e necessidades sentidas.<sup>13</sup>

Tendo em conta a minha experiência profissional, em que não tenho domínio sobre a área de serviço de urgência, foi com enorme receio que iniciei este percurso, saindo totalmente da minha zona de conforto. Com o acréscimo de que, pessoalmente, já tive familiares muito próximos neste contexto e eu própria também, o que de alguma forma, foi desconfortável para mim reviver esses momentos neste contexto. Mas, senti que tendo em conta essa experiência pessoal e familiar foi facilitador da empatia que estabeleci com os clientes no AUA.

Nesta conjuntura comecei esta prática clínica com grande insegurança e receio de fracassar, por outro lado o desejo de vivenciar e adquirir novas experiências e novos saberes deu-me força para ultrapassar estas circunstâncias e inaugurar um caminho de “aprendizagem reflexiva”, como lhe chama Ribeiro.<sup>13</sup>

Neste sentido, foi necessário adquirir saberes, promover o vínculo entre a teoria e a prática e desenvolver um espírito crítico-reflexivo que me preparou para mobilizar, aprofundar e fazer uma atualização constante de conhecimentos para adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios da Enfermagem.

## 6.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de Enfermagem que são prestadas ao ser humano, compreendem um conjunto de valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.<sup>24</sup>

Considerando a definição de pessoa como um ser único, com dignidade própria, do quadro conceptual dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, durante este ensino clínico encarei a pessoa como um ser indivisível, compreendendo-a na sua culturalidade, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e coibindo-me de juízos de valores, concordando com Taveira.<sup>9,6</sup>

Estou de acordo com Taveira quando afirma que “os dilemas ético-legais que os Enfermeiros enfrentam são inúmeros e diversificados. A necessidade constante de estabelecer prioridades, a confrontação com situações graves que implicam sofrimento por parte do doente e família, a perda súbita de um familiar, a confrontação com perda da função motora de uma parte do corpo com repercussões para o resto da vida, a morte, entre outros, levam muitas vezes, os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de angústia, frustração, incapacidade e impotência”.<sup>6</sup>

Ao longo deste estágio, confrontei algumas vezes clientes em estado crítico. Nestas situações, em que a pessoa em estado crítico, na condição de vulnerabilidade, necessita imperativamente de cuidados de saúde os Enfermeiros enfrentam incertezas deontológicas.

Refletindo a minha profissão moral e eticamente, senti o empenho e dedicação dos Enfermeiros do AUA em privilegiar a dignidade humana, protegendo o direito de escolha da pessoa em situação crítica.

Recordo um episódio em particular, que certamente irei recordar durante muito tempo. Um cliente em fase crítica, no entanto, ciente da sua situação atual. Este cliente, a quem tinha sido diagnosticado um síndrome coronário agudo, tinha acabado de receber a notícia de forma inesperada de que tinha de ficar internado e realizar um cateterismo cardíaco o quanto antes. E, portanto, toda a sua vida ficava lá fora em suspenso. Era um homem com cerca de 50 anos, sem antecedentes médicos e cirúrgicos significativos, com uma vida ativa, delegado numa empresa farmacêutica. Na sua expressão de confusão com todo o turbilhão de acontecimentos inesperados, solicitou ajuda à equipa para que fosse assegurada entrega das chaves de casa à pessoa de referência, que viria posteriormente recebê-las. Nesse momento, alguns elementos da equipa não compreendendo a ansiedade do cliente, apenas anuíram que sim. Contudo, o nível de ansiedade do cliente foi crescendo ao ponto de este ameaçar que não permitiria ser encaminhado para o serviço de Hemodinâmica se a entrega das chaves de casa não fosse claramente assegurada, recusando-se inclusive a assinar o termo de responsabilidade do procedimento proposto. Foi então que a minha Enfermeira Orientadora, percebendo a ansiedade desmesurada do cliente, se aproximou deste e lhe disse que compreendia o que se estava a passar com ele e estava ali para se comprometer como Chefe de Equipa a garantia que as chaves de casa seriam entregues à pessoa de referência. O cliente de imediato serenou e justificou a sua ansiedade. Referiu que vive sozinho e que tem um papagaio há cerca de 20 anos e que dele depende para ser cuidado. Com esta fundamentação a minha Enfermeira Orientadora reconheceu empaticamente a ansiedade do cliente, até porque tem um animal doméstico também.

Posteriormente, quando o cliente regressou do serviço de Hemodinâmica para o AUA, a primeira pergunta que formulou à equipa foi garantir que as chaves de sua casa tinham sido entregues à pessoa de referência.

Identifiquei o incrível desempenho da Equipa de Enfermagem em ser empática e permitir que o cliente sentisse segurança e confiança na equipa.

Ainda no que diz respeito ao paradigma profissional e ético-moral, concordo com Cunha quando explica que “no SU, perante as circunstâncias vivenciadas, existem constantemente dificuldades que limitam a seriedade do sigilo profissional. O facto de, frequentemente, os doentes serem avaliados junto de outros doentes, possibilitava a escuta involuntária de determinadas informações que ocorrem apenas à mercê da qualidade de profissional”. (20)

E, assim, “é nosso dever assegurar a confidencialidade da mesma, tanto dos dados narrados pelo próprio doente como por terceiros”, de acordo com o mesmo autor.<sup>20</sup>

A minha atuação no SU teve sempre presente esta questão do sigilo. Apesar das características físicas do próprio AUA que limitavam de alguma forma a privacidade dos clientes, recordo em algumas vezes um determinado cliente questionar se outro cliente tinha determinado diagnóstico por se aperceber inevitavelmente da sua situação clínica. Nesse caso, a minha conduta, junto do cliente que questionava era explicar-lhe que não podia falar sobre a condição alheia por questões de sigilo. Perentoriamente, a minha justificação foi aceite pelo cliente questionador.

Paralelamente, a comunicação também é relevante no cuidar de Enfermagem, mais especificamente o modo como se comunica.

Nesse parecer Cunha defende que “o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”.<sup>20</sup> E, o mesmo autor acrescenta que “prestar a informação do ramo da Enfermagem ao doente é um aspeto muito importante, pois cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, tornando-o parceiro de cuidados aquando da planificação do processo de enfermagem”.<sup>20</sup> Pelo que “(...) a explicação do procedimento de enfermagem e a necessidade da sua execução permite, que através dele, seja reconhecido o consentimento informado do mesmo”, esclarece Cunha.<sup>20</sup>

Neste sentido, no decorrer do estágio no AUA, foi minha preocupação questionar o cliente se este autorizava os meus cuidados, desde um simples cateterismo periférico a um procedimento mais invasivo como entubação nasogástrica.

Concordando que a minha conduta vai de encontro ao que Cunha defende quando explica a atuação de Enfermagem “(...) em prol do benefício para o doente e família, tendo por base uma tomada de decisão sustentada em princípios, valores e normas deontológicas”.<sup>20</sup> Assim, a macrocompetência de responsabilidade profissional, ética e legal foi adquirida ao garantir uma práxis considerativa dos direitos humanos.

## 6.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Como confirma Martins e outros, a qualidade dos cuidados de saúde “tem sido uma preocupação formalmente assumida, quer por instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais”, como a Ordem dos Enfermeiros.<sup>25</sup>

Martins e outros entendem que mesmo existindo distintas formas de definir qualidade dos cuidados de saúde noutros países, em Portugal, “um Padrão de Qualidade dos Cuidados é uma declaração que estabelece a base profissional do agir, considerando-se o padrão como aferidor de excelência”.<sup>25</sup> Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros, definindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, patenteou seis categorias de Enunciados Descritivos: a Satisfação do Cliente, a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, o Bem-estar e o Autocuidado, a Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem.<sup>9</sup>

Estes Enunciados Descritivos são, portanto, “para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum, e a orientação para uma prática profissional de excelência”, segundo defende Martins e outros.<sup>25</sup>

Entendo a afirmação de Mezomo, citado por Ribeiro, quando refere que “a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, deve-se pelo compromisso com a inovação, criação e desenvolvimento de serviços e profissionais, que se pretende que sejam adequados à missão do hospital, de acordo com as necessidades legítimas e expectativas da população”.<sup>13</sup>

Por outro lado, concordo com Paiva Ribeiro e outros quando afirma que não é simples esclarecer o conceito de qualidade, sendo este pouco objetivo.<sup>26</sup> Qualidade tem, segundo Paiva Ribeiro e outros, “diferentes semânticas quando é empregue por políticos [pretende-se a satisfação da população], gestores [preocupação com os gastos económicos], prestadores de cuidados [boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes] ou utentes [acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc.]”.<sup>26</sup>

Paiva Ribeiro e outros explicam que os clientes dos cuidados de saúde “identificam como indicadores da qualidade um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz entre os que prestam os cuidados de saúde e os utentes e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados”.<sup>26</sup>

Se relacionarmos os cuidados prestados pelos Enfermeiros com as necessidades e expectativas dos clientes enfrentamos “um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade”, como diz Paiva Ribeiro e outros.<sup>26</sup>

Sendo este indicador de qualidade, identificado pela Ordem dos Enfermeiros, uma das categorias dos Enunciados Descritivos de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem, ao mencionar o nosso papel enquanto Enfermeiros que na “procura permanente da excelência profissional, o Enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, considerando componentes importantes neste processo, “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente, a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do Enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”.<sup>9</sup>

Na minha humilde opinião, é talvez durante a nossa prática de cuidados ao cliente que sentimos se o nosso cuidado está a ser de acordo com o que era esperado, pela verbalização de aceitação, de agradecimento, de valorização que recebemos do recetor dos nossos cuidados.

Ao procurar continuamente pela excelência nos cuidados que prestei ao cliente em situação crítica no AUA, entendo que foi facilitador do cumprimento das boas práticas que preconizam os Padrões de Qualidade descritos anteriormente.

Ainda ao que à qualidade dos cuidados diz respeito, importa salvaguardar a importância da necessidade constante da procura do estado da arte no sentido da excelência da práxis. Nesse sentido, foi promovida à equipa de Enfermagem do AUA uma sessão de formação em contexto de trabalho, onde foram apresentados os resultados da investigação acerca

da temática em investigação: “Fatores que influenciam a satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem” na sequência de uma Revisão de *Scoping* da Literatura.

A aceitação e pertinência do tema exposto foi transversal na verbalização de todos os elementos que assistiram à sessão, tendo apresentado a justificação que se trata de uma temática que inquieta a equipa, mas que nem sempre com a prática de cuidados urgentes/emergentes é uma prioridade. E acrescentaram que o facto de haverem momentos como este onde se promove espaço de reflexão sobre a questão são enriquecedores na promoção da qualidade.

### **6.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS**

De acordo com o descrito no OE, segundo cita Cunha, na esfera desta dimensão, “(...) é objetivo de o Enfermeiro Especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando os mesmos em função da segurança e qualidade no âmbito da sua área de atuação e em articulação com a restante equipa de saúde; e liderar e gerir os recursos disponíveis consoante a realidade existente e suas necessidades, garantindo a qualidade dos cuidados prestados”.<sup>20</sup>

Após alguns aliciantes turnos de integração no AUA, conjeturo ter realizado uma boa gestão dos cuidados tendo em conta a minha inexperiência neste contexto, garantindo a segurança e qualidade das tarefas realizadas, adquirindo e aperfeiçoando as aptidões no âmbito da componente da gestão dos cuidados de Enfermagem, a par da adequação dos recursos às necessidades.

Neste estágio, numa realidade totalmente diferente da minha prática profissional, tive oportunidade de observar a gestão do Enfermeiro Chefe de Equipa, na pessoa da minha Enfermeira Orientadora. Sentindo bem de perto a crise humanitária que vivemos atualmente no que diz respeito à pandemia Sars-Cov-2, não houve como contornar as vicissitudes desde a organização da equipa pelos dois setores do AUA (setor respiratório e não respiratório) no início do turno (distribuição de Enfermeiros e de Assistentes Operacionais), solicitação de material de farmácia e de consumo geral em falta no serviço, contactos com outros serviços (confirmação das dietas dos clientes com a cozinha,

empréstimo de material de outros serviços), verificação do carro de urgência, verificação dos estupefacientes e atender todas as chamadas de solicitação da presença da equipa de emergência nos diferentes setores do hospital (quando necessário). Como, paralelamente, o Enfermeiro Chefe de Equipa se vê confrontado com a gestão das emoções da família, dos colegas, e de si próprio.

Concordo, portanto, com Potra e outros, quando escreve que “os Enfermeiros são confrontados com um trabalho emocional de dupla centralidade, uma vez que têm de lidar com situações emocionalmente intensas, e serem capazes de gerir não só as suas próprias emoções como também as dos clientes, famílias e colegas de equipa”.<sup>27</sup>

Goleman, citado por Potra e outros, refere que a gestão das emoções “se baseia na própria inteligência emocional”. E, acrescenta que “o sucesso de uma organização se deve, em grande parte, à inteligência emocional do seu líder”.<sup>27</sup>

Entendendo inteligência emocional como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”, segundo Goleman referido por Alves e outros.<sup>28</sup>

Neste estágio assisti a essa ímpar gestão emocional do Chefe de Equipa em algumas situações de maior fragilidade como a condição vulnerável em que o cliente se encontra, particularmente num serviço tão específico como este e vivendo uma situação pandémica única que se reflete na ausência da presença de pessoas significativas junto da pessoa em situação crítica.

Entendo, assim, que adquiri competências no âmbito de gestão, especialmente, na realização da gestão de cuidados, sendo uma coadjuvante para a minha formação de Enfermeira Especialista. O facto de esta prática clínica ter sido realizada lado a lado de uma Enfermeira também ele com funções de Chefe de Equipa, levou-me a compreender melhor e a refletir sobre esta temática, detendo atualmente, uma perspetiva mais ampla e desmedida do que é a gestão num Serviço de Urgência.

Não resisti, então, a refletir um pouco mais numa temática abordada em sala de aula como os diferentes estilos de liderança.

Tive o privilégio de estar lado a lado da Enfermeira que orientou o meu estágio e, também enquanto Chefe de Equipa, havendo, portanto, várias oportunidades para compreender o papel de um líder de uma equipa exímia como a do AUA do Hospital [REDACTED].

Para Goleman, citado por Gonçalves, “liderar não é dominar, mas, sim, a arte de convencer as pessoas a trabalharem com um objetivo”.<sup>29</sup> No que diz respeito ao Enfermeiro no papel de líder, Goleman, citado por Gonçalves, acrescenta que o seu principal objetivo “consiste em ver a sua equipa a trabalhar com prazer e não por obrigação, prestando uma assistência de qualidade e promovendo o bem-estar do cliente, principal alvo de todo o planeamento de uma estrutura hospitalar”.<sup>29</sup>

Roxo e Gonçalves escrevem que “um líder eficaz é aquele que consegue identificar e diagnosticar corretamente a situação e o nível de maturidade dos seus subordinados, adotando o estilo de liderança mais adequado à situação identificada, permitindo que ocorra também um desenvolvimento de competências dos liderados, inspirando, motivando e incentivando a que cada um dê o máximo de si para alcançarem a visão e os objetivos estipulados em grupo”.<sup>30</sup>

Seguindo este raciocínio, concordo com Sousa e Barroso, citados por Roxo e Gonçalves, quando defendem que “o líder enfermeiro funciona como uma inspiração para os demais membros da equipa de enfermagem, que tendem a seguir o seu exemplo”.<sup>30</sup>

Chiavenato definiu três estilos de liderança: autocrática, democrática e liberal. No quadro seguinte, enunciado por Sanhudo, é possível compreender estes três estilos de liderança:

Estilos de Liderança	Líder	Líder	Líder
Processo de Trabalho	Autocrático	Democrático	Liberal
Tomada de Decisões	Apenas o líder decide e fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo.	As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo que é estimulado e assistido pelo líder.	Total liberdade para tomada de decisões grupais ou individuais, com participação mínima do líder.
Programação dos Trabalhos	O líder determina providências para a execução das tarefas, uma por vez, na medida em que são necessárias e de modo imprevisível para o grupo.	O próprio grupo esboça providências e técnicas para garantir o alvo com o aconselhamento técnico do líder.	A participação do líder no debate é limitada, apresentando apenas alternativas ao grupo.
Divisão do Trabalho	O líder determina qual é a tarefa que cada um deverá executar.	A decisão das tarefas fica a critério do grupo.	Absoluta falta do líder.
Participação	O líder é pessoal e dominador nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada um.	O líder procura ser um membro normal do grupo. É objetivo e estimula com factos, elogios ou críticas.	O líder não faz nenhuma tentativa de avaliar. Faz apenas comentários quando questionado.

**QUADRO 1** – Estilos de Liderança (citado por Sanhudo)<sup>31</sup>

Na minha perspetiva, o Enfermeiro no papel de Chefe de Equipa pode desempenhar diferentes estilos de liderança, tendo em conta a circunstância que exige o seu contributo como líder. Ou seja, o Enfermeiro Chefe de Equipa do AUA do HLL no início de cada turno, aquando da divisão dos clientes internados pelos Enfermeiros escalados, exerce o tipo de liderança autocrática, uma vez que “determina qual a tarefa que cada um deverá executar”, sendo este tipo de liderança uma exigência do funcionamento da própria instituição. No que diz respeito à tomada de decisões na prestação de cuidados diretos ao cliente, entendo que o Enfermeiro Chefe de Equipa exerce uma liderança do estilo liberal permitindo uma “total liberdade para tomada de decisões” tendo, no entanto, presente o nível de conhecimentos e igualmente o nível de integração em que o seu liderado se encontra. Entendo, portanto, que uma intervenção autónoma nos cuidados de Enfermagem, também possa ser interpretado como um estilo de liderança liberal por parte do Enfermeiro Chefe de Equipa.<sup>31</sup>

Por outro lado, observei em várias situações o exercício de liderança democrática por parte do Enfermeiro Chefe de Equipa, nomeadamente nos elogios aos seus liderados, sendo transparente o otimismo e motivação que este transmite à sua equipa.

#### **6.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

Segundo OE e face a este domínio, cabe ao Enfermeiro Especialista a capacidade e desenvolvimento do autoconhecimento centrado na prática de Enfermagem Especializada, com base na evidência científica, no conhecimento válido, atual e pertinente existente, e apresentar-se como agente facilitador dos processos de aprendizagem e ativo no campo da investigação”, conforme cita Cunha.<sup>20</sup>

Para Costa, “o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais na ótica da enfermagem depende da capacidade de autoconhecimento do enfermeiro”.<sup>32</sup> Concordo, assim, com Costa quando afirma que o Enfermeiro “desenvolve conhecimento com base na teoria e na experiência adquirida na prática”.<sup>32</sup> Neste sentido, as vivências ao longo deste estágio revelaram circunstâncias para a minha aprendizagem e que serão determinantes para a minha atuação na minha prática profissional daqui em diante.

Devido ao facto de o contexto do Serviço de Urgência não me ser familiar profissionalmente, nos primeiros dias próxima da minha Enfermeira Orientadora indaguei entender as áreas distintas, a sua dinâmica e quais os circuitos dos clientes admitidos no AUA. Simetricamente, consultei normas e protocolos que faziam parte do AUA, elaborei pesquisa bibliográfica e inquiri por algumas vezes a minha Enfermeira Orientadora e alguns pares no sentido de assimilar a conduta neste serviço.

Este estágio possibilitou vivenciar experiências fomentadoras do meu crescimento como pessoa e profissional permitindo o meu progresso na aquisição de *know-how* no cuidado à pessoa em situação crítica e família no Serviço de Urgência.

Explorei a prestação de cuidado de Enfermagem assente nos saberes já adquiridos ao longo desta caminhada, no saber-ser, no saber-fazer, no saber-estar, ao mesmo tempo que evocava responsabilidade e fortalecia aptidões inerentes a este contexto.

Procurei todos os momentos que permitissem o meu progresso e consequente desenvolvimento das capacidades em compreender e resolver circunstâncias imprevistas associadas à pessoa em situação crítica.

Os cuidados à pessoa em situação crítica, inerentes neste estágio no AUA, revelaram-se uma oportunidade para eu os transformar em momentos de aprendizagem, uma vez que diferem substancialmente da minha realidade profissional.

Este percurso no AUA no HLL revelou-se uma oportunidade de comunhão com técnicas não apenas relacionadas com procedimentos técnicos, mas também relacionais, humanas e éticas no cuidado à pessoa em situação crítica, que me motivaram a um aprofundamento de conhecimentos teóricos.

Tive o privilégio de acompanhar alguns procedimentos na sala de Pequena Cirurgia, de acompanhar clientes ao Serviço de Bloco Operatório, de acompanhar clientes no Serviço de Hemodinâmica, de receber clientes em SO, de transferir clientes do SO para o Serviço de Internamento, de assistir na transferência inter-hospitalar, de assistir à triagem de Enfermagem, e assistir na atuação da Equipa de Emergência aquando da sua chamada em situações críticas no hospital (fora do AUA). Alguns destes procedimentos foram paralelamente realizados tanto no circuito respiratório como no circuito não respiratório.

Algumas destas intervenções, apesar de não serem correntes na minha prática profissional, já tinha tido oportunidade de observar, no entanto outras intervenções foram experienciadas por mim pela primeira vez.

Foi também um enorme desafio neste estágio, o facto de ter tido a oportunidade de contactar com um programa informático não muito familiar para mim: o Sorian, já que no meu contexto de trabalho o programa implementado é o Medicine One. E, apenas tive contacto na prática clínica de “Vigilância e Decisão Clínica”.

Este sistema de informação possibilita o registo de toda a informação referente ao cliente, desde a avaliação inicial até à sua transferência/alta do AUA, permite aceder às prescrições e administrações de medicação, prescrição de exames complementares de diagnóstico, registos de entradas e saídas e, consequente balanço hídrico, diferentes escalas de avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Toda esta informação está

interligada, os registos médicos e de enfermagem intersetam-se, favorecendo naturalmente o plano de cuidados.

## **7. REFLEXÃO CRÍTICA por DOMÍNIO das COMPETÊNCIAS do ENFERMEIRO ESPECIALISTA em ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA à PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA**

Conforme o Parecer da Ordem dos Enfermeiros de 2017, ao citar Coimbra e Amaral, “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.<sup>23</sup>

O mesmo Parecer complementa e afirma que “(...) os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.<sup>23</sup> Acrescentando que esses “(...) cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.<sup>23</sup>

No que respeita às proficiências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, Ribas expõe a orientação da Ordem dos Enfermeiros defendendo que “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.<sup>33</sup> De acordo com o mesmo autor, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica cuida de forma altamente qualificada e contínua em situação de “(...) uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.<sup>33</sup> Paralelamente, é proficiência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica a capacidade de adequar o seu

cuidado em contexto de catástrofe, assim como a otimização “(...) na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação”, conforme Ribas cita a OE.<sup>33</sup>

À vista disso, o estágio no AUA foi basilar para o *upgrade* dessas competências específicas orientadas pela Ordem dos Enfermeiros.

### **Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica**

#### **O que vivenciei...**

Durante a prática clínica no AUA, foi possível desenvolver competências nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, até porque não é a área onde desempenho a minha prática profissional sendo, portanto, aproveitados todos os momentos de cuidado de Enfermagem vivenciados de forma muito intensa e expectante. Como refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, como cita Ribas, é previsto que este, tendo em ponderação as situações herméticas e as respostas essenciais à pessoa em situação crítica, impulse os saberes e aptidões por forma a “(...) responder em tempo útil, de forma holística”.<sup>33</sup> Nesta orientação, tive sempre em consideração a prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico, impulsionando os conhecimentos teóricos necessários, de forma a identificar situações de maior instabilidade clínica, tendo ao meu lado a basilar orientação clínica da minha Enfermeira Orientadora perita nesta área de Enfermagem.

No AUA as atividades desenvolvidas foram parceladas pelas distintas áreas físicas, tendo tido maior incidência na Sala de Observação do circuito não respiratório.

## O que vivenciei no circuito respiratório...

De acordo com a descrição de Ferreira, o atual coronavírus, com a codificação de SARS-CoV-2, “(...) pertence à família do vírus *Coronaviridae* que causa infecções respiratórias que vão desde casos leves a Síndrome Respiratória Aguda Grave, identificada pela primeira vez, na cidade de Wuhan–China, no dia 31 de dezembro 2019”.<sup>34</sup> O mesmo autor completa a descrição referindo que a terminologia covid-19 “(...) é uma palavra inglesa, formada pela junção das letras co, de *corona*; vi, de *vírus*; d, de *disease*, acrescido do número 19, que traz referência ao ano de surgimento, que significa <<doença causada pelo vírus corona>>”.<sup>34</sup> É de conhecimento geral na comunidade científica que esta doença é detentora de elevada “(...) patogenicidade e virulência, bem como tempo de incubação prolongado, fatores estes, que fizeram o vírus se disseminar rapidamente pelos continentes, levando a Organização Mundial de Saúde, declarar estado de pandemia no dia 11 de março de 2020”, como sublinha Ferreira.<sup>34</sup>

Conseqüentemente, o AUA do HLL foi obrigado a dividir-se em dois distintos circuitos: respiratório e não respiratório. Sendo que, no circuito respiratório se reserva uma área apenas para atendimento a clientes com sintomas respiratórios (e também sinais/sintomas infecciosos), restringindo a circulação de profissionais e clientes em regime de isolamento.

Estou de acordo com Cofen, citado por Ferreira e outros, quando defende que os Enfermeiros lutam “(...) contra um inimigo invisível, exercendo um papel importante não só na identificação e avaliação dos casos suspeitos, mas também na prevenção e combate a propagação do vírus, visando minimizar e eliminar os riscos que possam comprometer a saúde humana”.<sup>34</sup> O mesmo autor adita que, no cuidado à pessoa com SARS-Cov-2, “(...) a enfermagem está na linha de frente, atuando na proteção, prevenção, promoção e reabilitação nos três níveis da atenção a saúde”.<sup>34</sup>

Neste cenário pandêmico foi possível verificar que o cuidado ao cliente em situação crítica no circuito respiratório no AUA foi sempre o adequado paralelamente ao uso adequado das medidas de etiqueta respiratória, do uso de equipamento de proteção individual e da correta aplicação dos circuitos definidos neste contexto epidemiológico, conforme definidas pelas entidades competentes.

### **a) Sala de Triagem**

Nesta fase do cuidado de Enfermagem no AUA, tive um papel meramente de observação dos meus pares, compreendendo que o conhecimento e experiência do Enfermeiro que realiza a triagem em serviço de urgência é de enorme complexidade e acurácia. Ou seja, o Enfermeiro que realiza a triagem em serviço de urgência tem ao mesmo tempo de ser objetivo na colheita de dados e sensível à informação que colhe, num curto espaço temporal que não deve ultrapassar os 2 minutos. Ainda acrescento que deve ser tida em conta, para além da vulnerabilidade da condição de se dirigir a um serviço de urgência, ter em consideração que a pessoa quando chega à triagem do circuito respiratório vem de uma divisão abrupta do circuito não respiratório, o que a deixa numa condição de ansiedade acrescida tendo em conta a realidade epidemiológica que vivemos atualmente.

### **a) Sala de Observação**

Nesta fase, foi possível eu ter um papel mais interveniente que me permitiu prestar cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica. Apesar de não ter ocorrido situações de falência de órgãos eminente, foi enriquecedor estabelecer cuidados de Enfermagem em contexto de urgência onde a minha preocupação pela satisfação do cliente com o meu cuidado esteve sempre presente. Desde a minha preocupação pelo acolhimento do cliente nesta sala e pelo seu conforto, passando pela desmistificação da sua condição atual explicando que é uma fase de transição em que necessita de maior cuidado, mas ao mesmo tempo necessária para a sua evolução positiva (induzindo esperança nos meus cuidados). Ainda nesta sala, a minha prestação passou pelo momento de dar alta onde tive oportunidade de realizar ensinamentos de Enfermagem, alguns dos quais inerentes à minha experiência profissional. Por outro lado, foi oportuno presenciar a preparação de uma transferência inter-hospitalar de um cliente em regime de isolamento por sars-cov-2. Desta forma, foi oportuno confirmar o espírito de entreatajuda entre a equipa multidisciplinar na circunstância epidemiológica atual e com toda a magnificência que tal exige.

Também estabeleci cuidados diretos a clientes com o diagnóstico sars-cov-2 confirmado, onde recorde um cliente que se encontrava institucionalizado numa instituição de 3ª idade, onde tinha tido a confirmação do diagnóstico atual nas últimas horas. Tratava-se de uma pessoa orientada nas vertentes pessoa, espaço, tempo e situação sendo o motivo principal da sua presença no AUA o facto de ser insuficiente renal crónico com necessidade de realizar hemodiafiltração intermitente 3 vezes por semana associado ao diagnóstico de sars-cov-2, o que o impedia de regressar à sua instituição de origem após a hemodiálise. A sua condição clínica, apesar da circunstância, encontrava-se estável, no entanto, no domínio psicológico o cliente demonstrava preocupação com o afastamento da sua residência habitual. Por isso o meu cuidado incidiu fundamentalmente em estabelecer uma relação de empatia e de entreajuda, ou seja, ao mesmo tempo que auxiliava o cliente no posicionamento na cama e lhe preparava o tabuleiro viajámos os 2 até à sua terra de origem, a Serra da Estrela. O pretexto do pão e do queijo que se apresentavam nesse pequeno-almoço foi o mote para o “desafiar” quando lhe perguntava qual o melhor queijo e pão se os da Serra da Estrela se os de Palmela (a região onde vivo). E, apesar da sua moderada hipoacusia, foi genuína a forma como o cliente entrou na “guerrilha” de regiões. Após os cuidados de higiene o cliente foi transferido para o Serviço de Internamento, ficando mais uma vez presente as relações efémeras que são vividas em contexto de serviço de urgência contrariando a minha experiência profissional em contexto de internamento em que as relações entre os Enfermeiros e os clientes têm maior duração. Foi com regozijo que pude colaborar de forma interdependente com a equipa multidisciplinar neste contexto.

#### **b) Sala de Pequena Cirurgia**

Esta sala apesar de se encontrar fisicamente no circuito respiratório inerente da construção inicial do AUA, é fundamentalmente dedicada à prestação de cuidados a clientes do foro não respiratório.

É nesta sala que se prestam cuidados a clientes que por diferentes razões necessitam de ser suturados. A grande maioria das situações que surgiram durante o meu estágio

remeteram-se a condições de pequenos acidentes, ora por quedas ora por contusões por equipamentos de corte e, ainda por uma situação insólita como o caso de um cliente que tinha uma espinha na orofaringe. Neste último caso, foi possível auxiliar o médico a exteriorizar uma espinha da orofaringe do cliente recorrendo apenas a uma pinça de *magill*, mesmo embora tenha sido um procedimento demorado e sob anestesia local. O que no contexto da minha prática profissional este tipo de situação tem de ser submetido em contexto de bloco operatório sob anestesia geral, que foi também o ocorreu uns dias depois aqui no AUA com outro cliente.

Ao longo dos turnos realizados no AUA, a minha prática foi sendo de alguma forma mais autónoma e segura, acompanhando a tendência natural do período de integração que um novo serviço exige.

### **c) Sala de Reanimação**

Aquando da prática clínica no AUA não houve oportunidade de observar, participar e avaliar a prestação de cuidados emergentes em situação de reanimação cardiorrespiratória. No entanto, foi permanentemente minha preocupação a atualização de conhecimentos nesta temática, tendo em conta as últimas evidências técnico-científicas.

## **O que vivenciei no circuito não respiratório...**

### **a) Sala de Triagem**

Tal como no circuito respiratório, nesta fase dos cuidados de Enfermagem ao cliente em situação urgente o meu papel foi meramente como espectadora, atendendo à especificidade dos cuidados neste contexto e à minha inexperiência nesta área. No entanto, foi fundamental para a minha perceção e compreensão dos cuidados de

Enfermagem num serviço de urgência. Ainda assim, tentei ter um papel ativo de alguma forma, procedendo à chamada dos clientes em sala de espera (o que me permitia logo num primeiro impacto compreender se o cliente vinha acompanhado de pessoa significativa) e colaborar na avaliação dos parâmetros vitais durante a triagem. Por fim, também pude participar na transferência do cliente desde o circuito não respiratório para o circuito respiratório quando a primeira triagem (na entrada da instituição) não tinha identificado sinais/sintomas sugestivos de Sars-Cov-2.

Apesar da limitação da minha atuação nesta sala, foi minha preocupação permitir que o cliente se sentisse satisfeito com o cuidado de Enfermagem: na forma de chamar o cliente à sala de espera tentava usar um tom acolhedor de forma que o primeiro impacto com a Enfermagem fosse o mais ótimo possível; a minha postura na participação da avaliação em Sala de Triagem foi de empatia e demonstrando preocupação pelo sua segurança e conforto, ao mesmo tempo que era igualmente preocupação o cuidado à pessoa significativa a quem nem sempre era permitida acompanhamento à Sala de Triagem. De forma exímia foi a atuação do corpo de Enfermagem nesta fase em que era fundamental o cuidado em explicar ao cliente o seu percurso previsto durante a sua estadia neste serviço. Foi similarmente distinta a destreza da Equipa de Enfermagem em reconhecer situações emergentes e no célere encaminhamento do cliente.

## **b) Sala de Tratamentos**

Neste espaço tive distintas experiências que me permitiram desenvolver competências cujas vertentes abrangeram diferentes situações.

Numa primeira fase, durante a fase de integração fundamentalmente o meu papel era participar em situações que me eram familiares como a participação em cateterismo periférico, a participação em cateterismo vesical, a administração de analgesia, a realização de pensos ou a colheita de produtos laboratoriais. Ao longo dos turnos fui igualmente tendo uma participação mais próxima enquanto elemento da equipa multidisciplinar, sendo muitas vezes reconhecida como tal.

As situações que mais presença tiveram nesta sala foram situações agudas como o controlo de dor em situação de cólica renal ou lombalgias/cervicalgias; realização de cuidados a queimaduras de 1º grau; realização de cuidados a fratura de extremidades; realização de cuidados a pensos de pós-operatório; assim como quadros de hematúria ou retenção urinária; e, ainda estados de ansiedade e agressividade para com a equipa multidisciplinar. E algumas situações foi interessante a troca de experiências com os meus pares, já que em alguns casos tive ocasião de proceder conforme a minha experiência profissional e em que foi possível o reconhecimento dos colegas na troca de conhecimentos. Em outras situações, reconheço que a minha passagem neste contexto me proporcionou momentos de partilha em que adquiri experiências que de outra forma não teria oportunidade.

Não obstante o facto de a satisfação do cliente ser um foco nos meus cuidados durante a minha prática clínica, foi igualmente um ponto de interesse estar presente no maior número de oportunidades de cuidados possível.

Recordo por duas vezes distintas, ter havido oportunidade de participar diretamente com o Médico, em que os clientes tiveram de ser sujeitos à “redução” da fratura e proceder posteriormente à colocação do gesso.

Na minha prática clínica já tive oportunidades de colocar gesso em situações de carácter semelhante, porém ainda não tinha tido ocasião de participar ativamente em equipa com o Médico no procedimento de “redução” da fratura.

A literatura científica classifica o termo “redução” como um tratamento não cirúrgico em que o Médico alinha as estruturas ósseas envolvidas na fratura. De acordo com *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, “se o osso é realinhado sem que seja preciso cortar a pele (incisão), a redução é chamada de redução fechada”.<sup>35</sup>

Posteriormente, à colocação do gesso foi meu propósito proporcionar ao cliente o melhor conforto possível nessa conjectura. Harmonizei estratégias de conforto como a administração de analgesia; propus ao Médico a aplicação de suporte braquial; favoreci ao cliente ensinamentos de crioterapia e de sinais de alerta.

### **c) Sala de Observação**

Neste espaço onde houve oportunidades aliciantes de aprendizagem e consolidação de conhecimentos foi onde estive mais turnos. E se por um lado, foi nesta sala que me identifiquei mais com o método de trabalho porque é o mais próximo do regime de internamento (a minha realidade profissional); por outro lado, foi também aqui que surgiram mais oportunidades de desenvolver competências inerentes à minha prática clínica.

Como referido, as situações clínicas neste contexto foram variadíssimas, porém as condições clínicas mais frequentes nesta conjuntura foram: fraturas do colo do fémur (que exigiam tratamento cirúrgico eminente ou, pelo contrário, em outras situações apenas impunham tratamento conservador); doença coronária aguda (com e sem repercussão hemodinâmica), a quem eram elegíveis tratamento hemodinâmico urgente; síndromes demenciais agudizados; quadros de prostração por desidratação; estados terminais; entre outros.

Os eventos que mais singularizaram a minha passagem por este contexto foram de certa forma tatuados em mim como marcas de representação das minhas vivências positivas, e outras negativas. Ambas fizeram parte do meu crescimento como pessoa e como profissional aspirante ao grau de Especialista em Enfermagem, convicta que o meu progresso profissional assenta nas experiências técnicas, mas também na sapiência da relação de ajuda e da relação empática estabelecidas.

Nessa conjetura, recordo algumas situações particulares que irei recordar durante muito tempo pela contribuição positiva e negativa nas minhas reflexões.

#### **As circunstâncias que mais me marcaram nesta trajetória...**

- Estudante de 3º ano do curso de Medicina tinha recorrido ao AUA com sintoma de lombalgia com 2 dias de evolução, a quem tinha sido diagnosticada pielonefrite. No dia do meu turno, encontrava-se na Sala de Observação a aguardar transferência para o

internamento. O seu discurso era típico de quem sai do seu ambiente abruptamente numa condição de doença súbita, mas com a agravante que os pais desta jovem se encontravam a viver fora de Portugal e, portanto, não tinha pessoas significativas da família próximas. Acredito que a minha atuação foi positiva, uma vez que para além das medidas de conforto físico (como a adequação térmica corporal e o conforto algico) também passaram pelo conforto emocional, através da motivação e esperança na melhoria do quadro clínico relembando a necessidade da antibioterapia nesta situação.

- Inspetor da Polícia Judiciária com quadro de retenção urinária, deu entrada na Sala de Observação durante um dos meus turnos no AUA. A sua chegada fez-se particularmente notar pelo facto de oferecer um discurso renitente a ser auxiliado a ser acolhido neste espaço. Alegou por diversas vezes que tinha de regressar para sua casa, ao mesmo tempo que contestava os cuidados da equipa. No entanto, tendo consciência da sua situação atual consentia as intervenções de Enfermagem, como a drenagem vesical e a colheita de rotinas analíticas. A dada altura desse mesmo turno confidenciou-me que tinha de ir para casa porque a sua esposa já de avançada idade nunca tinha ficado sozinha e acrescentou que o seu gato iria igualmente sentir a sua falta. Durante a nossa longa conversa, explicou-me que o seu gato, companheiro de já longo tempo, costumava adormecer com a esposa e logo de manhã bem cedo era a ele que ia pedir o pequeno-almoço. Sendo estas confissões tão ternurentas que se revelaram na assinatura de alta contra parecer médico, apesar da neta (familiar que o acompanhava no AUA) o advertir do risco que corria. Negativamente avalio a minha inexperiência em não ter tido sucesso na argumentação para capacitar o cliente em permanecer internado sob observação. Ainda que o cliente tenha reconhecido verbalmente que teve muito gosto em me conhecer e confidenciado que serei uma grande profissional.

- Ex-Ministro da agricultura com início de quadro de dor pré-cordial nessa manhã a quem foi diagnosticado doença coronária aguda, cujo plano clínico seria ser submetido a angioplastia percutânea durante o turno que eu estaria a realizar. Era notória a sua ansiedade que verbalizava com o facto de ainda hoje de manhã tinha ido às compras de forma autónoma e agora estava “numa cama de hospital” (sic) com a família na sala de espera preocupada consigo. A sua angústia insidia fundamentalmente no facto da família ter sido submetida a este constrangimento e ao facto de a sua autonomia estar

comprometida, já que não tinha permissão para se mobilizar. Do ponto de vista do conforto físico, negava precordialgia. Apenas solicitou que lhe fosse oferecido um cobertor. Do ponto de vista do conforto psicoemocional, estava comprometido pela restrição de visitas de pessoas significativas, pela inerência do contexto pandémico atual. De qualquer forma, entendo que acrescentei o meu contributo na satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem ao permitir um cuidado personalizado ao chamar o cliente pelo seu nome e apresentando-me pelo meu nome, ao mesmo tempo que lhe explicava as minhas intervenções; por outro lado, responder a todas as solicitações do cliente demonstrando disponibilidade e empatia pela sua situação atual. A certa altura solicitei a sua autorização para me permitir assistir ao procedimento a que iria ser sujeito no serviço de Hemodinâmica a que o cliente me respondeu que sim e, inclusive, agradeceu justificando que dessa forma se sentiria mais acompanhado já que me conhecia previamente ao procedimento.

- Professora que tinha sido sujeita a um acidente no dia anterior que se revelou numa fratura do colo do fémur, em consequência de queda da própria altura enquanto praticava caminhada diária. Nesse dia, eu chegava à Sala de Observação para realizar o turno da manhã. A cliente, uma mulher de meia idade, profissionalmente ativa e praticante de desporto diariamente, verbaliza-me a sua angústia pela sua condição atual ao mesmo tempo que verbalizava queixas álgicas à mobilização. O meu plano após avaliação das queixas álgicas incidiu em administrar terapêutica prescrita para conforto físico uma vez que se programava o cuidado de higiene assistido na condição de repouso no leito. Após as medidas de conforto para diminuição das queixas álgicas e de cuidados de higiene, introduzi alguns ensinamentos que incluíam exercícios isométricos e isotónicos, justificando a sua necessidade pelo facto da necessidade de repouso no leito durante as 48 horas que se seguiam uma vez que aguardava ser encaminhada para o bloco operatório para a implantação de uma prótese total da anca. O meu contributo foi incidir no plano de reabilitação da cliente, ao mesmo tempo que admitia a sua satisfação do ponto de vista do conforto físico, que foi reconhecido pela cliente que agradeceu as noções dos exercícios explicados. Negativamente, entendo que não tive oportunidade de introduzir cuidado de encorajamento e esperança, porque emotivamente a cliente não manifestou essa necessidade.

- Empresário com quadro de afasia, a quem foi diagnosticado nas últimas horas tumor cerebral. Pessoa de meia idade, ativo profissionalmente; de origem alemã, mas expressava-se em português quase fluentemente e referia ser multilingue. Contudo, recentemente iniciou quadro de cefaleias e dificuldade na interpretação da leitura, quer no seu telemóvel, quer em jornais, e outros. A dada altura, durante o turno que decorria, solicitou que fossem descidas as grades da cama no sentido de se deslocar ao wc; disponibilizei apoio no sentido de prevenir queda, no entanto admito que foi uma intervenção negativa da minha parte uma vez que, de alguma forma, deixou o cliente constrangido já que se via como uma pessoa independente. Expliquei a razão segurança, no sentido de prevenir queda tendo em conta o facto de permanecer em repouso no leito durante longos períodos e ao facto de o wc nesta unidade ser fora da área circunscrita à Sala de Observação; inicialmente não foi muito bem aceite pelo cliente porém, posteriormente, após o regresso à Sala de Observação admitiu a necessidade da supervisão e agradeceu o cuidado. Ainda relativamente ao mesmo cliente, a certa altura após ter realizado tomografia computadorizada ao crânio nesse turno, o Médico aproximou-se da sua unidade e confidenciou-lhe ali mesmo que já tinha o relatório do mesmo exame. “Boas notícias?” - perguntou o cliente ao Médico. Após lhe ter questionado se queria começar pelas boas notícias ou pelas menos boas, referiu que o seu quadro não revelou acidente vascular cerebral como se previa, contudo apresentava uma massa sugestiva de tumor cerebral. Dando logo de seguida a hipótese do procedimento seguinte que deveria ser realizado nos próximos dias, uma biópsia.

A reação do cliente foi, de alguma forma inesperada, já que não fez questões do prognóstico, nem das hipóteses de tratamento que pudessem ser consideradas.

A sua inquietação manifestou-se ao questionar porque continuava sem poder compreender as letras do jornal que tinha na sua mesa de cabeceira e na circunstância de não conseguir telefonar à esposa porque o seu telemóvel não tinha bateria. Ao perceber a angústia do cliente por não ter bateria no telemóvel ainda me disponibilizei para lhe emprestar o meu carregador de telemóvel, mas não era compatível. Então, insisti junto da equipa se haveria alguém com carregador compatível, mas não. Contudo, insisti junto da equipa se haveria forma de pelo telemóvel do serviço o cliente comunicar com a esposa, o

que foi então aceite e efetuado. Foi igualmente transmitido pelo Médico à esposa o diagnóstico do cliente, após este ter permitido a sua comunicação.

Negativa é a interpretação que faço da minha conduta durante a transmissão de más notícias, que poderia ter sugerido ao Médico transmitir a má notícia em gabinete próximo à Sala de Observação no sentido de promover a privacidade deste, já que o cliente realizava levante e deambulação o que não seria um fator impeditivo.

### **O que vivenciei no AUA do ponto de vista do controlo da dor...**

Considerando a avaliação e o controlo da dor na pessoa em situação crítica na circunstância de Serviço de Urgência uma competência a desenvolver, entendo que deva ser uma temática em que deva também incidir a minha reflexão.

Cunha menciona Castro e outros ao esclarecer que “a presença de dor acarreta um aumento substancial do desconforto, além da condição vulnerável em que se encontra”.<sup>20</sup>

Com base na declaração da Direção Geral de Saúde de 2003 na Circular Normativa N.º 9/DGCG, a que Cunha faz referência, “a dor é o 5.º sinal vital, o que transforma assim a sua gestão num direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde, determinando como norma de boa prática, a valorização da presença de dor e da sua intensidade, sendo sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas”.<sup>20</sup>

Neste sentido, concordo com Cunha quando ampara a afirmação de que “a avaliação da dor é um processo útil para melhorar essencialmente o conforto do doente e com isso evitar o excesso da terapêutica (...) analgésica”.<sup>20</sup>

Ao longo deste estágio considerei que o conforto físico fosse preocupação constante uma vez que o desconforto físico (e não só) acrescenta a condição de vulnerabilidade.

Porém, importa destacar que conforto não é somente a ausência de dor.

A Teoria do Conforto, de Kolcaba, explica que o conceito “conforto” é “(...) 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)”, como cita Oliveira.<sup>36</sup>

A mesma teórica de Enfermagem, aludida por Oliveira, explica que conforto é “(...) muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”.<sup>36</sup> E, acrescenta que o alívio é “(...) a experiência de um doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, a tranquilidade, “um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor”.<sup>36</sup>

Durante a minha passagem pelo AUA foi claro para mim o que Kolcaba explica na sua Teoria de Conforto. E eu poderia enunciar um caso específico que ilustrasse o que foi referido no parágrafo anterior. Porém, não foram raras as vezes que o cliente em situação crítica, apesar de lhe ter sido administrada medicação anti-álgica continuava a exteriorizar desconforto pela inquietude e preocupação com a sua circunstância atual, com a sua família e, em alguns casos até manifestava desconforto por assistir à condição de doença de um cliente que estivesse na mesma unidade nesse dia.

Tendo embora em consideração a minha total inexperiência em contexto de serviço de urgência considerei fundamental no meu cuidado ao cliente em situação crítica as quatro dimensões da teoria de Kolcaba (física, psicoespiritual, social e ambiental), tomando estratégias de promoção de alívio, de tranquilidade e de transcendência, como identificou a mesma autora.

### **O que vivenciei no AUA, do ponto de vista da Prevenção e Controlo da Infeção...**

Vivemos tempos únicos que exigem condutas severas e dolorosas. Durante esta prática clínica imaginei-me a prestar cuidados na idade média, em plena peste negra. Não apenas porque se vive uma pandemia, mas igualmente, ao modo rude como se vive no que diz respeito ao afastamento social. Apesar de eu ter testemunhado a humanização ímpar da equipa multidisciplinar do AUA, que em casos muito particulares e excecionais era permitida a entrada e permanência de uma pessoa significativa à Pessoa em Situação Crítica, a pandemia tem sido implacável no que diz respeito ao controlo de infeção.

Porém, também me refleti em plena Guerra da Crimeia, imaginando qual deveria ser a conduta da Mãe da Enfermagem, a Senhora Florence Nightingale, durante a atual guerra pandémica que atravessamos.

Já anteriormente à atual conjuntura epidemiológica, vários autores faziam alusão à necessidade de restrição de visitas à Pessoa em Situação Crítica. Ponte, fazendo menção a Toldo e outros, refere que “o ambiente crítico e restritivo aos pacientes, promove o distanciamento do doente com sua família, em função das rotinas hospitalares cada vez mais rígidas que visam diminuir ao máximo a circulação de pessoas e com isso o risco de infeções”.<sup>3</sup>

No decorrer desta prática clínica pretendi proceder de acordo com o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do HLL e da Direção Geral de Saúde, tendo como premissa a prestação de cuidados de prevenção de infeção, pretendendo a promoção da segurança nos cuidados de saúde.

Neste seguimento, tive a preocupação de na presença de clientes em situações críticas interceder tendo como base os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico, com o cateter vesical, na prevenção de infeção da ferida operatória, na prevenção de infeção da ferida crónica e na manutenção das boas práticas de higienização das mãos, identificadas pela Direção Geral de Saúde.<sup>37,38,39,40</sup>

Agora mais do que anteriormente, fez-me sentido durante o percurso que realizei no AUA, acompanhar de perto a equipa do GCLPPCIRA do HLL.

Trata-se um grupo constituído por dois Enfermeiros em regime de tempo inteiro, um Médico Coordenador em regime de 20 horas semanais, um Médico aplicado à gestão de antimicroorganismos (que complementa com Consultadora aos Médicos prescritores) em regime de 10 horas semanais, um elemento dos Serviços Farmacêuticos (também dedicado à gestão dos antibióticos), um elemento Administrativo e, em cada serviço do HLL existe um Elemento-Dinamizador deste grupo (que tem o papel de sensibilizar a equipa do seu serviço para a questão do controlo e prevenção de infeção e serve como elo de ligação ao GCLPPCIRA. Atualmente esta equipa dedica-se quase em exclusivo à gestão da pandemia que atravessamos.

O trabalho desenvolvido pelo GCLPPCIRA incorpora diversas atividades como: consultoria (nas áreas da gestão da roupa/circuitos/higiene das mãos/preparação segura de injetáveis/qualidade do ar, da água e da humidade/casos de Sars-Cov-2 em parceria com a saúde ocupacional/alta de clientes com Sars-Cov-2); implementação de *bundles*, normalização de boas práticas; vigilância epidemiológica; auditorias para a promoção de boas práticas; monitorização cirúrgica; gestão dos clientes em regime de isolamento (sempre que há risco epidemiológico); monitorização dos resultados laboratoriais (monitorização de microbiologia); *follow up* de monitorização de sinais de infeção no pós-operatório de cirurgias como colecistectomia, prótese de anca/joelho e cirurgias do cólon/reto (protocolo ERAS).

Trimestralmente, são elaborados pelo GCLPPCIRA relatórios de atividades onde são patentes todas as intervenções desenvolvidas e os seus resultados.

Durante este dia que estive a acompanhar um elemento de Enfermagem representante do grupo, para além da sua integral disponibilidade em me explicar a dinâmica do GCLPPCIRA e em esclarecer algumas dúvidas, também foi importante para mim perceber o tipo de relação que estabelece com os diferentes serviços do HLL. Foi oportuno acompanhar a Senhora Enfermeira por alguns serviços onde interveio diretamente com as chefias dos locais no sentido de se melhorar os circuitos respiratório e não respiratório, onde também houve espaço na verbalização das dificuldades sentidas neste contexto atual. A dada altura, a Senhora Enfermeira teve um papel interventivo junto de um funcionário da manutenção que nesse dia foi solicitado ao Atendimento Médico Pediátrico e não se encontrava a cumprir as medidas corretas de proteção individual. Igualmente, tive ocasião de participar nesse dia na afixação de cartazes desenvolvidos pelo GCLPPCIRA que seriam explicativos da boa prática de usar protetor de sapatos em algumas áreas identificadas pelo hospital, no sentido de reforçar os ensinamentos que tinham sido previamente dados às equipas do HLL.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta última fase pretendi refletir acerca das competências que foram desenvolvidas decorrentes da prática clínica “Estágio Final e Relatório” no AUA do HLL, extraíndo ensinamentos, arrisco a dizer “lições de vida, para a minha prática profissional.

Esta minha afirmação está de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, que afirma que “a progressão para a pró eficiência está baseada na formação de qualidade, com um variado conjunto de experiências clínicas nas mais diversas famílias de contextos, depreendendo-se que não seja possível de atingir sem uma diversificação experiencial”.<sup>23</sup>

Após este estágio incrível admito totalmente a afirmação da Ordem dos Enfermeiros que explica que: “o saber profissional de Enfermagem é um saber de ação que não se resume à execução de um conjunto de atividades ou procedimentos, mas sim, à capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos seus conhecimentos, habilidades, atitudes e gestão dos recursos inerentes ao perfil de competências do título profissional que lhe foi atribuído e para as funções para as quais mantém uma relação jurídica de emprego”.<sup>23</sup>

Ao longo de todo o estágio demonstrei evolução na capacidade de tomada de decisão em situações complexas, tendo sempre presente uma Enfermagem Avançada, autónoma, baseada nos Padrões de Qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, na conceção e implementação dos cuidados aos clientes.

Olhando à lupa um desses Padrões de Qualidade, ou seja, a Satisfação da Pessoa em Situação Crítica foi conseguida através da sensibilização da equipa do AUA para este objeto de estudo e igualmente à cabeceira do cliente em situação crítica no cuidado oferecido.

Até aqui eu entendia a equipa da Urgência como uma força maior e, daqui em diante reconheço-os como uma classe ímpar em determinação e bravura.

Não obstante, esta fase revelou-se um enorme estímulo, mas de forma enriquecedora e que me despertou interesse crescente a cada dia.

Este caminho traçado com curvas e lombas possibilitou-me um desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos inerentes à categoria de Enfermeira com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao desenvolver competências teórica e

práticas que me consentiram tomar resoluções fundamentadas cientificamente e me apoiaram na aquisição de autonomia indo de encontro a uma Enfermagem Avançada.

Posso concluir que, com a realização deste estágio em conjunto com a elaboração desta reflexão, foi possível, paralelamente à concretização dos objetivos desta prática clínica, a aquisição de competências particularmente importantes na minha prática profissional e alcançar os objetivos traçados por mim inicialmente.

Esta prática clínica constituiu-se impactante em relacionar-me com novas realidades, trocar experiências, refletir sobre as práticas, formas de estar e de agir. Atendendo que a minha prática de cuidados no meu contexto profissional é totalmente distinta de do AUA e, por outro lado, as minhas experiências pessoais e familiares num Serviço de Urgência terem sido constrangedoras, penso que superei as minhas expectativas iniciais procurando sempre uma práxis o mais clarividente possível.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Léxico; Dicionário Português Online; consultado em:  
<https://www.lexico.pt/reflexao/>
2. Figueiredo e outros; Guia da Unidade Curricular – Estágio Final e relatório; 2020; consultado em:  
[https://moodle.lisboa.ucp.pt/pluginfile.php/609379/mod\\_resource/content/0/Guia%20de%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Relat%C3%B3rio%20-2019\\_2020%20-%20ALTR2020.pdf](https://moodle.lisboa.ucp.pt/pluginfile.php/609379/mod_resource/content/0/Guia%20de%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Relat%C3%B3rio%20-2019_2020%20-%20ALTR2020.pdf)
3. Ponte, Carla; Relatório Final: Cuidados Integrais à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca; 2017; consultado em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21571/2/Relat%C3%B3rio%20Final%20%20Carla%20Ponte.pdf>
4. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; 2019; consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
5. Peixoto, Nuno e outros; Prática Reflexiva em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico; 2016; consultado em:  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>
6. Taveira, Carla; Relatório Final: Enfermagem... Um Percorso no Saber; 2011; consultado em:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9414/1/Relat%c3%b3rio%20CD.pdf>
7. Cantante, Ana e outros; Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal; 2019; consultado em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100261](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100261)
8. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais; 2011; consultado em:

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)
9. Ordem dos Enfermeiros; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos; 2001; consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
  10. Ordem dos Enfermeiros; Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; 1998; consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
  11. Serrano, Maria e outros; Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s); 2011; consultado em:  
<http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
  12. Balduino, Anice e outros; O Processo de Cuidar de Enfermagem ao Portador de Doença Crónica Cardíaca; 2009; consultado em:  
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>
  13. Ribeiro, Joana; Relatório de Estágio a Prática Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; 2014; consultado em:  
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2284/1/relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20-%202%c2%ba%20semestre.pdf>
  14. Machado; Cláudia; Contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral; 2013; consultado em:  
<https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6986>
  15. Moreira, Cátia; Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?; 2010; consultado em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>

16. Filho, Luiz; Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco, 2013; consultado em:  
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13387/1/Luiz%20Alberto%20Marques%20Santos%20Filho.pdf>
17. Lopes; Margarida; Satisfação do acompanhante do doente adulto que recorre ao serviço de urgência; 2015; consultado em:  
<http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1361>
18. Alves, Miguel; Balanced Scorecard para o serviço de urgência geral; 2016; consultado em: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/6553>
19. Hospital da Luz; 2018; consultado em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/hospital-da-luz/comunicacao/noticias/14455/hospital-da-luz-lisboa-obtem-acreditacao-internacional-de-qualidade-da-ici>
20. Cunha, Helena; Desenvolvimento das competências comunicacionais face à pessoa em situação crítica; 2020; consultado em:  
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30899>
21. Lobato, José e outros; ComputerWorld; 2004; consultado em:  
<https://www.computerworld.com.pt/2004/12/22/o-sorian-melhora-os-processos-e-os-resultados/>
22. Pinto, Ana; Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar; 2016; consultado em:  
[https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47267/1/RH\\_Ana%20Carolina%20Pinto.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/47267/1/RH_Ana%20Carolina%20Pinto.pdf)
23. Ordem dos Enfermeiros; Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência; 2017; consultado em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-10-2017\\_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-em-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%A2ncia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-10-2017_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemc-em-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%A2ncia.pdf)

24. Ordem dos Enfermeiros; Código Deontológico; 2015; consultado em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
  
25. Martins, Maria e outros; Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento; 2016; consultado em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=pt&tlng=pt)
  
26. Paiva Ribeiro, Olivério e outros; Revista Millenium; Qualidade dos Cuidados de Saúde; 2008; consultado em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/508>
  
27. Potra, Teresa e outros; Liderança dos Chefes de Equipa: Contributo para o Desenvolvimento de Competências Emocionais dos Enfermeiros; 2017; consultado em:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/8c3c/bc97d94a883caad6f89f8ff1b23a0efc1017.pdf>
  
28. Alves, José e outros; A Inteligência Emocional em Enfermeiros Responsáveis por Serviços Hospitalares; 2012; consultado em:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200004)
  
29. Gonçalves, Maria; Dissertação de Mestrado: Estilos de Liderança – Um Estudo de Auto-Perceção de Enfermeiros Gestores; 2008; consultado em:  
<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1063/2/marianarcisagoncalves.pdf>
  
30. Roxo, Ana e Gonçalves, Sara; Revisão Sistemática da Literatura: Impacto da Liderança na Satisfação das Equipas de Enfermagem; 2016; consultado em:  
<https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1022>
  
31. Sanhudo, Nádia; Liderança em Enfermagem; 2020; consultado em:  
<https://www.ufjf.br/admenf/files/2020/03/Aula-3-Aula-de-lideran%C3%A7a.pdf>

32. Costa, Sandra; Relatório de Estágio; 2014; consultado em:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19672/1/Vers%C3%A3o%20Final%20%20Tese%20Mestrado%20Sandra%20Costa%2019MAI2014.pdf>
33. Ribas, Vando; Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; 2020; consultado em:  
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5178/1/Relat%c3%b3rio%20Mestrado%20EPSC%20-%20Vando.pdf>
34. Ferreira, Clésia e outros; Atendimento de Enfermagem aos Pacientes com Covid---19 Submetidos a Procedimentos Hemodinâmicos de Emergência; 2020; consultado em:  
<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/download/421/182>
35. American Academy of Orthopaedic Surgeons; Fraturas distais do rádio (fratura do punho); 2020; consultado em:  
<https://orthoinfo.aaos.org/pt/diseases--conditions/fraturas-distais-do-radio-fratura-do-punho-distal-radius-fractures/>
36. Oliveira, Célia; Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem; 2013; consultado em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2\\_Artigo1\\_2\\_8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)
37. Direção Geral da Saúde; Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical; 2015; consultado em: [https://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Documents/normas/NORMA\\_19\\_2015\\_infecao\\_urinaria\\_cateter-vesical.pdf](https://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Documents/normas/NORMA_19_2015_infecao_urinaria_cateter-vesical.pdf)
38. Direção Geral da Saúde; Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico; 2013; consultado em: [https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024\\_2013-Preven%C3%A7%C3%A3o-da-Infec%C3%A7%C3%A3o-do-Local-Ciru%C3%81rgico.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Preven%C3%A7%C3%A3o-da-Infec%C3%A7%C3%A3o-do-Local-Ciru%C3%81rgico.pdf)

39. Direção Geral da Saúde; Orientação para a Prevenção da Infecção na Ferida Crónica; 2013; consultado em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192013-de-23122013-pdf.aspx>

40. Direção Geral da Saúde; Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas

Unidades de Saúde; 2010; consultado em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-sd-de-14062010-pdf.aspx>

## **10. ANEXOS**

ANEXO I – Projeto de Estágio “Estágio Final e Relatório” - WORD

ANEXO II – Projeto de Estágio “Estágio Final e Relatório” - POWERPOINT

ANEXO III – Sessão de Formação em Contexto de Trabalho

- a) Proposta de Apresentação
- b) Plano da Sessão
- c) Folha de Presenças
- d) Avaliação da Sessão
- e) Certificado de Presença

**APÊNDICE 12** - Proposta formal de autorização para a realização de Sessão de Formação em Serviço

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para Ação de Formação em Serviço – Exposição dos Resultados da Scoping Review “Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem”

Susana Cristina da Silva Andrez, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa, a realizar prática clínica no Atendimento Urgente de Adulto no Hospital da [REDACTED] sob orientação da Senhora Enfermeira Inês Monteiro, vem por este meio solicitar que no âmbito do referido estágio, lhe seja concedida autorização para a realização de uma ação de formação (guião em anexo) aos Senhores (as) Enfermeiros (as) que estiverem a realizar turno no dia estabelecido para a sessão em causa.

Esta ação de formação servirá para divulgar os resultados da pesquisa desenvolvida acerca da questão de investigação: Quais os fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem?

Grata pela atenção dispensada

Lisboa, 10 de dezembro de 2020

Susana Cristina da Silva Andrez

**APÊNDICE 13 – Plano da Sessão de Formação em Serviço**

## PLANO da SESSÃO de FORMAÇÃO em SERVIÇO

**Formadora:** Susana Andrez (Mestranda de Enfermagem, a frequentar a Especialidade Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa)

**Tema:** Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem

**População-alvo:** Enfermeiros do Atendimento Urgente de Adulto do Hospital [REDACTED]

**Local:** Sala de Tratamentos

**Data:** 14 dezembro 2020 (15h30)

**Duração:** 20 minutos

**Objetivo:** Sensibilizar os Enfermeiros para a temática da satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA / METODOLOGIA	DURAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acolher a População-alvo</li><li>- Apresentação da formadora</li><li>- Apresentação do tema</li><li>- Apresentar o objetivo da sessão</li><li>- Apresentar as atividades a desenvolver durante a sessão</li></ul>	Expositivo	5 minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Exposição de frases de clientes em situação crítica</li><li>- Exposição dos fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidados de Enfermagem</li></ul>	Expositivo	10 minutos
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a comunicação da população-alvo ao longo da sessão<ul style="list-style-type: none"><li>- Esclarecer dúvidas</li></ul></li><li>- Solicitar uma avaliação escrita da sessão</li><li>- Finalizar a sessão</li></ul>	Avaliação da sessão com recurso a questionário de opinião	5 minutos

**APÊNDICE 14** – *Powerpoint* da Sessão de Formação em Serviço: “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem”

## **AÇÃO de FORMAÇÃO em SERVIÇO:**

### **Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem**

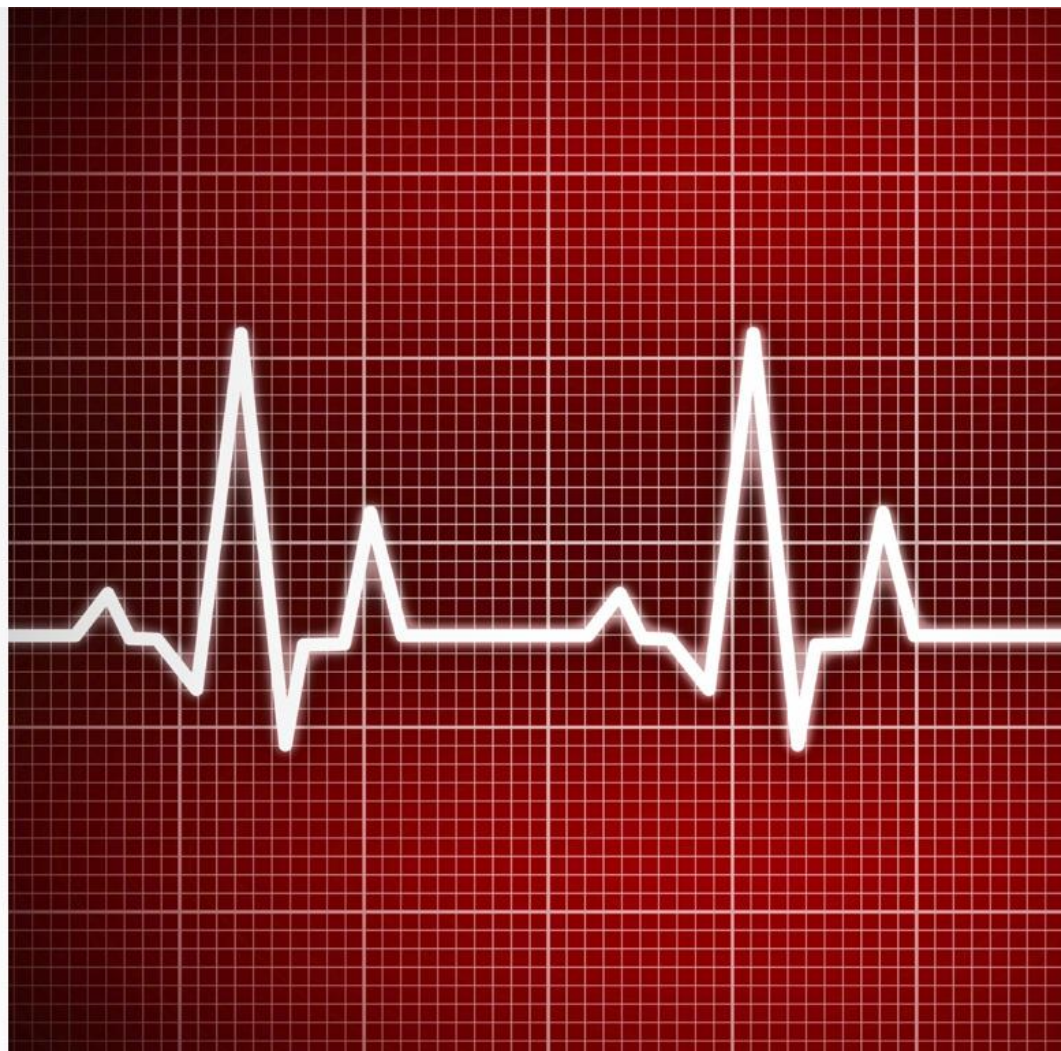
14 de dezembro 2020

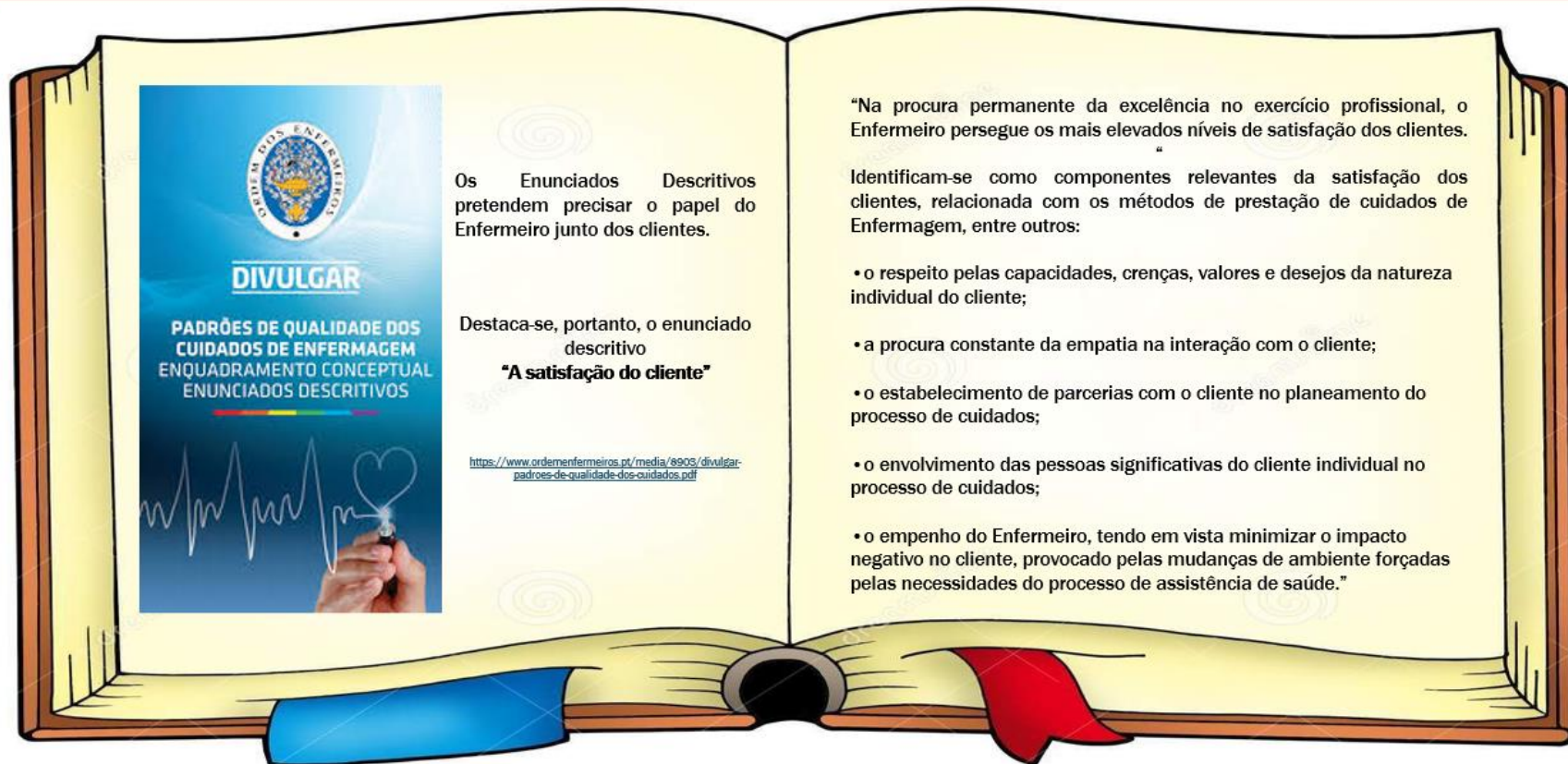
Susana Andrez

13º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

Orientação Pedagógica: Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Orientação Clínica: Senhora Enfermeira Inês Monteiro  
(Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)





### III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

## ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

### Satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem: *uma Scoping Review*

Andrez, S. [1], Pontífice Sousa, P. [2], Marques, R. [3]

Andrez, S. [1]. Pontífice Sousa, P. [2]. Marques, R. [3]. A Orientação em Enfermagem de Saúde: Uma revisão de literatura. In: *Revista de Enfermagem em Saúde*. 2019; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.24090/2526-9068.v1i1.1>.   
 [2] Pontífice Sousa, P. [3] Marques, R. [1]. A Orientação em Enfermagem de Saúde: Uma revisão de literatura. In: *Revista de Enfermagem em Saúde*. 2019; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.24090/2526-9068.v1i1.1>.   
 [3] Marques, R. [1]. Pontífice Sousa, P. [2]. A Orientação em Enfermagem de Saúde: Uma revisão de literatura. In: *Revista de Enfermagem em Saúde*. 2019; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.24090/2526-9068.v1i1.1>.

**INTRODUÇÃO**

Sabendo que é a equipa de Enfermagem quem está em presença plena junto da pessoa em situação crítica, facilmente se percebe que são estes os profissionais quem estabelecem o principal vínculo entre o cliente e a instituição. Com o conhecimento de quais os fatores que podem influenciar a satisfação do cliente sobre os cuidados de Enfermagem em contexto crítico, os Enfermeiros terão maior percepção sobre a prática clínica.

**OBJETIVO**

Mapear o estado da arte acerca dos fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem.

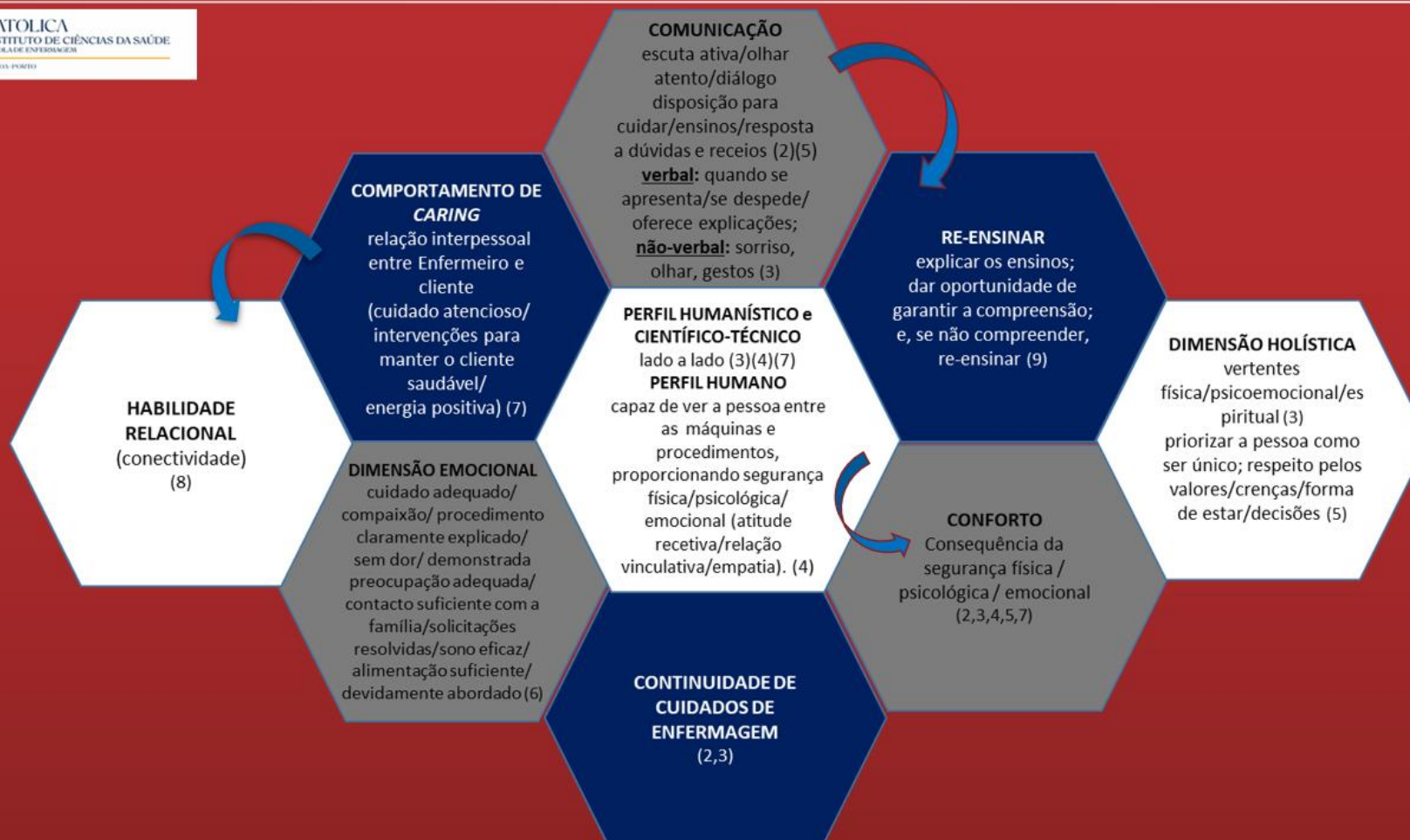
**MÉTODOS**

Bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde, EBSCO, SciELO e Google Académico  
agosto e setembro de 2020  
Frases booleanas: ["patient satisfaction"] AND ["critical care"] AND ["nursing"]  
Horizonte temporal entre 2010 e 2020  
Idiomas: português, inglês e espanhol.  
Extração de dados pela metodologia Scoping Review desenvolvida pelo Instituto Joanna Briggs [4].

De um total de 20098 artigos, **8 foram incluídos** nesta revisão, por responderem à questão de investigação. Os estudos são de evidência A - revisão sistemática (2,4,8); de evidência B - natureza qualitativa (3,4,5); e de evidência B - natureza quantitativa (6,7). Evidenciou-se, nesta revisão, que a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem relaciona-se com:



Referências Bibliográficas:  
 [1] Andrez, S. [2] Pontífice Sousa, P. [3] Marques, R. [4] Joanna Briggs Institute. *Scoping Review*. The Joanna Briggs Institute, 2015. <https://www.joannabriggs.com/Handbook-1/Scoping-Reviews/Scoping-Review-Methodology/Scoping-Review-Methodology.html>.  
 [2] Pontífice Sousa, P. [3] Marques, R. [1] Andrez, S. [4] Joanna Briggs Institute. *Scoping Review*. The Joanna Briggs Institute, 2015. <https://www.joannabriggs.com/Handbook-1/Scoping-Reviews/Scoping-Review-Methodology/Scoping-Review-Methodology.html>.  
 [3] Marques, R. [1] Andrez, S. [2] Pontífice Sousa, P. [4] Joanna Briggs Institute. *Scoping Review*. The Joanna Briggs Institute, 2015. <https://www.joannabriggs.com/Handbook-1/Scoping-Reviews/Scoping-Review-Methodology/Scoping-Review-Methodology.html>.  
 [4] Joanna Briggs Institute. *Scoping Review*. The Joanna Briggs Institute, 2015. <https://www.joannabriggs.com/Handbook-1/Scoping-Reviews/Scoping-Review-Methodology/Scoping-Review-Methodology.html>.







Muito obrigada pela vossa atenção!

**APÊNDICE 15 - Fichas de Avaliação da Sessão de formação em Serviço**

## FICHA de AVALIAÇÃO da SESSÃO de FORMAÇÃO em SERVIÇO

**AÇÃO de FORMAÇÃO em SERVIÇO:** Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem

**FORMADORA:** Susana Andrez

**Data:** 14 dezembro 2020 (15h30)

Uma vez concluída esta ação de formação, importa refletir sobre os conceitos abordados e dinâmica estabelecida.

A sua opinião é absolutamente importante para a avaliação da mesma e assim, melhorar eficácia/eficiência nas futuras ações de formação.

Pelo que se solicita o preenchimento de cada um dos parâmetros a seguir enunciados.

Avalie cada item, colocando uma cruz na coluna que melhor traduz a sua opinião.

NÃO SE APLICA	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
0	1	2	3	4	5

	0	1	2	3	4	5
<b>Objetivos</b>						
Clareza na definição do objetivo						
Grau de realização do objetivo proposto						
Expectativas em relação à ação						
<b>Desenvolvimento/Utilidade</b>						
Utilidade do tema abordado para o desempenho das suas funções						
Alterações que esta ação de formação pode provocar ou estimular no seu local de trabalho						
<b>Desenvolvimento/Realização da ação</b>						
Duração da formação						

<b>Materiais pedagógicos/Metodologias</b>						
Utilização dos meios audiovisuais						
Qualidade da documentação distribuída						
Metodologias da exposição						
<b>Desempenho do formador</b>						
Domínio do tema abordado						
Conteúdos transmitidos						
Capacidade da comunicação demonstrada						
Dinâmica do formador						
Utilidade dos conteúdos expostos para a prática profissional						

Sugestões/Observações:

---



---



---

Nome (facultativo): \_\_\_\_\_

Obrigada pela sua participação!

**APÊNDICE 16** – Certificado de Participação na Sessão de Formação em Serviço

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA AÇÃO DE FORMAÇÃO em SERVIÇO:**

**Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem**

Certifica-se que o Exmo.(a) Senhor(a) Enfermeiro(a) \_\_\_\_\_ esteve presente na referida ação de formação que decorreu no dia \_\_\_\_\_, com a duração de 20 minutos. Foi realizada pela Mestranda de Enfermagem Susana Andrez, a frequentar a Especialidade Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa sob orientação pedagógica da Senhora Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa e sob Orientação Clínica da Senhora Enfermeira Inês Monteiro. A formação teve lugar no Serviço de Atendimento Urgente de Adulto do Hospital [REDACTED].

**APÊNDICE 17 – Registo de Presenças na Sessão de Formação em Serviço**



**APÊNDICE 18** – Submissão e Publicação do Póster “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem” publicado no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO”

---

## 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

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para [saude@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:saude@ics.lisboa.ucp.pt) em formato WORD.

Colocar no Assunto do email:  
Submissão de Posters – III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

**Título do Poster:** Fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem: Scoping Review

**Autoria(s):** Susana Andrez [1]; Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa [2]; Professora Doutora Rita Marques [3]

**Afiliação do(s) autor(es):** [1] – Licenciada em Enfermagem. Enfermeira-Sénior no Internamento Médico-Cirúrgico e na Consulta de Enfermagem Perioperatória do Hospital da Luz de Setúbal. Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; [2] - Licenciada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Mestre em Comunicação em Saúde. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa. Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora do Centro Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa nas áreas da teoria e prática de Enfermagem, especificamente nas vertentes ligadas ao conforto, aos idosos e à comunicação. [3] - Licenciada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestre em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Professora Adjunta na Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa.

**Resumo** (5000 caracteres):

**Introdução:** Sabendo que é a equipa de Enfermagem quem está em presença plena junto da pessoa em situação crítica, facilmente se percebe que são estes os profissionais quem estabelecem o principal vínculo entre o cliente e a instituição. Com o conhecimento de quais os fatores que podem influenciar a satisfação do cliente sobre os cuidados de Enfermagem em contexto crítico, os Enfermeiros terão maior perceção sobre a prática clínica.

**Objetivos:** Mapear na literatura científica o conhecimento científico disponível acerca dos fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem.

**Materiais e Métodos:** A estratégia compreendeu uma pesquisa inicial nas bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), EBSCO, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Académico em agosto e setembro de 2020. Teve como recurso os termos de descritores reconhecidos pelo MeSH e pelo DeCs e foram utilizadas combinações destes através do operador booleano: “AND”. Figurando-se a frase booleana: (“patient satisfaction”) AND (“critical care”) AND (“nursing”). Foram consideradas publicações num horizonte temporal entre 2010 e 2020 e, a pesquisa foi realizada nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram extraídos os dados com recurso a um instrumento padronizado, conforme indicado pela metodologia Scoping Review desenvolvida pelo Instituto Joanna Briggs (1).

**Resultados:** Evidenciou-se, nesta revisão, que alguns estudos consideraram que a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem relaciona-se com a **comunicação** (escuta ativa/olhar atento/diálogo/disposição para cuidar/ensinos/resposta a dúvidas e receios. (2,5)

Acrescenta-se, noutro estudo, a distinção entre comunicação verbal: quando o Enfermeiro se apresenta/se despede/oferece explicações; e não-verbal: sorriso, olhar, gestos. (3)

Destaca-se, além disso, em outro estudo, a importância da comunicação nos ensinos que o Enfermeiro realiza. Ao explicar os ensinos; dar oportunidade de garantir a compreensão; e, se não compreender, re-ensinar – foi classificado como **Re-ensinar** um fator inerente à satisfação do cliente. (9)

Encontra-se, em três publicações identificadas (3,4,7), um fator comum à satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem que está relacionado com o **perfil humanístico e científico-técnico** do Enfermeiro. Nestes estudos considera-se que ambos devem-se combinar de forma constante (proporcionando segurança/bem-estar/conforto/confiança), concluindo que os clientes requerem profissionais com perfil humano e reflexivo, capazes de ver a pessoa entre as diferentes máquinas e procedimentos realizados, proporcionando segurança física/psicológica/emocional (atitude recetiva/relação vinculativa/empatia). (4) Ainda relativamente à categoria **conforto**, intrínseca à satisfação do cliente, é também referida por outros estudos desta revisão. (2,5)

Estes resultados, relacionam-se com a especialização de Enfermagem ao cliente crítico, referindo Benner quanto às competências do Enfermeiro Especialista: domínio intuitivo (antecipa e está envolvido); domínio clínico (baseado em recursos e uma visão geral do cliente, orientada para o problema). (4)

Alguns estudos, similarmente identificam a **dimensão holística** como fator intimamente relacionado à satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem. Enquanto que um estudo especifica as vertentes física/psicoemocional/espiritual (3), por outro lado, em outra análise é categorizada como priorizar a pessoa como ser único; respeito pelos valores/crenças/forma de estar/decisões (5).

Na perspetiva de dois estudos infere-se que a **continuidade de cuidados de Enfermagem** também influencia a satisfação do cliente. (2,3)

Em outro estudo (7), comprovou-se que o comportamento de **caring** é um motor muito importante para a satisfação do cliente com o cuidado de Enfermagem. Entendendo-se este conceito como a relação interpessoal entre Enfermeiro e cliente (cuidado atencioso/intervenções para manter o cliente saudável/energia positiva).

E, portanto, este estudo (7) concorda com a conclusão de outra análise (8) em que intensifica a importância da **habilidade relacional** (conectividade) no Enfermeiro.

Estes estudos vão ao encontro da **dimensão emocional** identificada noutra investigação (6) que diz respeito ao: cuidado adequado/compaixão/procedimento claramente explicado/sem dor/demonstrada preocupação adequada/contacto suficiente com a família/solicitações foram resolvidas/sono eficaz/alimentação suficiente/devidamente abordado.

**Conclusão:** Considera-se que os fatores identificados pelo cliente em situação crítica para a sua satisfação com os cuidados de Enfermagem apontam aspetos humanísticos e técnico-científicos em harmonia nos estudos envolvidos nesta revisão de escopo. No entanto, verificou-se a necessidade de existir mais divulgação destes fatores junto das equipas de Enfermagem que prestam cuidados ao cliente em situação crítica.

#### Referências Bibliográficas:

(1) - “Manual do Revisor Joanna Briggs Institute”; consultado em:

<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

(2) – Woo, Brigitte Fong Yeong e outros; “The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical settings: a systematic review”; 2017; Human Resources for Health

(3) – Romero-Garcia, Marta e outros; “La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción”; 2013; Revista Enfermería Intensiva

(4) - Jover-Sancho, Carmen e outros; “Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergências con la percepción del paciente crítico”; 2015; Revista Enfermería Intensiva

(5) – Joven, Zuli Milena e outros; “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermeira”; 2019; Av.Enferm.

(6) - Gadalean, Ioana e outros; “Evaluation of patient satisfaction”; 2011; Applied Medical Informatics

(7) - Noor, Sirajudin e outros; “The relationship between caring, confort, and patient satisfaction in the emergency room, Ratu Zalecha Hospital, South Kalimantan, Indonesia”; 2016; Belitung Nursing Journal

(8) – Bucco, Theresa; “The Relationships Between Patients’ Perceptions of Nurse Caring Behaviors, Nurses’ Perceptions of Nurse Caring Behaviors and Patient Satisfaction in the Emergency Department”; 2015; Seton Hall University Dissertations and Theses

(9) – Payne, Candi; “Teach-Back Methodology to Improve Patient Satisfaction in an Patient Satisfaction in an Urgent Care Setting”; 2017; Graduate Student Projects and Scholarship

**APÊNDICE 19** – Póster “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem” publicado no Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO”



**Satisfação do cliente em situação crítica  
com o cuidado de Enfermagem: *uma Scoping Review***

Andrez, S. [1], Pontífice Sousa, P. [2], Marques, R. [3]

Afiliação: [1] - Enfermeira-Séniór no Hospital da Luz de Setúbal. Pós-Graduação em Enfermagem da Reabilitação. Mestrando do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; [2] - PhD, Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa. Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora do Centro Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa nas áreas de teoria e prática de Enfermagem, especificamente nas vertentes ligadas ao conforto, aos alívios e à comunicação; [3] - PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Cruz Vermelha Portuguesa.

**INTRODUÇÃO**  
Sabendo que é a equipa de Enfermagem quem está em presença plena junto da pessoa em situação crítica, facilmente se percebe que são estes os profissionais quem estabelecem o principal vínculo entre o cliente e a instituição. Com o conhecimento de quais os fatores que podem influenciar a satisfação do cliente sobre os cuidados de Enfermagem em contexto crítico, os Enfermeiros terão maior perceção sobre a prática clínica.

**OBJETIVO**  
Mapear o estado da arte acerca dos fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem.

**METODO**  
Bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde, EBSCO, SciELO e Google Académico  
agosto e setembro de 2020  
Frase booleana: ("patient satisfaction") AND ("critical care") AND ("nursing").  
Horizonte temporal entre 2010 e 2020  
Idiomas: português, inglês e espanhol.  
Extração de dados pela metodologia Scoping Review desenvolvida pelo Instituto Joanna Briggs (1)

De um total de 20098 artigos, 8 foram incluídos nesta revisão, por responderem à questão de investigação. Os estudos são de evidência A - revisão sistemática (2,8,9); de evidência B - natureza qualitativa (3,4,5); e de evidência B - natureza quantitativa (6,7). Evidenciou-se, nesta revisão, que a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem relaciona-se com:



**Referências Bibliográficas:**

01 - "Impact of Nurse-Joiner-Engage Initiative" consulted on: <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [1] - Wu, Huijie, Yang, Hong & others. "The Impact of the Enhanced Patient-Caring Role on Quality of Care, Clinical Outcomes, Patient Satisfaction, and Costs in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2017. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [2] - "Nursing Care of Patients with Critical Illness: A Systematic Review of the Literature". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [3] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [4] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [5] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [6] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [7] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [8] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000> [9] - "Patient Satisfaction in the Emergency Intensive Care Unit: A Systematic Review". 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15000>

**APÊNDICE 20 - Programa do Seminário Internacional do Mestrado em  
Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO  
PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO”**



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

## ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

Programa

27 de novembro 2020 | edição online

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

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

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

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

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

### 10:15 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Professor Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses)

### 10:45 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Maria Benavente Cuesta (Universidade Pontificia de Salamanca)

### 11:00 – MESA DE ABERTURA

### 11:15 – INTERVALO

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

Moderador: Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)

Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) – "Intervenção da Saúde Pública na Pandemia Covid 19 "

Laurinda Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) - "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"

Ana Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - "Adolescer com Saber - Promoção de uma Sexualidade Saudável"

### 12:30 – ALMOÇO

### 14:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

"A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura"

Prof. Doutora Maria Antonia Vollrath (Universidad Andrés Bello, Santiago-Chile)

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

Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)

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

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

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

### 15:30 – MOMENTO CULTURAL

### 16:00 – ENCERRAMENTO

Inscrições e mais informações em [www.ics.lisboa.ucp.pt](http://www.ics.lisboa.ucp.pt)

**APÊNDICE 21** - Certificado de participação no Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem “ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:  
PROTAGONISTA NO PRESENTE - INOVADORA NO FUTURO” e respetiva  
Certificação de Publicação do Póster “Fatores que influenciam a satisfação do  
cliente em situação com o cuidado de Enfermagem”



### III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

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

### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Susana Andrez, Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa e Prof. Doutora Rita Marques**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 48 com o tema **“FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO DO CLIENTE CRÍTICO COM O CUIDADO DE ENFERMAGEM: SCOPING REVIEW”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

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



Universidade Católica Portuguesa

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



**APÊNDICE 22** - Certificado de submissão a publicação do artigo da Revisão de *Scoping* da Literatura “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem”



**APÊNDICE 23** – Carta de Apresentação à submissão a publicação do artigo da Revisão de *Scoping* da Literatura “Fatores que influenciam a satisfação do cliente em situação com o cuidado de Enfermagem”

**Excelentíssimo Sr. Diretor Da Acta Paulista de Enfermagem,**

Vimos por este meio propor a submissão de uma Revisão da Literatura do tipo *Scoping*, intitulada de “Fatores que influenciam a satisfação do cliente crítico com o cuidado de Enfermagem: uma Revisão de Escopo”, da autoria de Susana Andrez, Rita Marques e Patricia Pontífice-Sousa.

A evolução da sociedade contemporânea acompanha-se do avanço dos cuidados de saúde cada vez mais complexos, o que se traduz numa busca incessante por um cuidar de Enfermagem de excelência. Nesse propósito, a satisfação do cliente surge como um dos resultados a alcançar, que assume diferentes coeficientes. A maioria dos estudos sobre a satisfação do cliente em contexto hospitalar incidem sobre os prestadores de cuidados, sem que o foco específico seja a satisfação do cliente em condição crítica no cuidado de Enfermagem. O objetivo do presente estudo consistiu em mapear o estado da arte disponível referente aos pressupostos que influenciam a satisfação do cliente em situação crítica com o cuidado de Enfermagem. Entendendo que o Enfermeiro é considerado um elemento-chave na satisfação do cliente em condição crítica, conclui-se com esta revisão que foi permitido apurar que as várias dimensões existentes se relacionam entre si com impacto positivo na satisfação do cliente crítico. Considera-se, portanto, que as intervenções de Enfermagem identificadas pelo cliente para a sua satisfação apontam para uma perspectiva holística no cuidar, onde os aspetos de humanização dos cuidados incluem intervenções relacionais, comunicacionais e confortadoras numa interrelação com os cuidados técnico-científicos. Emerge assim a necessidade de existir mais divulgação e formação junto das equipas de Enfermagem bem como mais investigação acerca da correlação entre estes fatores e a satisfação do cliente crítico com o cuidado do Enfermeiro, sendo essencial prosseguir com o debate por parte da comunidade científica.

Encontramo-nos à disposição para qualquer esclarecimento e aguardamos o retorno de sua avaliação.

Com os melhores cumprimentos,

As Autoras,

*Susana Andrez*

*Rita Marques*

*Patricia Pontífice-Sousa*