



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO NO
CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Tânia Manuel Sousa Carvalho

Porto – outubro de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO NO
CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO**

**CONTRIBUTIONS OF NURSING SPECIALIZED IN
PROMOTING NURSES QUALITY OF LIFE IN CARE
FOR CRITICAL SICKNESS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Tânia Manuel Sousa Carvalho

Sob a orientação de: Prof.^a Doutora Patrícia Coelho

Porto – outubro de 2019

Resumo

O presente Relatório surge após a realização do estágio da unidade Curricular Estágio Final e Relatório, nos contextos de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência de um hospital na zona norte de Portugal.

O Relatório tem como objetivos ilustrar o percurso efetuado no decurso do estágio, descrever e refletir as atividades desenvolvidas durante o estágio, demonstrar as competências desenvolvidas que permitiram a aquisição de conhecimento e prática necessárias, de forma a prestar os cuidados especializados ao doente em estado crítico, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para obter o Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As aprendizagens foram inúmeras, na assistência ao doente crítico com falência multiorgânica, na comunicação com o doente e família perante situações complexas e entre a equipa multidisciplinar, na gestão de situações imprevistas urgentes e emergentes, na administração de protocolos, na gestão e controlo da dor, que permitiram promover o desenvolvimento pessoal e dos profissionais.

Como contributos ao longo destes contextos traduziram-se em dois trabalhos, denominados de “Qualidade de Vida do Enfermeiro no cuidado ao Doente Crítico – Impacto do Doente portador de ferida no enfermeiro que executa o tratamento” no contexto do Serviço de Cuidados Intensivos que surgiu da partilha entre a equipa de enfermagem após vivenciar um caso de uma doente com uma ferida complexa que causou grande impacto na mesma; outro trabalho foi desenvolvido no Serviço de Urgência, dando continuidade ao tema central da qualidade de vida dos enfermeiros, com o título de “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o Trabalho” que no período de estágio verificou-se que devido ao grande fluxo de doentes ao serviço, muitas das intervenções eram efetuadas por apenas um enfermeiro, sendo que no final de cada turno por adoção de postura incorreta e sobrecarga física, os enfermeiros referiam cansaço e dores osteoarticulares. Com estes dois trabalhos além da aprendizagem e das competências adquiridas pretendemos contribuir com os dados obtidos para a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros.

A elaboração deste Relatório teve como base a metodologia descritiva onde explano, de forma clara mas fundamentada, todo o percurso, demonstrando as vivências experienciadas, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Palavras-chave: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista, Doente Crítico, Qualidade de vida, Ferida

Abstract

This Report comes after the completion of the internship of the Curricular Unit Final Internship and Report, in the contexts of Intensive Care and Emergency Service of a hospital in the north of Portugal.

The purpose of the Report is to illustrate the course taken during the internship, to describe and reflect the activities developed during the internship, to demonstrate the skills developed that allowed the acquisition of necessary knowledge and practice in order to provide specialized care to critically ill patients, based on the Regulation of the Common Skills of the Specialist Nurse, to obtain the Master Degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing.

The learning has been numerous, in assisting the critically ill patient with multiorgan failure, in communicating with the patient and family in complex situations and among the multidisciplinary team, in managing urgent and emerging unforeseen situations, in administering protocols, in pain management and control, which made it possible to promote personal and professional development.

As contributions throughout these contexts, they translated into two works, called “Nurses Quality of Life in Critical Patient Care - Impact of the wounded patient on the nurse who performs the treatment” in the context of the Intensive Care Service that emerged from the sharing among the nursing staff after experiencing a case of a patient with a complex wound that had a major impact on her; Another work was developed at the Emergency Service, continuing the central theme of nurses' quality of life, with the title “Prevention of Work-related Musculoskeletal Injuries” which during the internship period revealed that due to the large flow Of the patients in the service, many of the interventions were performed by only one nurse, and at the end of each shift due to incorrect posture and physical overload, the nurses reported tiredness and osteoarticular pain. With these two works in addition to learning and acquired skills we intend to contribute with the data obtained to improve the quality of life of nurses.

The elaboration of this Report was based on the descriptive methodology where I explain, in a clear but grounded way, the whole course, demonstrating the lived experiences, the developed activities and the acquired competences.

Keywords: Nurse, Nurse Specialist, Critically Ill, Quality of Life, Wounds

*“Let us never consider ourselves finished nurses ...
we must be learning all of our lives”*

Florence Nightingale

A duas das pessoas mais importantes da minha vida, que se iriam sentir muito orgulhosas na conclusão desta etapa da minha vida. A ti meu tio Jó, que sei o quanto querias estar presente neste momento. A ti meu eterno Padrinho, que sempre me possibilitaste o melhor ensino e me mostraste o que é a verdadeira saudade.

À minha tia Bete, por me acompanhar sempre ao longo do meu percurso académico e na minha vida, compreendendo-me como ninguém.

Aos meus pais, por todo o amor, apoio e oportunidades que me fornecem, sem eles nada do que adquiri até ao momento seria possível.

Agradecimentos

Aos hospitais e serviços que me possibilitaram realizar o estágio.

Aos Enfermeiros e tutores dos serviços em que realizei estágio, por todo o acompanhamento, momentos de reflexão e aprendizagem.

À Professora Doutora Patrícia Coelho, orientadora nesta etapa, professora à sete anos, agradeço a confiança depositada em mim, por todos os momentos de orientação, reflexão, carinho, promoção de crescimento pessoal e disponibilidade permanente.

Pela sua amizade e importância no meu sucesso.

Ao Fábio, por toda a paciência demonstrada, carinho e amor nos momentos de mais stress, ter conseguido que todos os minutos fossem aproveitados da melhor maneira.

Ao Professor Doutor Paulo Alves, pela força, motivação e acompanhamento fornecido, tendo-se tornado para além de amigo, um exemplo de profissional a seguir.

Um enorme OBRIGADA!

Lista de Abreviaturas e Siglas

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CVC – Cateter Venoso Central

DEMI – Departamento de Emergência Médica Intensiva

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

LMERT - Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

MC – Médico-Cirúrgica

MEEEMC – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OBS – Observação

PA – Pressão Assistida

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

PPAI – Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação

SE – Sala de Emergência

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

T – Temperatura

TA – Tensão Arterial

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TET – Tubo Endotraqueal

TPC – Tempo de Preenchimento Capilar

UCI – Unidade de Cuidados intensivos

VMER – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

Índice

1. Introdução.....	13
2. Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista no Cuidado ao Doente Crítico.....	16
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	16
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	24
2.3. Domínio da Gestão de Cuidados	28
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	36
3. Conclusão	42
4. Bibliografia	45
Apêndices.....	52
Apêndice I – Avaliação da Qualidade de Vida do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Crítico	53
Apêndice I a) - Pedido de consentimento ao autor para utilização do instrumento de colheita de dados (SF12 v2).....	54
Apêndice I b) – Consentimento do autor do instrumento de colheita de dados (SF12 v2).....	55
Apêndice I c) – Instrumento de colheita de dados (Questionário Qualidade de Vida).....	56
Apêndice I d) – Projeto de Investigação: Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico.....	62
Apêndice I e) – Pedido de consentimento à comissão de ética hospitalar	66
Apêndice I g) – Parecer do Conselho de Gestão do Conhecimento Hospitalar	68
Apêndice I h) – Pedido de consentimento aos enfermeiros.....	69
Apêndice I i) – Estudo de Investigação	71
“Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico - O impacto das feridas no enfermeiro que executa o tratamento”	71
Apêndice II - “Qualidade de Vida dos Enfermeiros: Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho”	100
Apêndice II a) – Ação de Formação – Diapositivos da Sessão.....	119
Apêndice II b) – Plano de Sessão	125
Apêndice II c) - Avaliação da formação.....	126
Apêndice II d) – Avaliação da sessão de formação.....	128

1. Introdução

O percurso académico é essencial para o futuro profissional, pela postura que queremos adotar enquanto Enfermeiros, assim como pela aquisição de conhecimentos e criação de métodos de pesquisa e de trabalho que nos permitirão ser mais e melhor. A prática na Enfermagem é fulcral para o desenvolvimento da atividade profissional, mas sem os alicerces do saber, da arte de cuidar de nada serve à profissão.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, 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. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

A aquisição de novos conhecimentos, faz todo o sentido para o crescimento enquanto Enfermeira, o querer saber mais e fazer melhor, é uma mais valia para o profissional e para o doente. Assim, com a possibilidade investida pela Universidade Católica Portuguesa de realizar o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEEMC), considerei a altura ideal de frequentar o Mestrado, dando continuidade ao percurso académico, permitindo que aquando do início da atividade profissional, a bagagem teórica e prática seja maior, devido às experiências vivenciadas e à solidificação de competências adquiridas.

O presente Relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório do Curso de MEEEMC, da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto Ciências da Saúde do Porto. O processo de aprendizagem baseia-se no desenvolvimento de competências, em que a metodologia de aprendizagens se incide na promoção do autoconhecimento e de reflexão crítica, de modo ao estudante desenvolver valências como a autonomia e responsabilidade.

O curso tem uma duração de três semestres, integrando uma componente teórica, um estágio opcional intitulado de “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, realizado anteriormente no INEM e o estágio final, descrito neste Relatório, com o intuito de obter o grau de mestre após a discussão pública do mesmo.

O estágio final, com um total de 360 horas, decorreu ao longo de 20 semanas, no período compreendido entre fevereiro e maio, sob orientação da Prof. Doutora Patrícia Coelho. Este, foi dividido em dois contextos, cada um com 180 horas de contacto: o primeiro, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de 4 de fevereiro de 2019 a 30 de março de 2019 e o segundo no Serviço de Urgência (SU) de 1 de abril de 2019 a 25 de maio de 2019, ambos num Hospital a Norte do País.

A escolha destes contextos de estágio, incidiu-se no facto de se enquadrar nos objetivos do estágio de mestrado e na necessidade de desenvolver competências nesta área, de forma a promover a qualidade de vida ao doente crítico. A escolha do local recaiu sobre o determinado Hospital, por ser um Hospital de referência e o facto de nunca ter realizado qualquer tipo de estágio ou exercido atividade profissional no mesmo, suscitou curiosidade e interesse, tendo possibilitado uma experiência mais enriquecedora, essencial para o atingimento dos objetivos pessoais e académicos.

Na UCI, assim como no SU, foi atribuído um tutor, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, designado pelo Enfermeiro-Chefe do serviço, que acompanhei ao longo do estágio.

Para a elaboração deste documento foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva e as referências bibliográficas apresentadas são segundo as normas APA e foram delineados os objetivos:

- Ilustrar o percurso efetuado no decurso do estágio
- Descrever e refletir as atividades desenvolvidas durante o estágio
- Demonstrar as competências adquiridas que permitiram a aquisição de conhecimento e prática necessárias, de forma a prestar os cuidados especializados ao doente em estado crítico, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

A estrutura deste Relatório, inicia com a reflexão e fundamentação das Competências adquiridas como, futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seguida da Conclusão, e da Bibliografia, apresentando por último os Apêndices. Tendo em conta as normas de elaboração do Relatório, considera-se a estrutura apresentada a mais adequada e facilitadora da leitura e encadeamento do pensamento.

Ao longo destes 4 meses foi aplicado o questionário “Qualidade de Vida do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Crítico”, cujo autor que traduziu e validou a escala

SF-12 v2, que avalia o estado de saúde e qualidade de vida, deu o seu consentimento para a sua utilização, nos dois contextos de estágio. Este estudo tem como finalidade identificar a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, assim como o impacto que as feridas presentes nos doentes e o seu tratamento, têm nos profissionais de saúde que exercem funções nos serviços de Cuidados Intensivos e de Urgências. Futuramente será feita a apresentação dos resultados aos enfermeiros, numa sessão de formação com data a definir, em ambos os serviços e, posterior publicação dos mesmos numa revista científica.

No SU foi para além do estudo supramencionado, foi elaborado um trabalho sobre “Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho”, com o intuito de alertar e corrigir os enfermeiros para as corretas posturas ergonómicas e prevenção de lesões, através de uma sessão de formação, também esta, posteriormente a definir mediante o plano de formação anual, do próximo ano civil.

Para término desta etapa de formação académica, para além dos conhecimentos e competências adquiridas como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado ao doente crítico e suas famílias, também este percurso permitiu-me prosperar tanto a nível pessoal como profissional.

2. Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista no Cuidado ao Doente Crítico

O 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. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Neste capítulo apresento os objetivos gerais e específicos delineados e desenvolvidos ao longo do estágio e, as respetivas atividades através de um discurso reflexivo que permitiram atingir as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica necessárias para a prestação de cuidados especializados ao doente em estado crítico.

Para a elaboração destes objetivos, utilizei como base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), onde se optou por uma estrutura orientada em quatro domínios: (1) Prática Profissional, Ética e Legal; (2) Melhoria Contínua da Qualidade; (3) Gestão dos cuidados e (4) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Tendo em conta o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, este domínio pressupõe o desenvolvimento de uma prática ética e profissional, com respeito pelos direitos humanos e em consideração pela responsabilidade profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio, defini como objetivos específicos a atingir:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e urgente e na antecipação da instabilidade e/ou risco de falência orgânica.
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

- Desenvolver uma prática profissional, assegurando o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais pela pessoa em situação crítica.

No contexto da UCI, as condicionantes que afetam a prestação de cuidados de enfermagem são diversas, sendo o principal enfoque do enfermeiro o doente, mas tem de ter em atenção todas as questões éticas e legais associadas a esta prestação de cuidados.

Na UCI, devido à disposição do serviço, a confidencialidade e privacidade do doente é por vezes afetada. Na passagem de turno, era um dos principais momentos em que esta situação era visível, o que permitiu refletir com a equipa sobre o sigilo de informação. Segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2001), a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermagem, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, pela transmissão verbal da informação, e de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos, enquanto momento de análise das práticas de formação em serviço. Esta é realizada de forma oral, não substituindo os registos de enfermagem, mas complementando a informação escrita. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

A passagem de turno na UCI é realizada pela equipa de enfermagem, na unidade de cada doente, pelo enfermeiro responsável ao colega que o vai substituir, e tem por base a folha de registos. Esta transmissão de informação, fica facilmente, ao alcance da escuta dos restantes doentes que estejam acordados.

De acordo com a (Ordem dos Enfermeiros, 2001), os locais de passagem de turno são geridos, de acordo com as características de cada contexto, de forma considerada mais adequada para responder à sua finalidade. No caso da UCI, tal como referido inicialmente, deverão ser tidos em conta alguns aspetos da informação transmitida que poderão afetar ou inquietar os doentes capazes de a ouvir, e colocar em causa, o princípio da confidencialidade e da privacidade.

A confidencialidade das informações, o dever de sigilo profissional e o respeito por valores como o pudor, sabendo que cada pessoa é individual, única e possui a sua própria identidade cultural. (Silva, 2007) Assim, e de acordo com (Pereira, 2008), a sensibilidade é uma das características mais importantes que o enfermeiro deve possuir, para observar e identificar situações, eliminando preconceitos e juízos de valor.

Por sua vez, a privacidade corresponde à pessoa formada pela sua vida familiar,

afetos, bens particulares e atividades pessoais, separado da sua faceta profissional ou pública, constituindo uma esfera da vida que o indivíduo tem o direito de proteger. (Silva, 2007)

Após a reflexão com a tutora e alguns elementos da equipa, concluímos que apesar da informação transmitida na passagem de turno ser na presença do próprio doente e dos restantes doentes, os enfermeiros tinham o cuidado de complementar esta informação especificamente com o colega que ia substituir, de um modo mais privado, salvaguardando os direitos dos doentes, no que diz respeito à confidencialidade e privacidade. Em suma, o local da passagem de turno não é o que está em causa, mas o conteúdo de informação, o modo como transmitimos e perante de quem o fazemos.

Na UCI outro dos focos dos enfermeiros é a família, visto esta passar grande parte do tempo de internamento junto do doente perante muitas vezes situações complexas que acarretam uma grandes descarga e gestão emocional.

A humanização dos cuidados é algo visível no contexto de cuidados intensivos. Tal como explícito na Lei nº 156/2015 Artigo 110.º alínea a) o enfermeiro assume o dever de “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, para além de centrarmos os cuidados no doente como um ser único, devemos ter em conta a família, e é importante capacitar esta, como parte do processo terapêutico.

Após a alta numa unidade de cuidados intensivos, pode surgir o Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos SPICI, afetando quer os doentes quer as suas famílias, com sequelas quer a nível físico, psíquico ou cognitivo, que podem incluir astenia generalizada, mobilidade reduzida, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, alterações na memória, lentificação mental, dificuldades de concentração ou outras. (Rawal, Yadav, & Kumar, 2017)

Estas perturbações que podem estar presentes na família e no doente, após o internamento numa unidade de cuidados intensivos levaram à equipa multidisciplinar do serviço onde estagiei, a desenvolver uma consulta de *follow up*, de modo a prevenir e/ou tratar o SPICI. A avaliação de risco para o SPICI é realizada nas primeiras 24 horas de internamento, no momento da alta da UCI, uma semana após estar em outro serviço, na alta hospitalar e/ou ao fim de um mês de internamento, e ainda aos 3 meses.

A consulta de *follow up* tem também como objetivo, acompanhar e apoiar os mesmo após a sua alta, e gerir de forma adequada as alterações nas suas vidas que possam estar relacionadas com o internamento, com a finalidade de contribuir

positivamente para a recuperação funcional do doente crítico, nas dimensões física, psicológica e emocional, tal como a família.

Este projeto tem em média, 380 doentes por ano e é constituído por uma equipa composta por três médicos e cinco enfermeiros, que trabalham ativamente no seguimento destes doentes, que reconhece a família no papel de ajuda do doente mas igualmente as suas necessidades individuais, estando presente por vezes em forma de ansiedade, depressão e stress pós-traumático.

Após a alta hospitalar, numa consulta de seguimento, aos três meses, avaliam-se as sequelas e a qualidade de vida, pedindo ao doente para se fazer acompanhar de um familiar/cuidador.

Infelizmente, só tive oportunidade de assistir a estas consultas, no último dia do estágio devido ao horário realizado não coincidir com o dia das consultas. Assisti a uma consulta, que pelo facto de ter sido no último dia me permitiu ter uma visão diferente das situações pelas quais a família passou e fazer uma análise crítica à atitude face ao vivenciado e referente à situação da família e do próprio doente, no momento da consulta, de forma mais detalhada.

A consulta está dividida em três partes, o acolhimento que é realizado pelo enfermeiro e pelo médico onde se faz um ponto da situação atual. De seguida o médico acompanha o doente e o enfermeiro o familiar para consultórios distintos, em que ambos analisam um questionário que o doente e familiar, já leva preenchido que lhes é entregue no final do internamento. Este questionário contém uma escala de ansiedade e depressão hospitalar, um questionário de saúde EQ-SD e duas grelhas com perguntas: índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados e índice para avaliação das estratégias de enfrentar as dificuldades. Nesta fase da consulta acompanhei o enfermeiro e a esposa de um dos doentes, que demonstrou elevados níveis de ansiedade e depressão e acima de tudo, privação de atividades que faziam parte do seu dia-a-dia com o marido. Consegui em conjunto com o enfermeiro discutir a situação cuidadosamente e conversar com a esposa, de modo a que esta partilhasse mais algumas informações que seriam importantes para a sua avaliação. Como o objetivo desta consulta é intervir o mais precocemente possível, na última parte da consulta, juntamo-nos novamente os 5 e, o enfermeiro partilha a sua análise da situação à médica e juntos atuam da forma que considerarem mais adequada. Neste caso a esposa foi encaminhada para uma consulta de psiquiatria tendo em conta o seu estado emocional.

Fiquei bastante entusiasmada por ter a oportunidade de estar presente nesta consulta e poder presenciar a evolução do doente face ao que foi partilhado pela restante equipa, mas realço principalmente a capacidade de comunicar com a familiar do doente de modo a perceber os sentimentos acumulados por esta e tentar fazê-la entender que não está sozinha e qual é o nosso objetivo naquela consulta, assistindo assim, a familiar perante uma perturbação emocional apresentada, que permitiu atingir um dos objetivos propostos.

No âmbito da humanização dos cuidados, a implementação do Diário é uma intervenção concreta de cuidado personalizado e humanizado em cuidados intensivos. O Diário é registado por todos os profissionais e família que têm contacto com o doente durante o seu internamento numa unidade de cuidados intensivos, possibilitando a este uma oportunidade de atribuir significado, coerência e ordenar cronologicamente um período de tempo em que as memórias podem estar distorcidas ou até mesmo ausentes. (Tavares, Camões, Carvalho, Jacinto, Vales, & Gomes, 2019)

O Diário, ajuda a percorrer o percurso efetuado, pelo olhar dos profissionais, contendo o motivo da admissão, o relato de vários acontecimentos através de uma narrativa diária de atividades, usando uma linguagem informal, transmitindo sempre confiança e esperança, na vivência que muitas vezes torna-se uma experiência que pode deixar sequelas negativas. O Diário também inclui aspetos referentes à transferência ou as condolências à família em caso de morte. (Åkerman, Ersson, Fridlund, & Samuelson, 2013) A família também pode usar este Diário para escrever e expressar palavras de apoio e os sentimentos vivenciados. (Tavares, Camões, Carvalho, Jacinto, Vales, & Gomes, 2019)

Foi possível observar alguns Diários no serviço, um deles de um doente que estava há mais de 2 meses internado. Ler o que todos os profissionais escreveram, cada um com a sua perspetiva e a própria família, foi muito interessante, devido aos “altos e baixos” descritos ao longo dos dias, mas também porque em cada vitória captaram o momento em fotografia, o que permite ao doente ter uma visão muito realista dos acontecimentos.

Também durante a consulta de *Follow up* referida anteriormente, constatei que o doente em questão ao ler o seu Diário, entendeu melhor o que aconteceu, assim como o empenho e proximidade dos profissionais que o cuidaram, referido pelo próprio.

No contexto do SU, tal como na UCI o enfoque principal é o doente, tendo sempre por base as questões éticas e legais associadas a esta prestação de cuidados, assim como a própria família que na maior parte das vezes está presente, sendo um direito do doente ser acompanhado, tal como indicado na Lei nº15/2014 Artigo 12.º termo 1 – Nos serviços de urgência do SNS, é reconhecido a todos e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo essa informação ser prestada na admissão pelo serviço. Contudo, o acompanhante tem também deveres, tais como comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço (Assembleia da República Portuguesa, 2014), o que nem sempre é cumprido e que causa alguns acontecimentos adversos desnecessários, tais como o tempo gasto para os resolver.

Considera-se assim, o envolvimento da família nos cuidados como importante para o doente, sendo este cuidado transversal a ambos os serviços. A privacidade e intimidade, assim como o sigilo e a segurança da informação é fulcral na atividade de enfermagem. Segundo a Lei nº 156/2015 Artigo 106.º termo 2 – A partilha da informação pertinente, deve ser realizada só com aqueles que estão indicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do individuo e família, assim como os seus direitos. Relativamente ao respeito pela intimidade no Artigo 107.º alínea a) refere que o enfermeiro deve assumir o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de intromissão na sua vida privada e na da sua família.

Devido às condições estruturais e à afluência de doentes no serviço, o cumprimento dos deveres mencionados anteriormente, nem sempre eram cumpridos. Por exemplo, aquando dos cuidados de higiene na sala de tratamentos, fechar as cortinas, de modo a que os restantes doentes e respetivas famílias não tivessem acesso ao local em questão. Apesar de simples, este momento repetiu-se várias vezes, mas o facto de as condições referidas anteriormente não serem as expectáveis, nem sempre era visível o respeito pela intimidade e privacidade dos doentes.

O Serviço de Urgência, está dividido em várias unidades de modo a melhorar o atendimento ao doente crítico e garantir uma adequada prestação de cuidados. Ao longo do estágio tive a oportunidade de passar por todas as unidades, entre as quais, Sala de Emergência (SE), Triagem, OBS, Sala de Tratamento 1 e 2 e Pequena-Cirurgia. Sendo que na SE e OBS foram os locais onde realizei um maior número de horas de estágio.

Quando o doente recorre ao SU, primeiro é atendido no serviço de triagem, onde é realizada uma série de questões perante a sua queixa, tendo por base a Triagem de Manchester, um fluxograma criado para triar os doentes por prioridades de urgência utilizando cores. De seguida, quando são emergentes vão diretamente para a sala de emergência, onde está sempre um enfermeiro destacado, com competências no cuidado ao doente urgente, com o auxílio de outro enfermeiro no caso de ser necessário. Não sendo emergente, é encaminhado para o gabinete médico com base no seu problema, podendo ser especialidade médica de medicina geral, ortopedia, pequena cirurgia ou neurologia. Estas valências existem na urgência e todas têm gabinetes de enfermagem correspondentes.

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera que a incidência de efeitos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, sendo uma causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável, e instrumento de perda financeira e custos dos serviços de saúde, relevando-se que um incremento importante do desempenho dos sistemas de saúde pode decorrer da prevenção de eventos adversos, em particular, e do desenvolvimento da segurança dos clientes e da qualidade dos cuidados em geral. (Organização Mundial da Saúde, 2002)

A posição conjunta do Internacional Council of Nurses (ICN), International Pharmaceutical Federation (FIP) e World Medical Association (WMA) coloca a segurança dos utentes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, realizadas em benefício das pessoas mas numa combinação complexa de processos, tecnologia e interações humanas sendo inevitável o risco de ocorrência de eventos adversos. Neste enunciado define-se evento adverso como um dano causado a um utente pela gestão da própria doença ou condição do mesmo por uma profissional de saúde. (World Health Professions Alliance, 2002)

Sobre este assunto, releva-se ainda a posição da Agency for Healthcare Research and Quality (2003), que define erros, em cuidados de saúde, como “enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm o potencial para resultar em dano para o doente” (Agency for Healthcare Research and Quality, 2003), e considera que estes erros podem ser de comissão (fazer uma coisa errada), erros de omissão (não fazer uma coisa certa) e erros de execução (fazer uma coisa certa incorretamente). No sentido global, esta Agência considera o agrupamento dos erros em 4 categorias: erros de diagnóstico, de tratamento, de cuidados preventivos e envolvendo falhas (do sistema de comunicação, dos equipamentos, do sistema de cuidados de saúde).

Apesar da atitude no serviço e perante os doentes e família ser de realçar pela positiva, por vezes há acontecimentos que não estão ao nosso alcance de impedir que aconteçam, como um caso lamentável que aconteceu a meio do estágio. Cada profissional adota a conduta que melhor se enquadra à sua personalidade e profissionalismo, neste caso, o doente está em primeiro lugar, com a sua razão, ou não, tem de ser respeitado e tem o direito à sua autonomia e responsabilidade.

Num turno, encontrávamo-nos na Sala de Tratamento 1, a preparar medicação e aquando da administração da mesma, deparei-me com uma situação problema, na qual a doente em questão teve uma ligeira reação alérgica local e questionou a veracidade dos meus cuidados. Nesse momento, para além de explicar à doente o que tinha sucedido e esclarecer os cuidados prestados à mesma e, que não existiu nenhum erro, quer relacionado com a dosagem ou tipo de medicação, fazer uma gestão adequada da ansiedade demonstrada pela doente era um dos focos principais. Após comunicar eficazmente com a doente e esta terminar o tratamento prescrito pela média após reavaliação, a situação ficou resolvida.

Esta situação colocou-me numa posição bastante desagradável perante os restantes doentes que se encontravam na sala, mas por outro lado, após uma reflexão, permitiu demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação de urgência, sendo uma atividade proposta para atingir uma das competências necessárias como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

Ao longo deste estágio consegui desenvolver as seguintes Competências adquiridas no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

- Formular e analisar questões/problemas de forma autónoma, sistemática e crítica.
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a pessoa ou com a família.
- Demonstrar interesse e cumprimento do código ético e deontológico no cuidado à pessoa em situação crítica

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, este domínio não se refere apenas ao desempenho do papel dinamizador de iniciativas estratégicas institucionais, mas também na conceção, colaboração e gestão em programas de melhoria contínua da qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio, defini como objetivos específicos a atingir:

- Avaliar a qualidade de vida do Enfermeiro no cuidado ao doente crítico
- Identificar necessidades de melhoria no serviço e propor soluções de melhoria

A satisfação profissional tem sido alvo de um crescente interesse por parte dos investigadores, motivados pelas consequências que podem proporcionar na saúde na qualidade de vida dos trabalhadores e nas organizações, com reflexos nos seus níveis de produtividade. (Bernardino, 2018)

Tendo em conta o crescente interesse, surgiu a oportunidade de avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros em contexto de SU e UCI visto serem locais promotores de desgaste físico e psicológico pela exigência e tecnicidade dos cuidados prestados, pela ambivalência de sentimentos vividos, pelos enfermeiros que cuidam muitas vezes entre o limiar da vida e da morte e, diariamente confrontam-se com as perdas e conquistas. O tema das feridas surgiu após a partilha entre a equipa de enfermagem pela vivência de um caso de uma doente portadora de uma ferida complexa que causou grande impacto na mesma. Tratava-se de uma doente de 55 anos com uma fascíte necrosante no membro inferior direito a realizar terapia por pressão negativa. Esta doente já tinha sido submetida a várias cirurgias para limpeza da ferida e enxertoplastia sem sucesso. A doente inicialmente (ao estágio) estava sedada e com ventilação invasiva mas a meio do estágio, por progressão foi retirado o suporte ventilatório e passou a estar acordada mas com analgesia contínua. Contudo, a maior queixa da doente era dor, avaliada como intensa/insuportável. Esta situação embora com evolução gerou na equipa inquietação, até pelo tempo de internamento e pela extensão da ferida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994), a Qualidade de Vida corresponde ao nível perceptível dos indivíduos perante a sua posição na vida, incluindo as culturas, sistemas de valores nos quais vivenciam em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Entretanto, estão presentes no exercício laboral dos profissionais de enfermagem situações que podem ocasionar o desequilíbrio físico, mental e social dos mesmos, contribuindo para o aparecimento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. (Freire & Costa, 2016)

O estudo pretende avaliar a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, assim como o impacto que as feridas presentes nos doentes e o seu tratamento, têm nos profissionais de enfermagem que exercem funções numa UCI e num SU, num hospital a norte de Portugal, através de um questionário e da aplicação da Escala SF-12v2, cuja tradução e adaptação foi validada para a população portuguesa.

A primeira etapa deste estudo foi realizar o pedido ao autor (Apêndice I a)) que traduziu e validou a escala SF-12v2, para Portugal, para proceder à utilização da mesma, pedido este que foi cedido pelo próprio (Apêndice I b)). Após esta etapa, passei para a realização do questionário (Apêndice I c)), e para dar seguimento ao projeto (Apêndice I d)), submeti este ao conselho ético do hospital para obter autorização (Apêndice I e)) para iniciar o estudo proposto. Após uma resposta favorável do conselho de ética ao desenvolvimento do estudo (Apêndice I f)) e do Conselho de Gestão do Conhecimento hospitalar (Apêndice I g)), iniciou-se a entrega dos questionários aos enfermeiros que exercem funções em ambos os serviços.

Cada questionário, foi entregue dentro de um envelope, juntamente com a declaração de consentimento (Apêndice I h)), a ser preenchido por cada enfermeiro, e que seria entregue à parte do questionário. Para garantir o anonimato, foi atribuído um código a cada envelope, e estes foram entregues pessoalmente, de forma aleatória. Foi pedido, a todos os enfermeiros para participarem no estudo, para aquando da entrega, como referi anteriormente, entregassem o consentimento à parte do questionário, de modo a não haver associações com os dados do mesmo, e teriam também que entregar o envelope, com o questionário fechado. Após colheita de dados, estes foram analisados estatisticamente do *Software* SPSS, para apresentação neste relatório (Apêndice I i)) e posteriormente, serem publicados numa revista científica em forma de artigo científico.

O questionário como já referi anteriormente tem como público alvo os enfermeiros que exercem funções nos serviços de atendimento à pessoa em situação

crítica, nomeadamente no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência de um hospital a norte de Portugal. O objetivo da análise dos dados recolhidos, incide-se na comparação dos mesmos por serviço, com o intuito de apresentar os resultados em ambos os serviços, de modo a proporcionar um momento de reflexão e partilha de opiniões relativos ao tema.

No contexto da UCI, o questionário foi entregue a 27 enfermeiros, do qual se obteve uma taxa de resposta de 96%. **No contexto do SU**, os questionários foram entregues ao maior número de enfermeiros possível, que realizaram turnos, quando estava a realizar estágio neste serviço, sendo que ao contrário do serviço anterior, a dificuldade mais sentida foi a taxa de adesão ao preenchimento dos mesmos. O SU é composto por 77 enfermeiros, em que apenas 28 responderam ao questionário, obtendo-se uma taxa de resposta de 36,36%.

Após a análise dos dados, no programa SPSS obtivemos os resultados que apresentamos na sua totalidade no apêndice (Apêndice I i)). No que diz respeito à questão **“Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar?”**, os enfermeiros que exercem funções na UCI 76,9% responderam “SIM”, ao inversamente dos enfermeiros do SU visto que 57,1% responderam “Não”.

Relativamente à questão **“Considera que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional?”**, a maioria dos enfermeiros de ambos os serviços afirmam que não tem qualquer tipo de interferência. No entanto, ao abordar a lado **emocional** na mesma questão, os dados recolhidos já não são coincidentes: 69,2% dos enfermeiros no contexto da UCI responderam que não tem nenhum impacto, enquanto que no contexto do SU, 57,1% da amostra assume que esta questão interfere na sua vida emocional.

Relativamente ao **impacto do doente portador de ferida nos enfermeiros destes serviços**, verificamos que 79,6% considera que o doente portador de ferida não o afeta, enquanto 20,4% afirma que afeta.

Por último, podemos concluir que os enfermeiros de ambos os serviços, segundo a escala SF-12 v2, têm uma qualidade de vida favorável, sendo que os enfermeiros que exercem funções no SU têm uma qualidade de vida superior, na sua maioria.

Em contexto da UCI, para além das atividades diárias do serviço, na assistência ao doente crítico e família, a gestão de cuidados e de material é uma atividade igualmente importante neste serviço para que em situações de urgência ou

instabilidade de um doente, toda a equipa facilmente se articula e acessa ao material com rapidez e eficácia.

No último turno que realizei, de modo a identificar necessidades de melhoria no serviço, foi dedicado inteiramente à gestão de material, contagem da medicação existente no frigorífico e *check-list* do material dos carros de emergência, que são realizados mensalmente.

Para além de ter acesso ao material existente e assim conhecê-lo melhor, tive principal atenção à validade dos materiais em cada local e verifiquei algumas situações interessantes que comuniquei de imediato ao enfermeiro de referência do serviço propondo melhorias e assim, uma melhor gestão do *stock*. Enquanto fazia a contagem da medicação existente no frigorífico, encontrei várias ampolas fora do prazo de validade, entre elas duas em que o preço era superior a 1000€. Visto que esta medicação não é utilizada com frequência no serviço foram tomadas de imediato medidas para tentar colmatar futuras situações similares. Em conjunto com o enfermeiro de referência ligamos para a farmácia a questionar a possibilidade de reposição do *stock* por metade, de modo a reduzir os custos. Contudo, apesar da sugestão, não foi possível proceder desse modo, sendo obrigatório ter 2 ampolas dessa medicação no serviço e por isso, seriam repostas as duas. Para além disso, foi sugerido também que sempre que fosse repostado material, o antigo ficasse à frente do novo, pois só assim não acumulariam material fora do prazo sem necessidade. Contudo verificou-se algumas ampolas nas quais expirava o prazo em 2 meses no *kanban*¹ posterior e ampolas com prazos maiores num *kanban* frontal, o que levava à utilização de medicação mais recente. Com a proposta pretendi assegurar o consumo da medicação em stock mais antiga, reduzindo o desperdício que poderão levar ao consumir a medicação mais recente e, aumento inadvertido dos custos.

Foi realizada também uma auditoria interna relativa à “*Bundle* de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva (PAVI)”, que é efetuada diariamente, no turno da manhã aos doentes ventilados. Considero que foi importante a realização desta auditoria para reflexão de atividades a ter em atenção quando o doente está

¹ *Kanban* - caixas da metodologia *Kaizen* de melhoria contínua, utilizada na reposição de stock do serviço; esta metodologia baseia-se segundo questões socioculturais do oriente, nas quais o indivíduo na empresa deve estar comprometido com redução de custos, redução do desperdício e aumento da produtividade. (Pinto, 2008)

ventilado, e que permitiram interiorizar e realizar uma sequência lógica dos feixes de intervenção. Relativamente ao desenvolvimento e reflexão das atividades relacionadas com este feixe de intervenção serão posteriormente apresentadas.

Com o desenvolvimento das atividades mencionadas, consegui adquirir as Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:

- Demonstrar a influência da qualidade de vida na perspetiva de cuidados dos enfermeiros no serviço de cuidados intensivos e no serviço de urgência, fomentando a investigação na área do tratamento de feridas e da qualidade de vida.
- Demonstrar capacidade de identificar necessidades de melhorias no serviço e de proposta de soluções para colmatar as mesmas.

2.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Este domínio faz referência à gestão dos cuidados, não só através da otimização da resposta da equipa de enfermagem, mas também em conjunto com a equipa multidisciplinar, tendo em consideração a procura dos mais altos níveis de qualidade de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio, defini como objetivos específicos a atingir:

- Gerir a administração de protocolos existentes no Serviço de Urgência
- Gerir a dor, promovendo o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e paliativa, otimizando as respostas.
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

No contexto da UCI, é de realçar, que todos os profissionais têm presentes as medidas que devem tomar antes, depois e durante o contacto com o doente. Contudo,

relativamente à triagem de materiais já não é linear a todos os profissionais, embora uma grande maioria cumpra as normas instituídas. Por exemplo, no que diz respeito à reciclagem, na triagem do papel e plástico, fruto da preparação de medicação ou da secagem das mãos, vários profissionais não cumpriam as normas, ou seja, reciclagem. Durante o estágio foi possível observar em alguns momentos os enfermeiros descuidavam esta reciclagem de papel e/ou plástico, colocando o excedente no lixo comum. Esta reflexão foi feita com a tutora que concordou e mencionou que era tema frequente de ações de sensibilização no serviço. Por outro lado, em relação às folhas de papel impressas, era notório a importância de reutilização das mesmas.

A PAVI é uma infeção respiratória que se desenvolve como consequência da intubação e ventilação mecânica. A PAVI é uma complicação que tem sido descrita em 8-28% dos doentes ventilados. A sua incidência varia com o tipo de Unidade e com as afeções e gravidade dos doentes admitidos, chegando a atingir mais de 70% nos doentes com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (*ARDS*). (Ministério da Saúde, 2004)

Existem dois tipos de PAVI, a precoce e a tardia. A PAVI precoce, resulta quase sempre da aspiração consequente à própria intubação. Nos doentes admitidos na UCI diretamente da comunidade os agentes implicados são geralmente da sua flora indígena, aqueles admitidos na UCI após hospitalização estão geralmente implicados microrganismos hospitalares. A PAVI tardia tem geralmente também na sua etiologia microrganismos hospitalares, frequentemente reflexo da pressão seletiva exercida pela antibioticoterapia que condiciona a flora endógena do doente. (Ministério da Saúde, 2004)

O protocolo que mais abordei na UCI foi o Protocolo de Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva, que era utilizado diariamente em doentes ventilados. São considerados fatores de risco acrescido de PAVI os seguintes (Direção Geral de Saúde, 2017):

- Extremos de idade (>70 anos)
- Doença grave concomitante
- Imunodepressão
- Depressão do estado consciência e Traumatismo Crânio Encefálico
- Doença cardíaca ou pulmonar aguda

- Doenças que alteram motilidade gastrointestinal ou esvaziamento gástrico
- Episódio prévio de aspiração de vômito
- Administração prévia de antibióticos
- Presença de sonda gástrica
- Má nutrição
- Administração curarizantes/sedativos

Estas atividades, incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas contidas no protocolo para prevenção da PAVI. Durante o estágio, o facto de conhecer o protocolo ajudou a realizar os cuidados ao doente crítico de uma forma mais sistemática e correta, cumprindo a sequência de intervenções com o intuito da prevenção da PAVI.

A pneumonia associada à intubação, segundo a Direção Geral de Saúde (2017), é a infeção mais frequentemente adquirida em UCI, sendo a responsável pelo aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento, do uso de antimicrobianos e de mortalidade. Assim, durante o estágio na UCI foi possível prestar cuidados tendo em atenção as atividades associadas ao feixe de intervenções de prevenção da pneumonia associada à intubação como: rever, reduzir e, parar diariamente a sedação (por vezes de forma intermitente); discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação com a equipa multidisciplinar; manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitando momentos de posição supina sendo efetuadas auditorias para verificação deste ângulo; realizar higiene oral com clorhexidina a 0,2% pelo menos 3x dia ou sempre que fosse necessário; manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes; manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30cm H₂O. Estas atividades eram efetuadas diariamente pelos enfermeiros no turno da manhã.

Este feixe de intervenções requer que todas as atividades ocorram num tempo e num local ou área específicos, tendo uma “linha” condutora e sequencial de todo o processo. A melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos são demonstrados através da implementação desta estratégia. (Resar R, Pronovost P, Haraden C, & Simmonds T, 2015) (Resar R, Griffin FA, Haraden C, & Nolan TW, 2012)

Em Portugal, esta infeção tem vindo a diminuir de 11,2 para 7,1 por 1000 dias de intubação, entre o ano de 2008 e 2014. (Direção Geral de Saúde, 2013-2014) Em outros países regista-se uma melhoria significativa, uma vez que a implementação de “feixes de intervenções”, tem permitido uma diminuição da incidência para valores entre 0 e 2%. (Scottish Patient Safety Program) Fazendo um paralelismo com Portugal crese que seja uma infeção que continuará a diminuir através da adoção e implementação destas medidas.

A prestação de cuidados ao doente critico tendo por base protocolos e as orientações/*bundles* permitiram a reflexão e desenvolvimento das atividades segundo uma prática baseada na evidencia, fomentando o espírito critico reflexivo e a partilha com os pares.

Relativamente aos protocolos do serviço, estes estão disponíveis para consulta a qualquer elemento, e de acesso fácil. No início do estágio foi possível analisar e consultar todos os protocolos existentes de forma a ter uma prática em conformidade com as normas da UCI. Tive a oportunidade de verificar que apesar de conhecer os protocolos instituídos no serviço, o mais importante não é o protocolo em si, mas conhecer as vantagens da sua utilização para prestar cuidados de qualidade em detrimento das necessidades dos doentes. Neste sentido, sempre que foi necessário o processo de enfermagem foi realizado mas de forma mental, visto que em muitas situações, a instabilidade da situação clinica do doente e o seu declínio ser súbito, havendo a necessidade de uma resposta eficaz e rápida que obrigava a esta sistematização, sendo à *posteriori* realizado um *briefing* entre a equipa para análise e discussão das decisões tomadas.

Ter a possibilidade de estar presente e participar nestas situações de reflexão e partilha entre a equipa, permitiu-me refletir sobre as atividades desenvolvidas em diversas situações de instabilidade assim como, as dificuldades e as estratégias a adotar para as colmatar e, na construção do meu pensamento critico face às situações vivenciadas como futura enfermeira especialista.

Na UCI, o doente é constantemente sujeito a intervenções fulcrais mas invasivas para a sua melhoria, mas que são passíveis de, por vezes, induzir sofrimento, que pode ser aliviado com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Segundo, International Association for Study of Pain (1994) “A dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidular, real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. Para além do sofrimento e diminuição

da qualidade de vida, provoca alterações fisiopatológicas que poderão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

De acordo com Santos, Alves, Neto, Passos e Filho (2017), os doentes em situação crítica sentem dor e desconforto com frequência durante o internamento numa UCI, unidades especializadas onde os indivíduos podem ser expostos a diferentes fatores que provocam dor aguda, aliás até mesmo os cuidados diários realizados por rotina, tais como: aspiração de secreções endotraqueais, posicionamentos no leito, punções venosas periféricas e/ou centrais, etc. Desta forma, considera-se que a avaliação e tratamento da dor em doentes em cuidados intensivos e sob ventilação mecânica, é um cuidado que se distingue pela sua importância, carecendo de uma avaliação e monitorização contínua.

A dor continua a ser a “memória” mais frequente nos doentes que passam numa Unidade de Cuidados Intensivos e a constituir uma problemática em crescimento, experienciada pela maioria dos doentes internados na UCI, sendo referida como um dos agentes promotores de stress mais comumente sentidos. (Barr, Fraser, Puntillo, Ely, & Jaeschke, 2013) É por isso fundamental uma colaboração e comunicação entre os membros da equipa prestadora de cuidados em especial, Médicos e Enfermeiros.

Segundo Santos, Alves, Neto, Passos e Filho (2017), as queixas de dor, os parâmetros fisiológicos e as escalas de dor utilizadas para avaliar os comportamentos típicos dos doentes são os métodos disponíveis para a avaliação da mesma. Contudo, por vezes os doentes em situação crítica não conseguem comunicar de forma eficaz devido à sua condição, gravidade, por estarem sujeitos a ventilação mecânica, sob efeito de sedativos e analgésicos e até mesmo com depressão do estado de consciência. Assumem os autores supracitados que são estes os parâmetros que dificultam a avaliação da dor mediante a autoavaliação do próprio doente, ou seja, é aconselhável o uso de escalas que têm como foco de atenção os indicadores comportamentais de dor.

Tendo em conta estes fatores, avaliar, monitorizar e tratar adequadamente a dor é fundamental e para isso, o recurso a escalas de avaliação de dor, como a Escala Numérica da Dor, numerada de 0 (sem dor) a 10 (máximo de dor), utilizada em doentes conscientes e colaborantes, que conseguem comunicar a intensidade da mesma ou a escala *Behavioral Pain Scale* que é utilizada em doentes sedados e ventilados sendo avaliada em três indicadores: expressão facial, movimentos dos

membros superiores e adaptação ao ventilador. O objetivo desta escala é ter um Score de BPS<4.

Ao longo do estágio, tive sempre presente a avaliação da dor como um foco de atenção e uma prioridade nos cuidados, através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Antes e após procedimentos considerados dolorosos para o doente e ao longo de todos os turnos principalmente, em doentes onde a dor era um sintoma mais frequente ou devido ao seu motivo de urgência era um foco de atenção prioritário sendo que o seu registo nas notas de enfermagem sempre foram uma atividade de grande zelo e prioridade, assim como verificar se a analgesia surtia efeito, tendo contribuído para desenvolver atividades como, garantir a gestão de medidas farmacológicas na gestão da dor e aplicar instrumentos de avaliação da dor, que permitiram atingir as competências necessárias como futura EEEMC. Estas atitudes de atenção e monitorização na gestão da dor foram transversais aos dois contextos.

A gestão da dor para além dos métodos farmacológicos engloba também os métodos não farmacológicos, que em determinados doentes consiste, por exemplo, em alternar o posicionamento mais frequentemente, como no caso da doente já mencionada com uma fascíte necrosante no membro inferior direito, em que para alívio da dor optou-se pela alternância contínua de posicionamento (inúmeras vezes em cada turno) do membro inferior direito e pelo alinhamento do mesmo, em que era notória o alívio da dor (ligeira a moderada), embora com analgesia contínua mas sem necessidade de recorrer a bólus extra de analgésico/opióide.

No SU, em todas as unidades existem um enfermeiro responsável pela contagem dos opióides que estão no cofre no final de cada turno. Como estive vários turnos na sala de emergência, tive a oportunidade de perceber a dinâmica e fazer a contagem dos mesmos. Para além disso, quem está responsável pela sala de emergência no turno da manhã, tem de realizar a *check-list* do material todos os dias, que engloba os carros de emergência das unidades 1 e 2, o “carro de entubação difícil”, o armário de material diverso, o frigorífico e todos os aparelhos que estão na sala. Esta dinâmica, foi muito importante e enriquecedora, pois permitiu-me conhecer o espaço e os materiais disponíveis de modo a que posteriormente quando fosse necessário, conseguisse chegar mais facilmente e rapidamente ao que era necessário.

Para além disso, tive a oportunidade de realizar um turno com a responsável de turno, onde adquiri conhecimentos na área de gestão de cuidados ao doente crítico,

na gestão de recursos humanos e materiais, que considero importante para a aquisição de competências como futura EEEMC.

Assim, foi possível perceber como era feita a alocação dos enfermeiros mediante as suas competências a cada área como por exemplo, os enfermeiros destacados para a sala de emergência eram preferencialmente enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e tinham que ter conhecimentos e formação em suporte avançado de vida e transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Sendo a sala de emergência uma valência para o atendimento de doentes emergentes e urgentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa, cuja a vida esta ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação critica exigem ações coordenadas e altamente qualificadas, possibilitando uma rápida atuação através de uma equipa organizada, coordenada, com suporte científico e experiência com recurso a uma liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão (Direção Geral de Saúde, 2010).Tais características foram possíveis verificar nos enfermeiros que prestaram cuidados na sala de emergência nas situações que foi possível vivenciar e refletir durante o estagio.

No que diz respeito à comunicação e relação terapêutica com o doente/família, este local de estágio, permitiu melhorar a reflexão crítica e capacidade de comunicar em situações complexas com o doente e família. Possibilitou também, ser um elemento dinâmico e interativo mesmo estando como estudante, na comunicação de novas evidências sobre determinados temas (como o tema das LMERT), com a equipa multidisciplinar e estar presente na gestão de situações difíceis, como por exemplo transmissão de más notícias à família em sala de emergência.

É inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e é necessário que o sucesso da comunicação seja garantido por este. Porém existem situações, que pela sua própria natureza, como momentos de crise, grande vulnerabilidade ou ansiedade, exigem uma maior atenção ao uso da comunicação, sendo necessário ter em conta certos requisitos para o sucesso da mesma (Wold, 2013).

Nestas situações, está indicado o uso da comunicação terapêutica, de modo a promover sentimentos de confiança nas pessoas, tendo em conta a realidade específica de cada pessoa, a intencionalidade terapêutica – dar resposta a um objetivo específico –

permitindo identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas e o valor autônomo ou complementar, como tranquilizar ou capacitar (Wold, 2013).

Relembro de um caso, de um senhor de 78 anos que deu entrada no SU por uma crise agudizada de DPOC muito inquieto e com períodos de confusão com saturação de O₂ de 75% e sinais de dispneia. Após a administração de fármacos para estabilização ficou mais tranquilo com a minha presença, através da comunicação de forma a orientá-lo para a situação e local onde estava, pedindo este, constantemente para não o deixar sozinho e apelando para a entrada do filho. Neste sentido, fui pedir mais informações ao filho de forma a estabelecer uma relação de empatia e confiança com o doente. Sempre que possível e de uma forma contínua fiz notar a minha presença e preocupação com o mesmo. Desta situação destaco o momento em que o filho, dá entrada para junto do pai pois, foi notória a expressão de tranquilidade e apaziguamento deste senhor que acabou por agradecer toda a minha dedicação e presença que o fez sentir acarinhado e acompanhado num SU.

As atividades desenvolvidas neste domínio basearam-se em demonstrar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”, como por exemplo, em pessoas com dificuldade auditiva, em que foram adotadas estratégias como a escrita para comunicar mais eficazmente, ou falar mais pausadamente e de frente para a pessoa, assim como adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde, da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, gerindo a comunicação ao seu estado emocional, como também da família.

Desde o início foi possível fazer a gestão da comunicação e estabelecer de imediato, uma relação terapêutica eficaz, tentando atender às necessidades de cada um, nunca colocando em risco o desempenho e estabelecendo prioridades no atendimento do doente urgente. Era frequente ser abordada por familiares devido ao término da medicação ou pelo elevado tempo de espera e, mesmo perante a elevada afluência de doentes ao SU foi possível estabelecer prioridades, sem nunca colocar em causa o respeito pelo familiar ou a preocupação e atenção demonstrada pelo doente, tendo sido desafiante e algo que fui aprendendo a gerir.

Visto que o foco principal dos profissionais são os doentes, a maior parte do tempo da prestação de cuidados passei junto dos mesmos, a responder-lhes a questões, apoiá-los e a esclarecer dúvidas, verifiquei que na maioria das vezes, era o apelo à companhia, por falta de visitas ou ausência de acompanhamento dos familiares. Aos enfermeiros, cumpre a tarefa e dever de despende o tempo necessário para esclarecer e

apoiar os doentes, de modo a reconforta-los, promovendo o seu bem-estar psicológico e emocional.

Considero que no que diz respeito à comunicação com o doente face ao seu estado de saúde e perturbações que este poderia sentir, consegui atingir o objetivo e comunicar ativamente e eficazmente, de modo a demonstrar conhecimentos adequados sobre técnicas de comunicação com o doente e com a família em momentos de maior complexidade.

Com base no que descrevi anteriormente, considero que adquiri todas as competências necessárias relativas ao Domínio da Gestão de Cuidados:

- Refletir na e sobre a prática, de forma crítica.
- Demonstrar capacidade no controlo da dor e promoção do bem-estar.
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e com a família.
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento da relação terapêutica.
- Demonstrar conhecimentos na gestão dos cuidados de enfermagem

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Por último, este domínio, realça o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, integrada numa prática clínica especializada, baseada em padrões sólidos de conhecimento, como competências a desenvolver. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio, defini como objetivos específicos a atingir:

- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento
- Atuar como membro facilitador no processo de aprendizagem.

Como futura enfermeira especialista é fulcral fazer uma ligação entre a teoria e a prática sendo para isso necessário adquirir conhecimentos científicos e técnicos para conseguir eficazmente e assertivamente implementá-los na prática clínica diária.

O contexto da UCI, constitui uma oportunidade única no desenvolvimento profissional, uma vez que foi o primeiro contacto que tive com a prestação de cuidados ao doente crítico.

Foi notório o esforço pela procura de informação válida e relevante de modo a alicerçar o conhecimento na evidência científica e prestar cuidados de qualidade assim como, ultrapassar algumas dificuldades sentidas devido à escassa experiência profissional na assistência ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos. Como apresentado noutros objetivos, senti a necessidade de ao longo do estágio realizar pesquisas em bases de dados sobre diversos temas, de forma a fundamentar as minhas ações e aumentar o meu conhecimento. Também senti a necessidade de conhecer os protocolos existentes no serviço, e adota-los na prestação de cuidados, gerando mais conhecimentos que considerava fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem seguros ao doente crítico.

Uma das pesquisas que realizei foi relativamente à finalidade da monitorização da pressão do “*cuff*”. Esta pressão é realizada na traqueia, e por isso, deve ser adequada para não causar danos à mesma, como por exemplo, isquemia dos vasos ou outras alterações na mucosa traqueal quando o “*cuff*” é hiperinsuflado. (Penitenti, 2010) Também segundo Penitenti (2010), as pressões indicadas para evitar lesões estão situadas entre 25-35 mmHg ou entre 20-30 cm H₂O.

Porém, não é apenas a hiperinsuflação que poderá causar danos, mas também a hipoinsuflação do “*cuff*”. A pressão do “*cuff*”, sendo insuficiente é incapaz de vedar a via aérea, provocando assim, o aumento do risco de broncoaspiração de secreções provenientes da região orofaríngea, e eventuais infeções pulmonares. De modo a evitar lesões, deve ser adotada a pressão mínima de “*cuff*” de 25 cm H₂O, valor limite da pressão da mucosa traqueal, pressão esta suficiente para vedar a traqueia. (Penitenti, 2010)

Segundo (Lopes, 2012), a monitorização do “*cuff*” deve ser realizada aquando do posicionamento dos doentes, para que se mantenha sempre uma pressão adequada.

Como foi o primeiro contacto que tive com o doente ventilado, considerei importante perceber os pormenores que faziam parte das rotinas do serviço no cuidado

ao doente crítico e entender o porquê de cada prática tendo dado maior evidência à prestação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico com ventilação invasiva.

Uma das principais características enquanto futura EEMC é promover o desenvolvimento pessoal e profissional, e contribuir para o desenvolvimento dos outros. Todas as oportunidades fornecidas por partes dos profissionais para ter novas experiências e enriquecer o processo de aprendizagem aproveitei-as ao máximo de modo a retirar o melhor contributo para atingimento dos objetivos preconizados.

Ao contrário do contexto anterior, **no contexto de SU**, o método adotado desde o início foi bastante diferente. Em OBS, era atribuído no máximo 4 doentes a cada enfermeiro, dos quais tinha a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem, monitorizar a vigilância e realizar as notas de enfermagem sempre com a supervisão e validação da tutora. Para isso, senti a necessidade de obter o conhecimento do motivo do internamento de cada doente e qual a patologia e motivo de admissão no SU, para conseguir prestar os cuidados necessários e vigiar as alterações que poderiam surgir. Como é expectável, as patologias eram bastante variadas e por isso, procedia à pesquisa de informação de modo a colmatar algumas dúvidas que poderia existir bem como, ancorar a minha prestação na parceria de cuidados com a tutora.

Este processo, não foi imediato, fui evoluindo ao longo do tempo e fui conseguindo melhorar as atividades de vigilância e por consequência, as notas de enfermagem à medida que consegui interpretar a informação com outra destreza e com conhecimento mais solidificado. Para além, de melhorar nestes campos, também consegui melhorar o meu pensamento crítico e discussão de conhecimento e conclusões juntamente com a tutora, conseguindo assim enriquecer a minha prestação.

Outro objetivo delineado inicialmente para desenvolver ao longo deste estágio foi atuar como membro facilitador no processo de aprendizagem. Como atividades propostas para atingir este objetivo, propus-me numa fase inicial, diagnosticar necessidades formativas pessoais e da equipa de enfermagem.

Relativamente às necessidades formativas, pessoais, procurei sempre oportunidades para vivenciar novas experiências e adquirir mais prática, no que diz respeito às atividades de enfermagem, como o transporte de doentes intra-hospitalar, utilização da manobra valsada modificada no tratamento da taquicardia supraventricular, triagem de doentes à entrada do SU, entre outras. Assim como, demonstrei sempre interesse, em participar nas ações de formação do serviço,

questionando sempre que surgia alguma dúvida ou recorrendo à pesquisa individual, de modo a desenvolver o meu conhecimento e destreza, que permitissem evoluir a nível do pensamento crítico e eficácia de atuação em situações mais complexas, com o intuito de adquirir as competências necessárias como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante este estágio, também tive oportunidade de assistir a uma formação sobre acessos venosos centrais e acessos arteriais, que teve como formadora, uma médica e uma enfermeira do SU responsáveis pela formação em serviço. Apesar de na UCI ter experienciado várias vezes a colocação de acessos venosos centrais e arteriais, no SU o mais comum foram os periféricos, por serem os mais adotados em caso de urgência, pela fácil colocação e para uma administração mais rápida da terapêutica. Assim, reparei ao longo da formação que as questões eram evidentes e pertinentes pela falta de experiência dos profissionais relativamente aos outros dois acessos, centrais e arteriais. Na formação abordou-se o material utilizado e os métodos de colocação dos mesmos, que apesar de serem realizados por médicos, os enfermeiros, detêm a responsabilidade de auxiliar, no procedimento e assim como, na preparação do material. Esta formação foi bastante interessante, pois consegui comparar a teoria com a prática observada anteriormente, o que me permitiu recordar e fazer uma reflexão crítica com a tutora, após esta formação, relativamente à mesma.

Com o decorrer do estágio, e de modo a atuar como membro facilitador no processo de aprendizagem, considerei que ao diagnosticar as necessidades formativas da equipa, seria pertinente interligá-las com o tema do estudo realizado sobre a Qualidade de Vida do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Crítico, abordando um tema que contribuísse para o aumento da qualidade de vida dos enfermeiros do serviço em questão.

Tendo por base este pensamento, e de modo a fomentar a formação e pesquisa, seguindo uma prática baseada na evidência, desenvolvi um trabalho para apresentar à equipa de enfermagem, relativamente à prevenção de lesões músculo-esqueléticas provenientes das posturas adotadas no trabalho (Apêndice II) por parte dos enfermeiros, promovendo assim a formação mediante as necessidades do serviço e da equipa, sendo estas atividades delineadas, com o intuito de desenvolver competências no âmbito do estágio de mestrado como futura Enfermeira Especialista em EMC.

Esta formação surgiu da partilha com a tutora e restantes elementos da equipa de enfermagem do SU após ter verificado que no período de estágio devido ao grande fluxo de doentes ao serviço, muitas das intervenções eram efetuadas por apenas um enfermeiro, sendo que no final de cada turno por adoção de postura incorreta e sobrecarga física, os enfermeiros referiam cansaço e dores osteoarticulares.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994), a Qualidade de Vida corresponde ao nível percetível dos indivíduos perante a sua posição na vida, incluindo as culturas, sistemas de valores nos quais vivenciam em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Entretanto, estão presentes no exercício laboral dos profissionais de enfermagem situações que podem ocasionar o desequilíbrio físico, mental e social dos mesmos, contribuindo para o aparecimento de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho. (Freire & Costa, 2016)

Na área da saúde (Fonseca, 2005), referiu que o profissional de enfermagem está de facto exposto a inúmeros fatores de risco que podem provocar doenças ocupacionais, na medida em que o desenvolvimento da atividade de enfermagem requer esforços físicos repetitivos, transporte manual de cargas, movimentação de doentes e outros, levando a que estes profissionais assumam posturas frequentemente “inadequadas” e prejudiciais à saúde. O transporte e manuseamento de cargas é de fato um grave problema na profissão de enfermagem. Na perspetiva ergonómica (Araújo, 1998), referiu a má conceção dos postos de trabalho, associada ao aparecimento de lesões diversas que afetam não só a saúde do trabalhador como a eficácia da organização.

Visto cada serviço ter o seu plano de formação anual, definido no início de cada civil, decidiu-se juntamente com a tutora e chefe de serviço que posteriormente, numa data a definir e inserido no novo plano, faríamos a apresentação dos resultados do estudo na UCI e no SU e além desta apresentação, será realizada esta formação sobre Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT).

Esta ação de formação (Apêndices II a), b) e c)), tem como intuito apresentar quais as causas mais comuns das LMERT, propondo oportunidades de melhoria relativamente à postura adotada pelos enfermeiros aquando dos posicionamentos e no dia-a-dia, no local de trabalho, de modo a prevenir o desenvolvimento destas lesões. Optei por focar-me na postura ergonómica dos enfermeiros, e não nos utensílios que podem utilizar para o transporte ou posicionamento, porque nem sempre estão disponíveis ou não são os mais indicados, como o caso, das camas ajustáveis à altura

da pessoa.

Nesta formação, será também avaliado (Apêndice I d)), o impacto desta nos enfermeiros do SU, na esperança de conseguir uma melhoria interna e na adoção de medidas posturais e ergonómicas de modo a cumprir assim, as atividades propostas no projeto inicial. O planeamento desta formação permitiu adquirir conhecimento sobre a postura ergonómica que se deve adotar no trabalho e técnicas de posicionamento de doentes, de forma a prevenir LMERT.

Considero que foi uma mais valia para o futuro, para mim, pois vai permitir estar mais atenta a esta temática bem como, contribuir de forma indireta para a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros, no trabalho através da apresentação dos principais fatores de risco, da prevenção de LMERT e boas práticas de mobilização de cargas.

Após concluído este domínio, considero que as atividades desenvolvidas e discussão crítica com os colegas, permitiram também adquirir competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, devido ao desenvolvimento do autoconhecimento e de uma prática clínica especializada, que enumero de seguida:

- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, com base na evidência científica.
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

3. Conclusão

A realização deste Relatório de estágio permitiu-me refletir sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio na UCI e no SU, que levaram ao atingir dos objetivos inicialmente propostos, bem como relativamente aos conhecimentos consolidados e adquiridos e, oportunidades experienciadas, estando ciente da importância deste documento.

Tendo em conta a minha experiência profissional, e conhecimento dos serviços em questão, ao longo do estágio a minha evolução foi notória, assim como o meu esforço em atingir as competências necessárias para conclusão dos mesmos. Contudo, sempre que me deparava com alguma dificuldade realizei pesquisas e trabalho individual, de modo a combater esse défice.

No percurso realizado, na UCI senti dificuldade principalmente na integração nas rotinas do serviço, pelo desconhecimento que tinha do mesmo e possivelmente, por ter sido o primeiro contexto. No SU, senti que tinha uma prestação mais fluida e adaptada ao serviço tendo conseguido atingir os objetivos na totalidade, adotando um desempenho reflexivo e procurando informação relevante sempre que necessário.

Um contributo para a UCI foi a proposta de uma nova abordagem, mais atenta, no que diz respeito à gestão e reposição da medicação no frigorífico, que como referi anteriormente, devido ao término da data de validade, levava ao desperdício de medicação de valor económico elevado.

O contributo que foi desenvolvido para o SU, teve por base umas das oportunidades de melhoria que identifiquei na prestação de cuidados de enfermagem, o trabalho relativo à “Prevenção das LMERT”.

Um contributo transversal aos dois contextos de estágio, foi a realização do estudo sobre “Qualidade de Vida do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Crítico”, em que os resultados serão divulgados às equipas de ambos os contextos, originando um momento de discussão e partilha de opiniões, que considero que irá contribuir para o crescimento enquanto futura Enfermeira Especialista em MC. À posteriori procederei à elaboração de um artigo científico para publicação do mesmo numa revista.

Realço a dedicação e atitude, que demonstrei nos contextos de estágio, tanto com a equipa multidisciplinar como com os doentes e família, assim como a partilha com as equipas que resultou em reflexões críticas dando origem a aprendizagens

personais, que me permitiram o desenvolvimento de trabalhos considerados pertinentes e relevantes para ambos os contextos, e a identificação de oportunidades de melhoria que por sua vez, se refletiram em conhecimento.

Relativamente ao desenvolvimento deste Relatório, com o acompanhamento incansável durante este período por parte da Professora Patrícia Coelho e investimento da minha parte, considero que atingi o objetivo pretendido com sucesso.

Sendo a realização do Relatório de estágio uma das etapas para o término do Mestrado em Enfermagem, considero que todos os conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos anos que frequento a Universidade Católica, foram colocados à prova novamente. A finalização do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, será uma mais valia para o meu futuro profissional e currículo académico, assim como até ao momento, tem contribuído para o meu crescimento pessoal e aquisição de conhecimentos essenciais para a prática de Enfermagem.

Nesta etapa académica senti mais dificuldade nos momentos em que era necessária uma articulação e raciocínio crítico rápido perante situações urgentes e emergentes em que da rapidez e execução eficaz dependia uma vida. Contudo, considero que o meu percurso ao longo do estágio foi ascendente e fui interiorizando e gerindo a capacidade de reflexão com o conhecimento científico.

Foi um estágio produtivo e rico em aquisição de conhecimentos e novas experiências, que permitiram tanto a nível académico como profissional, moldar a visão perante determinadas situações e, que me irá ajudar no futuro como enfermeira especialista em EMC de modo, a contribuir para a excelência dos cuidados. Considero-o como sendo uma nova etapa da minha vida, a mudança de pensamento e de atuação, na qual fui colocada à prova para refletir e atuar para além do expectável. Sinto que me fez crescer como profissional, mas acima de tudo como pessoa, pois considero que foi uma experiência impar e extremamente positiva que ultrapassou largamente a minha visão do campo de ação do enfermeiro especialista e da enfermagem no cuidado ao doente crítico.

4. Bibliografia

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2008). *Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas no sector dos serviços de saúde.* E-FACTS.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *Healthcare errors as mistakes made in the process of care that result in or have the potential in harm to patients.*

Alexandre, N., & Angerami, E. (1993). Avaliação de determinados aspetos ergonómicos no transporte de pacientes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* , 21 (77), pp. 81-90.

Åkerman, E., Ersson , A., Fridlund , B., & Samuelson , K. (2013). Preferred content and usefulness of a photodiary as described by ICU-patients-A mixed method analysis. *Australian Critical Care* , 26, 29-35.

Alexandre, N., & Angerami, E. (1993). Avaliação de determinados aspetos ergonómicos no transporte de pacientes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* , 21 (77), pp. 81-90.

Amaral, A. e. (2000). Não vires costas às perturbações músculo-esqueléticas. *Revista Segurança* , 140, pp. 31-33.

Araújo, R. (1998). Estudo ergonómico de postos de Segurança. *Revista Segurança* , 130.

Assembleia da República. (14 de julho de 2009). Lei n°33/2009. 4467. Diário da República n.º 134/2009, Série I de 2009-07-14.

Assembleia da República Portuguesa. (21 de março de 2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Lei n.º 15/2014* . Diário da República Eletrónico.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s.d.). *O que é a dor?* Obtido em 3 de abril de 2019, de APED: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>

Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., & Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. (70) , 53-58. (A. J.-S. Pharm, Ed.)

Bernardino, E. (2018). Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal - Análise estatística.

Brito, D., Agra, G., Medeiros, M., Pereira, I., Macedo, E., & Andrade, F. (2018). Sentimentos de Enfermeiras no Cuidado de Pessoas com Feridas Neoplásicas. *Revista Enfermagem Atual* .

Coelho, M. V. (2013). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilizada pelos Enfermeiros.* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Coelho, M. S. (2009). *Estudo da frequência de Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em profissionais de Enfermagem.* Monografia, Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, Porto.

Conselho das Comunidades Europeias. (21 de junho de 1990). DIRECTIVA DO CONSELHO. Jornal Oficial das Comunidades Europeias.

Departamento de Emergência e Medicina Intensiva. (s.d.). Obtido em 1 de abril de 2019, de <http://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/departamento-de-emergencia-e-medicina-intensiva/>

Direção Geral de Saúde. (2017). *"Feixe de intervenções" de prevenção da pneumonia associada à intubação.*

Direção Geral de Saúde. (2008). *Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho.* Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientação N°07/2010-Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.* Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor.*

Direção Geral de Saúde. (2013-2014). *Relatório PPCIRA DGS 2013.* Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Ferreira, M. M. (2005). Riscos de saúde dos enfermeiros no local de trabalho. *Revista Sinais Vitais* , 59, pp. 29-35.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte II - Testes de validação. *13* , 119-127. Acta Médica Portuguesa.

Fonseca, M. (2005). *Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar.* Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Freire, M. N., & Costa, E. R. (Jan/Jun de 2016). Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente de Trabalho. *Revista de Enfermagem Contemporânea* , 5 (1), pp. 151-158.

Freire, M., Costa, E., Alves, E., Santos, C., & Santos, C. (novembro de 2016). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente laboral hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE On Line* , 10 (6), pp. 4286-94.

Hedge, A. (2007). Back care for nurses. Ithaca, NY, USA.

International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms.* Obtido em 30 de outubro de 2019, de <https://www.dor.com.pt/static-page/o-que-e-dor>

Josephson, M. (1999). *Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period* (Vol. 54). Occupational Environmental Medicine.

Lopes, L. (2012). *A importância do monitoramento da pressão de cuff: Uma revisão de literatura*. Universidade de São Marcos, Centro de estudos avançados e formação integrada. Especialização em ventilação mecânica. Monografia.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). Fundamentos de Metodologia Científica. 5ª. (E. A. S.A., Ed.) São Paulo, Brasil.

Ministério da saúde. (23 de Março de 2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. 59 , 2ª série, 58. Diário da República.

Ministério da Saúde. (2004). *Recomendações para prevenção da infecção respiratória em doente ventilado*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). Código Deontológico . *Lei nº 156/2015* .

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Parecer CJ/20 - 2001: Passagem de turno junto dos doentes, em enfermarias*.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 4 de janeiro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (02 de Fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 10 de Abril de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.aenfermagemasleis.pt/2019/02/06/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-ordem-dos-enfermeiros/>

Organização Mundial da Saúde. (2002). Quality of care: patient safety. 55 (18).

Penitenti, R. (abril-junho de 2010). Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , 22 (2), pp. 192-195.

Pereira, N. (2008). *Comunicação de Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência.*

Pinto, J. M. (2008). Kaizen nas Unidades Hospitalares: Criar Valor Eliminando Desperdício.

Ranney, D. (2000). *Distúrbios Osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho.* São Paulo, Brasil: Editora Roca.

Resar R, Griffin FA, Haraden C, & Nolan TW. (2012). *Using Bundles to improve Health Care Quality.* Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, Cambridge.

Resar R, Pronovost P, Haraden C, & Simmonds T. (2015). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* , 31 (5), 243-248.

Rios, K., Barbosa, D., & Belasco, A. (2010). Avaliação de qualidade de vida e depreciação de técnicos e auxiliares de enfermagem. *18* (3), p. 09.

Santos, I., Alves, I., Neto, M., Passos, D., & Filho. (2015). Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira Anestesiologia* , 67 (3), pp. 271-277.

Schmidt, D., & Dantas, R. (janeiro-fevereiro de 2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Latino-am Enfermagem* , 14 (1), pp. 54-60.

Schmidt, D., Paladine, M., Biato, C., Pais, J., & Oliveira, A. (2013). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasil Enfermagem* , 66 (1), pp. 7-13.

Scottish Patient Safety Program. (s.d.). Obtido em outubro de 2019, de <http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk>

Serviço Nacional de Saúde. (10 de agosto de 2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva.* Obtido em 1 de abril de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Silva, A. (2007). *O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência.*
Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine* , 5 (2), 90-92.

Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (23 de Maio de 2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , 31 (2).

Unidade Local de Saúde (s.d.). Manual de Integração na UCI. 7-10.
Vilella, E. C. (1999). Vigilancia de los factores de riesgo. In F. G. Benavides, C. R. Frutos, & A. M. Garcia, *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 215-224). Barcelona: Masson.

Vilella, E. C. (1999). Vigilancia de los factores de riesgo. In F. G. Benavides, C. R. Frutos, & A. M. Garcia, *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 215-224). Barcelona: Masson.

Wold, G. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5ª Edição ed.). (E. E. Ltda, Ed.) São Paulo.

World Health Professions Alliance. (abril de 2002). Obtido em 29 de maio de 2019, de World Health Professions Alliance:
<http://www.whpa.org/search/node?keys=error>

Apêndices

Apêndice I – Avaliação da Qualidade de Vida do Enfermeiro no
Cuidado ao Doente Crítico

Apêndice I a) - Pedido de consentimento ao autor para utilização do instrumento de colheita de dados (SF12 v2)

Exmo. Sr. Professor Doutor

Eu, Tânia Manuel de Sousa Carvalho, estudante do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto sob orientação da Prof. Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, no âmbito de um estudo intitulado “Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico”, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da Escala MOS Short-Form 12 Health Survey (SF-12v2), cuja tradução e adaptação foi desenvolvida pelo Sr. Professor.

Para o desenvolvimento deste estudo, a utilização da Escala SF-12v2, seria um grande contributo para avaliar a qualidade de vida e estado de saúde dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica possibilitando caracterizar as facilidades, os obstáculos e necessidades dos enfermeiros que trabalham nestes contextos.

Caso a autorização seja concedida, comprometo-me, no respeito integral pelos direitos de autor,

a indicar como referência no meu estudo, a seguinte:

██████████, P. (1998). A medição do estado de Saúde: criação da versão Portuguesa do Mos SF-36. Documento de trabalho 2. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Aguardando resposta, despeço-me com os melhores cumprimentos pessoais

Atenciosamente,

Tânia Manuel de Sousa Carvalho

Porto, 21 de fevereiro de 2019

Apêndice I b) – Consentimento do autor do instrumento de colheita de dados (SF12 v2)

Para: [Tânia Manuel](#) >

Ocultar



Cc: [Sílvia Coelho](#) >

RE: Pedido de autorização para utilização da Escala SF-12v2

14 de março de 2019, 11:05

Começo por medir desculpa pelo atraso da minha resposta.

Tenho muito gosto em autorizar a utilização da versão portuguesa do SF-12 que, como sabe foi extraída do instrumento de medição SF-36 cujas principais referências se seguem:

██████████ Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. Acta Med Port. 2000 Jan-Abr; 13(1-2): 55-66.

██████████ Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. Acta Med Port. 2000 Mai-Jun; 13(3): 119-27.

Melhores cumprimentos.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO

No âmbito de um estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros que cuidam de doentes críticos pedimos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário de avaliação, pois acreditamos que este estudo é importante para caracterizar as facilidades, os obstáculos e necessidades dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico e a sua qualidade de vida. A sua colaboração é essencial para sabermos os níveis de qualidade de vida dos enfermeiros numa UCI, e assim percebermos de que forma a sua atividade profissional afeta o mesmo. Este questionário permitir-nos-á também perceber qual a importância do doente portador de ferida e qual o impacto no enfermeiro que presta cuidados ao mesmo.

Neste sentido, o questionário é composto por 3 partes: primeira parte contém um questionário de caracterização sociodemográfica; segunda parte um questionário relacionado com a atividade profissional no cuidado ao doente crítico e doente com ferida e, por último um questionário SF-12v2, direcionado à qualidade de vida do enfermeiro.

Por favor, preencha todos os parâmetros, seleccionando **apenas** uma opção.

Obrigada pela sua participação, o seu contributo é importante.

PARTE 1

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade:

- Menos de 30 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos

- 45 a 49 anos
- 50 ou mais anos

Estado civil:

- Solteiro
- Casado/união de facto

- Viúvo
- Separado/Divorciado

Habilitação profissional:

- Licenciado
- Pós-graduação
- Especialidade
- Mestrado
- Doutorado

Categoria profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro graduado
- Enfermeiro especialista
- Enfermeiro chefe

Tipo de horário

2.1.Fixo

- Rouleman*

Há quantos anos trabalha neste serviço?

- Menos de 1 ano
- 1 ano a 3 anos
- 4 anos a 7 anos
- 8 anos a 10 anos
- Mais de 10 anos

PARTE 2

O ENFERMEIRO, O DOENTE CRÍTICO E A FERIDA

1. Considera que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional?

Sim ____ Não ____

2. Sente que lhe causa instabilidade física?

Sim ____ Não ____

2.1. E emocional ?

Sim ____ Não ____

3. Nos últimos 12 meses alguma vez se sentiu:

Deprimido

Ansioso

Triste

Insatisfeito

Improdutivo

Desvalorizado

Cansado

Com excesso de carga de trabalho

Outro: _____

4. Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar?

Sim ____ Não ____

5. Sente que o doente crítico portador de ferida o afeta?

Sim ____ Não ____

Se

sim,

porque? _____

6. Considera que a ferida no doente crítico lhe causa algum impacto emocional?

Sim____ Não____

6.1 Se sim, quais os pensamentos que destaca:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Realização profissional | <input type="checkbox"/> Medo |
| <input type="checkbox"/> Desafio | <input type="checkbox"/> Raiva |
| <input type="checkbox"/> Sensação de dever cumprido | <input type="checkbox"/> Desanimo |
| <input type="checkbox"/> Segurança | <input type="checkbox"/> Repulsa |
| <input type="checkbox"/> Insegurança | <input type="checkbox"/> Impotência |
| <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Oportunidade de cuidar melhor |
| <input type="checkbox"/> Frustração | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desprezo | |

7. Que ferida lhe causa maior impacto?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão | <input type="checkbox"/> Pé diabético |
| <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica | <input type="checkbox"/> Úlcera de Perna |
| <input type="checkbox"/> Ferida maligna | <input type="checkbox"/> Lesão por Humidade |
| <input type="checkbox"/> Ferida traumática | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

PARTE 3

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE SF-12V2

Instruções para o preenchimento deste questionário

Por favor responda a todas as perguntas. Algumas perguntas podem parecer parecidas com outras, mas todas são diferentes. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais cuidadosamente possível.

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

 Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo em cada linha)

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
-----------------------------	--------------------------------	----------------------------

a. Atividades moderadas, tais como

deslocar uma mesa ou aspirar a casa 1 2 3

b. Subir vários lanços de escada 1 2 3

3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--	--------	------------------------------	----------------	----------------	-------

a. Fez **menos** do que queria? 1 2 3 4 5

b. Sentiu-se limitado/a no **tipo** de trabalho
ou outras atividades 1 2 3 4 5

4. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--	--------	------------------------------	----------------	----------------	-------

a. Fez **menos** do que queria? 1 2 3 4 5

b. Executou o seu trabalho ou outras atividades

menos cuidadosamente do que era costume.. 1 2 3 4 5

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo,
nas últimas quatro semanas...

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
---------------	-------------------------------	--------------------	--------------------	--------------

a. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? 1 2 3 4 5

b. Se sentiu com muita energia? 1 2 3 4 5

c. Se sentiu deprimido/a? 1 2 3 4 5

7. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADA

Apêndice I d) – Projeto de Investigação: Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico

Estudo da “Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico”

Projeto de investigação

Informação sobre o projeto
Título: Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico

Investigador Principal
Nome: Tânia Manuel de Sousa Carvalho

Orientação
Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto

População-alvo
Enfermeiros que exercem funções nos serviços de atendimento à pessoa em situação crítica, nomeadamente nos Serviços de Medicina Intensiva e de Urgência de um hospital a norte de Portugal

Pertinência do estudo
A satisfação profissional tem sido alvo de um crescente interesse por parte dos investigadores, motivados pelas consequências que pode proporcionar na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores e nas organizações, com reflexos nos seus níveis de produtividade. (Bernardino, 2018) Este projeto foi realizado com o objetivo de identificar a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, assim como o impacto que as feridas presentes nos doentes e o seu tratamento, têm nos profissionais de saúde que exercem

funções nos serviços de Medicina Intensiva e de Urgências, num hospital a norte de Portugal, através da aplicação da Escala SF-12v2, cuja tradução e adaptação foi validada para a população portuguesa. A autorização para a utilização da mesma foi obtida pelo autor que efetuou a validação da mesma.

Palavras Chave: Enfermeiros; Qualidade de vida; Saúde, Ferida, Doente crítico.

Material e Métodos

Nível de conhecimento: Estudo descritivo e observacional

Controlo sobre as variáveis: Não experimental

Colheita de dados: Através da aplicação de um instrumento de recolha de dados num único momento a cada um dos participantes, tendo estes como requisito serem enfermeiros nos serviços de Medicina Intensiva e de Urgência. E terem aceite participar no estudo mediante consentimento informado,.

Amostra: Não probabilística: Intencional, em que os enfermeiros selecionados, exercem funções nos serviços referenciados, num hospital a norte de Portugal.

Este estudo terá a duração de 4 meses (ver tabela nº1) em que será solicitada a colaboração dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de Medicina Intensiva e de Urgências, para o preenchimento do questionário relativo à Escala SF-12v2 (Ferreira P. L., 2000). A SF-12v2, foi desenvolvida a partir do 36 item Short Form Health Survey Instrument (SF-36), sendo um instrumento que tem sido utilizado em vários estudos em Portugal, no âmbito da qualidade de saúde dos profissionais de saúde.

Considerando que o questionário foi traduzido para português e validade para a população portuguesa, foi solicitada autorização ao respetivo autor, tendo obtido a sua autorização

O processamento dos dados será feito com recurso ao sistema informático SPSS, sendo os resultados apresentados no relatório final de mestrado e se forem relevantes serão publicados numa revista científica sem qualquer referencia aos participantes ou ao hospital onde decorreu o estudo..

Este estudo será realizado fora do horário de trabalho dos enfermeiros, no seu tempo livre, não tendo como finalidade identificar ou verificar comparações entre instituições. O que se pretende é conhecer a qualidade de vida e o impacto na saúde do enfermeiro, a prestação de cuidados ao doente crítico.

Será entregue, a cada participante que aceitar participar no estudo, o instrumento de recolha de dados em formato de papel, dentro de um envelope e com um código numérico atribuído aleatoriamente, pelo investigador principal.

Ano	2019			
Mês	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Revisão da Literatura	X			
Seleção do Instrumento	X			
Colheita de dados		x	x	
Publicação dos Resultados				x

Tabela nº1 – Cronograma do estudo

Considerações éticas

Considerando as recomendações da Declaração de Helsínquia”, da Organização Mundial de Saúde e do Código Deontológico do Enfermeiro, assume-se o compromisso de respeitar o sigilo institucional, assim como o sigilo dos participantes. Não será necessária a identificação dos participantes, sendo a estes atribuído um código que nunca será divulgado.

Será obtido o consentimento dos participantes por escrito, através da entrega de uma declaração de consentimento informado, prévia à aplicação do questionário, a cada um dos participantes que aceitarem participar no estudo.

Referências Bibliográficas

Bernardino, E. (2018). Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal - Análise estatística.

Ferreira, C., & Anes, E. (2016). Qualidade de vida dos enfermeiros. *Millenium* , 2 (1), 327-336.

Ferreira, L. S. (2017). Validação da Versão Portuguesa e Determinação do Poder de

Resposta e Significância Clínica do Life-Space Assessment (LSA). (I. P.-E. COIMBRA, Ed.) Coimbra.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte II - Testes de validação. 13 , 119-127. Acta Médica Portuguesa.

Apêndice I e) – Pedido de consentimento à comissão de ética hospitalar

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética,

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração,

Unidade Local de Saúde de ██████████

Eu, Tânia Manuel de Sousa Carvalho, Enfermeira e estudante do do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da, Universidade Católica Portuguesa, do Instituto Ciências da Saúde do Porto, venho por este meio solicitar a colaboração da instituição, no projeto de investigação sobre a “Qualidade de Vida do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Crítico”, com o objetivo de identificar a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, assim como o impacto que as feridas presentes nos doentes e o seu tratamento, têm nos profissionais de saúde que exercem funções nos serviços de Medicina Intensiva e de Urgências, o qual pretende ser efetuado com o propósito da realização do Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre.

Para isso, será realizado um questionário para caracterização sociodemográfica e o instrumento de medição SF-12v2 com autorização prévia do autor que traduziu e validou para Portugal.

Assim, solicito a colaboração da equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Intensiva, que trabalha na vossa instituição para inclusão no estudo, assegurando a confidencialidade e sigilo dos dados que serão utilizados apenas para feitos académicos e se relevantes para publicação numa revista.

Para a realização do referido estudo de investigação, esta colaboração é imprescindível.

Agradeço toda a atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Tânia Manuel de Sousa Carvalho

Porto, 21 de fevereiro de 2019

Apêndice I f) – Parecer da Comissão de ética hospitalar

	INFORMAÇÃO	Nº 54/CE/IAS Data: 10-05-2019
--	-------------------	--

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo intitulado "**Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico**"

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização de um estudo intitulado "**Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico**", cuja investigadora é a Tânia Manuel de Sousa Carvalho, aluna de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

A Comissão de Ética deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, desde que o mesmo seja autorizado também pelo enfermeiro responsável do Serviço de Urgência.

Com os melhores cumprimentos

J

Dr
(P)

Apêndice I g) – Parecer do Conselho de Gestão do Conhecimento Hospitalar

	INFORMAÇÃO	Nº 89/19 / SGC Data: 2019/05/21
--	-------------------	------------------------------------

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento


Assunto: Autorização de estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para a realização do estudo intitulado "*Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico*", cuja investigadora é a Tânia Manuel de Sousa Carvalho, aluna de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Com os melhores cumprimentos,



—
D
D

Apêndice I h) – Pedido de consentimento aos enfermeiros

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em estudo de investigação (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico

Enquadramento: O estudo irá decorrer na ~~ULS Matosinhos – Hospital Pedro~~ no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica portuguesa do Porto, sob orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho.

Explicação do Estudo: O presente estudo tem como objetivo identificar a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, assim como o impacto que as feridas presentes nos doentes e o seu tratamento, têm nos profissionais de saúde que exercem funções nos serviços de Medicina Intensiva e de Urgências, através da aplicação da Escala SF-12v2.

Confidencialidade e anonimato: A investigadora garante a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; promete anonimato (não registo de dados de identificação), ou seja, a identificação dos participantes nunca será tornada pública; assegura que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade e individualmente através da utilização de códigos.

Identificação do/a investigador/a – Tânia Manuel Sousa Carvalho, enfermeira, com o contato móvel 91 [redacted] e endereço electrónico t[redacted].com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação, sendo garantida a confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA /S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Apêndice I i) – Estudo de Investigação

“Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico - O impacto das feridas no enfermeiro que executa o tratamento”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO DOENTE CRÍTICO

O impacto das feridas no enfermeiro que executa o tratamento

Tânia Manuel Sousa Carvalho

Porto – julho de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO
DOENTE CRÍTICO**

O impacto das feridas no enfermeiro que executa o tratamento

**QUALITY OF LIFE OF THE NURSE IN CRITICAL
PATIENT CARE**

**The impact of wounds on the nurse performing the
treatment**

Por: Tânia Manuel Sousa Carvalho

Sob a orientação de: Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto – julho de 2019

Resumo

A qualidade de vida dos enfermeiros é um tema cada vez mais abordado ao longo dos anos. Este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico, assim como o impacto que o doente portador de ferida tem no enfermeiro.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com uma abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvido nos serviços de medicina intensiva e de urgência de um hospital na zona norte de Portugal, entre os meses de fevereiro a maio.

Para a realização deste estudo, foi utilizada a escala SF-12 v2, como instrumento de recolha de dados, no qual os participantes assinaram um consentimento ao aceitarem participar no estudo.

Verificamos que dos 104 dos enfermeiros aos quais foram entregues os questionários, responderam aos mesmos 54 enfermeiros. Desta amostra final 26 enfermeiros exercem funções no Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e 28 enfermeiros no Serviço de Urgência (SU). Após análise dos questionários podemos afirmar que 79,6% dos inquiridos considera que o doente portador de ferida não o afeta, enquanto 20,4% assume que afeta.

Constatamos também que a qualidade de vida dos enfermeiros destes serviços, segundo a escala SF-12 v2 é favorável, com um total de 54 enfermeiros após análise dos dados apresentarem qualidade de vida. No entanto, é de salientar que dos enfermeiros que responderam ao questionário e exercem funções na UCI, 57,5% destes estão acima da média do seu serviço, enquanto que no SU esta percentagem é de 53,5%. Podemos assim concluir, que na UCI os enfermeiros têm mais qualidade de vida.

Abstract

The quality of life of nurses is an increasingly addressed theme over the years. This study aims to evaluate the quality of life of nurses in the care of critically ill patients, as well as the impact that patients with wounds have on nurses.

This is a descriptive, cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach, developed in the intensive care and emergency services of a hospital in northern Portugal, from February to May.

To conduct this study, the SF-12 v2 scale was used as a data collection instrument, in which participants signed consent to agree to participate in the study.

We found that out of 104 of the nurses to whom the questionnaires were delivered, the same 54 nurses answered. From this final sample 26 nurses work in the Intensive Care Unit (UCI) and 28 nurses in the Emergency Service (US). After analyzing the questionnaires we can say that 79.6% of respondents consider that the patient with a wound does not affect him, while 20.4% assumes that it does.

We also found that the quality of life of nurses in these services, according to the SF-12 v2 scale is favorable, with a total of 54 nurses after data analysis showed quality of life. However, it should be noted that of the nurses who answered the questionnaire and work in the UCI, 57.5% of these are above the average of their service, while in the US this percentage is 53.5%. We can thus conclude that in UCI nurses have a better quality of life.

Lista de Abreviaturas e Siglas

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

1. Introdução	80
2. Metodologia	81
2.1. Questão de Investigação	82
3. Resultados e discussão	82
3.1. Caracterização Sociodemográfica	83
3.2. O enfermeiro, o doente crítico e a família	85
3.3. Qualidade de Vida – Escala SF-12 v2	91
4. Conclusão	98
5. Bibliografia	99

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra	83
Tabela 2 - Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar ?	85
Tabela 3 - Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar? – UCI	85
Tabela 4 - Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar? – SU	86
Tabela 5 - Considera que o doente crítico portador de ferida o afeta ?	86
Tabela 6 - Considera que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional? - UCI	87
Tabela 7 - Considera que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional? - SU	87
Tabela 8 - Sente que lhe causa instabilidade física?	88
Tabela 9 - E emocional?	88
Tabela 10 - Sente que lhe causa instabilidade física?	88
Tabela 11 - E emocional?	89
Tabela 12 - Considera que a ferida no doente crítico lhe causa algum impacto emocional?	89
Tabela 13 - Estatística do Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida UCI e SU (n=54)	91
Tabela 14 - Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida UCI e SU (n=54)	92
Tabela 15 - Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida UCI (n=26)	83
Tabela 16 - Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida SU (n=28)	84

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Que pensamentos destaca?	90
Gráfico 2 - Que ferida lhe causa maior impacto?	91

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994), a Qualidade de Vida corresponde ao nível perceptível dos indivíduos perante a sua posição na vida, incluindo as culturas, sistemas de valores nos quais vivenciam em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Entretanto, estão presentes no exercício laboral dos profissionais de enfermagem situações que podem ocasionar o desequilíbrio físico, mental e social dos mesmos, contribuindo para o aparecimento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. (Freire & Costa, 2016)

O conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foi difundido na atualidade, por meio de revisões de vínculos na estruturação da vida profissional e pessoal dos fatores socioeconômicos originados pelas metas e pressões organizacionais. A QVT pauta-se nas escolhas de bem-estar e percepção do que poderá ser realizado para favorecer a realização de expectativas dos gestores e trabalhadores. (Schmidt, Paladine, Biato, Pais, & Oliveira, 2013)

Sendo a profissão de enfermagem, uma profissão com um nível de desgaste elevado para os profissionais, devido aos horários de trabalho por turnos, na sua maioria, e ao excesso de carga de trabalho, considerou-se pertinente abordar este tema, relacionando a qualidade de vida dos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU), com o impacto emocional de trabalhar com o doente portador de ferida, visto a realização do tratamento de feridas ser uma atividade de enfermagem.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à introdução, o segundo é exposta a metodologia aplicada neste trabalho, assim como a questão inicial e as hipóteses apresentadas, seguido da apresentação dos resultados, discussão dos mesmos e por último a conclusão, que responde à questão de investigação, assim como expõe as principais limitações que surgiram ao longo do trabalho

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com uma abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido em dois serviços, na UCI e no SU, de um hospital da zona norte de Portugal. A colheita foi efetuada na UCI nos meses de fevereiro e março e no SU nos meses de abril e maio. A população é composta por 104 enfermeiros, 27 enfermeiros desempenham funções na UCI e 77 no SU. Na UCI dos 27, uma enfermeira encontrava-se de atestado médico. No SU 3 enfermeiros encontravam-se de férias e 2 encontravam-se ausentes por motivos de saúde (atestado médico ou incapacidade médica temporária). A amostra final de enfermeiros que participaram no estudo foi de 54 enfermeiros, após a entrega do consentimento livre e informado, e preenchimento do questionário.

No que diz respeito à colheita de dados foi efetuado um questionário, composto por 3 partes: a primeira parte relativa à caracterização sociodemográfica, composta por diferentes variáveis, tais como o sexo, idade, estado civil, habilitação profissional, categoria profissional, tipo de horário e o número de anos que exercia no serviço em questão; a segunda parte contém sete perguntas relacionadas com o impacto emocional que doente portador de ferida e o tratamento da mesma, tem no enfermeiro; e a última parte é a escala SF12 v2. Esta escala é composta por doze itens derivados do SF-36, e avalia oito dimensões diferentes de influência sobre a qualidade de vida, considerando a perceção do indivíduo em relação aos aspetos da saúde nas quatro últimas semanas. Cada item possui um grupo de respostas distribuídas numa escala graduada, tipo Likert, sendo avaliadas as seguintes dimensões: função física, aspeto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspeto emocional e saúde mental.

Para utilização desta escala, foi realizado o pedido ao autor da mesma, Professor Doutor [REDACTED], ao qual respondeu favoravelmente, assim como enviado o projeto de investigação à comissão de ética do hospital e ao conselho de gestão de conhecimento hospitalar, para proceder com o estudo, que permitiu a realização do mesmo.

Cada questionário, foi entregue dentro de um envelope, juntamente com a declaração de consentimento, a ser preenchido por cada enfermeiro, e que seria entregue à parte do questionário. Para garantir o anonimato, foi atribuído um código a cada envelope, e estes forem entregues pessoalmente, de forma aleatória. Foi pedido, a todos os enfermeiros que participaram no estudo, para aquando da entrega, como referi anteriormente entregassem o consentimento à parte do questionário, de modo a não haver associações com os dados do mesmo, e teriam também que entregar o envelope, com o questionário, fechado.

Após recolha dos questionários a análise dos mesmos foi feita no *Statistical Package for the Social Sciences 24.0*.

2.1. Questão de Investigação

Para o desenvolvimento do estudo e orientação do investigador, as questões de investigação colocadas são fundamentais.

Tendo em conta os objetivos iniciais, surge as seguintes questões de investigação:

- Qual a qualidade de vida do enfermeiro na assistência ao doente crítico num serviço de medicina intensiva e num serviço de urgência de um hospital a Norte?
- Qual o impacto que o doente crítico portador de ferida tem no enfermeiro que executa o tratamento num serviço de medicina intensiva e num serviço de urgência de um hospital a Norte?

3. Resultados e Discussão

Os resultados apresentados de seguida, foram obtidos através da análise dos questionários entregues à população em questão.

Este estudo contou com a participação de 54 enfermeiros dos quais 26 trabalhavam na UCI e 28 no SU, de um hospital na zona norte de Portugal.

Este capítulo, subdividido em três subcapítulos, com base no questionário entregue aos enfermeiros. O primeiro subcapítulo diz respeito à caracterização sociodemográfica, seguido da análise da segunda parte “O enfermeiro, o doente crítico e a ferida” e por último a escala SF-12 v2 relativo à Qualidade de vida . Ao longo destes, exponho com o auxílio de tabelas e gráficos, cada uma das questões do questionário que considere pertinentes abordar, assim como breves descrições de cada um dos resultados apresentados, de modo a dar resposta às questões de investigação.

3.1. Caracterização Sociodemográfica

Neste subcapítulo apresento os dados sociodemográficos analisados da amostra em questão.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra			
		Amostra (nº54)	
		n	%
Sexo	Masculino	22	40,7
	Feminino	32	59,3
Idade	<30	8	14,8
	30 a 34 anos	7	13,0
	35 a 39 anos	11	20,4
	40 a 44 anos	13	24,1
	45 a 49 anos	7	13,0
	>=50 anos	8	14,8
Estado Civil	Sem resposta	2	3,7
	Solteiro	14	25,9
	Casado/União de Facto	34	63,0
	Separado/Divorciado	4	7,4
Habilitação Profissional	Licenciado	26	48,1
	Pós-graduação	7	13,0
	Especialidade	14	25,9

	Mestrado	4	7,4
	Doutoramento	1	1,9
Categoria Profissional	Enfermeiro	22	40,7
	Enfermeiro Graduado	15	27,8
	Enfermeiro Especialista	16	29,6
	Enfermeiro chefe	1	1,9
Tipo de Horário	Fixo	6	11,1
	Rouleman	48	88,9
Anos de serviço	< 1 ano	7	13,0
	1 a 3 anos	5	9,3
	4 a 7 anos	6	11,1
	8 a 10 anos	3	5,6
	> 10 anos	33	61,1

A amostra é composta por 54 enfermeiros, de ambos os serviços, sendo que 26 exercem funções na UCI e 28 no SU e 40,7% destes é do sexo masculino e 59,3% do feminino.

Podemos observar que a percentagem de idades inferiores a 30 e superiores a 50 é igual, sendo estas de 14,8%, com um total de 16 enfermeiros.

A maioria dos inquiridos é casado ou vive em união de facto com 63,0%, seguida de 25,9% os que são solteiros e apenas 4 separados/divorciados.

Apuramos que 16 enfermeiros são especialistas e que apenas um enfermeiro chefe respondeu ao questionário.

Relativamente ao tipo de horário, 48 enfermeiros trabalham por *Rouleman* ao invés de 6 que têm um horário fixo.

Por último, constatamos que 61,1% da população exerce funções no serviço à mais de dez anos, seguido de 13,0% que se encontra no mesmo à menos de 1 ano.

3.2.O Enfermeiro, o Doente Crítico e a Ferida

Ao longo deste subcapítulo, exponho os dados recolhidos relativamente à segunda parte do questionário “O Enfermeiro, o Doente Crítico e a Ferida”, onde relaciono algumas questões com os serviços em questão.

Tabela 2 - Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar ?		
	Amostra (n=54)	
	N	%
Sim	32	59,3
Não	22	40,7

Relativamente a esta questão, em que podemos observar que na amostra de 54 enfermeiros, 32 assumem que têm qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar, considerando esta uma amostra superior à média identificada. Também consideramos importante, a análise específica dos resultados tendo em conta o serviço em que trabalham, como observamos nas duas tabelas seguintes (tabela 3 e 4).

Tabela 3 - Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar? - UCI		
	Amostra (n=26)	
	N	%
Sim	20	76,9
Não	6	23,1

Nesta primeira tabela, relativa à UCI, percebemos que 20 dos elementos que responderam que “SIM”, exercem funções neste serviço.

Tabela 4 - Sente que tem qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar? - SU		
	Amostra (n=28)	
	N	%
Sim	12	42,9
Não	16	57,1

Relativa ao SU, com base na análise desta tabela, 16 dos 22 enfermeiros que responderam “NÃO”, trabalham neste serviço.

Ao comparar ambas as tabelas (tabelas 3 e 4), tendo em atenção a tabela 2, podemos concluir que os enfermeiros que exercem funções no SU, estão mais descontentes e consideram sentir falta de qualidade de vida na sua atividade laboral e pessoal/familiar.

Tabela 5 - Considera que o doente crítico portador de ferida o afeta ?		
	Amostra (n=54)	
	N	%
Sim	11	20,4
Não	43	79,6

Nesta questão, em que nos deparamos com a amostra total da população, admitimos que 79,6% não considera que o doente crítico portador de ferida o afeta. Contudo, dos 20,4% , ou seja, 11 enfermeiros, que consideram que se sentem afetados com este tipo de doente, referem que os motivos pelos quais nutrem este sentimento são:

- Pelo tempo disponibilizado para tratamento
- Pela dor que provoca ao doente
- Pelo tempo dispensado pelo doente para executar tratamento
- Dor, nutrição e má gestão
- Empatia
- Por ser mais um foco da sua atenção

- Como uma perspectiva de adquirir novos conhecimentos
- Pelo sofrimento do doente

Tendo em conta as respostas, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros focasse no sentimento do doente e pelo mesmo, enquanto os restantes veem este momento como uma oportunidade de melhoria.

Tabela 6 - Considera que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional? - UCI		
	Amostra (n=26)	
	n	%
Sim	7	26,9
Não	19	73,1

No contexto da UCI, como demonstra a tabela 6, 73,1% dos enfermeiros não consideram que a prestação de cuidados ao doente crítico afetem a sua vida relacional, assim como 75,0% dos enfermeiros que trabalham no SU, como podemos observar na seguinte (tabela 7). Em ambos os contextos, 7 enfermeiros afirmam que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional.

Tabela 7 - Considera que a prestação de cuidados ao doente crítico afeta a sua vida relacional? - SU		
	Amostra (n=28)	
	n	%
Sim	7	25,0
Não	21	75,0

Tabela 8 - Sente que lhe causa instabilidade física? - UCI		
	Amostra (n=26)	
	n	%
Sim	5	19,2
Não	21	80,8

Os enfermeiros da UCI, na sua maioria, não sentem que a prestação de cuidados ao doente crítico lhes cause instabilidade física, apenas 19,2% sente instabilidade física, segundo a tabela 8.

Tabela 9 - E emocional? - UCI		
	Amostra (n=26)	
	N	%
Sim	8	30
Não	18	69,2

Em relação à instabilidade emocional, apesar de a amostra de respostas afirmativas aumentar para 8, correspondente a 30% da amostra total, estas continuam reduzidas comparativamente às respostas identificadas como “Não”, em que afirmam que a prestação de cuidados ao doente crítico não tem qualquer tipo de influência com a sua instabilidade emocional.

Tabela 10 - Sente que lhe causa instabilidade física? - SU		
	Amostra (n=28)	
	N	%
Sim	13	46,4
Não	15	53,6

Tal como os enfermeiros da UCI, os do SU a maioria, 53,6% sente que não lhe causa instabilidade física, embora a discrepância de respostas seja bastante menor.

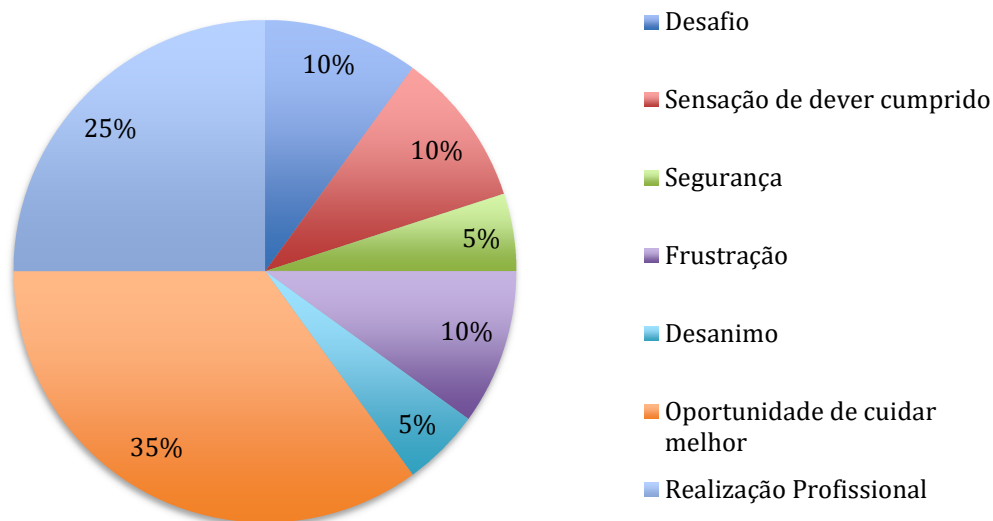
Tabela 11 - E emocional? - SU		
	Amostra (n=28)	
	n	%
Sim	16	57,1
Não	12	42,9

Neste contexto, ao contrário da UCI, a maior parte dos inquiridos, assuma que a prestação de cuidados ao doente crítico lhes causa instabilidade emocional, 57,1% da amostra.

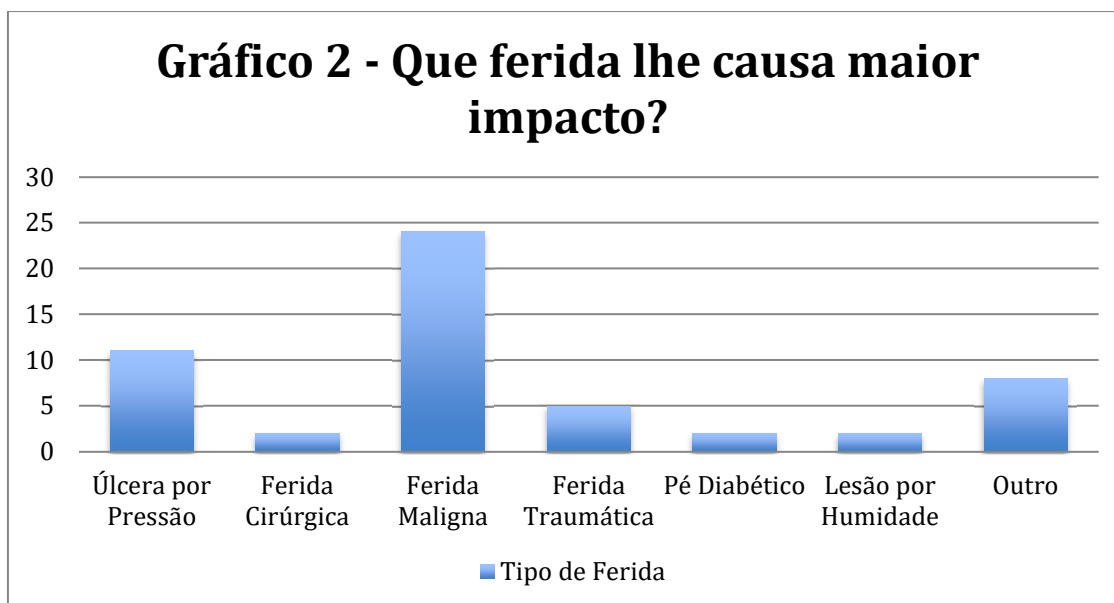
Tabela 12 - Considera que a ferida no doente crítico lhe causa algum impacto emocional?		
	Amostra (n=54)	
	n	%
Sim	13	24,1
Não	41	75,9

Nesta questão, 75,9% da amostra, referem não considerar que a ferida no doente crítico lhe cause qualquer impacto emocional. Contudo, 24,1% refere que causa. No gráfico seguinte podemos observar alguns dos pensamentos destacados pelos mesmo quando se faz referência a estes doentes.

Gráfico 1 - Que pensamentos destaca?



Analisamos que 35% dos enfermeiros que responderam sim à questão anterior, veem este impacto emocional como um sentimento positivo, como uma oportunidade de cuidar melhor, uma oportunidade de melhoria no seu trabalho, assim como 25% o sentimento de realização profissional, 10% refere ainda uma sensação de dever cumprido e 5% de segurança. 10% destes refere que é um desafio cuidar destes doentes e os restantes 15% que é um sentimento de frustração e desanimo, talvez associado à não de evolução da cicatrização das feridas, à dificuldade na realização do tratamento das mesmas e ao sofrimento visível nos doentes.



É visível que a ferida que causa maior impacto aos enfermeiros é a Ferida Maligna, seguida da Úlcera por Pressão. Sendo que os que referem outro tipos de ferida, quatro referem-se a fasceítes necrosantes, um enfermeiro a fasceítes e pancreatites necrosantes, um refere que todo o tipo de feridas lhe causa impacto e por último, um refere que nenhum tipo de ferida lhe causa qualquer tipo de impacto.

3.3. Qualidade de Vida – Escala SF-12 v2

Neste subcapítulo, abordamos a qualidade de vida do enfermeiro, com base no Score recomendado da Escala SF-12 v2. Pretende-se assim, avaliar se os enfermeiros da UCI e do SU, que responderam ao questionário, consideram ou não ter qualidade de vida.

Tabela 13 - Estatística do Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56)	
Qualidade de Vida UCI e SU (n=54)	
Média	38,78
Mediana	39
Moda	38
Desvio Padrão	3.46

Ao analisarmos a tabela 13, podemos concluir que a média de qualidade de vida dos enfermeiros que responderam ao questionário é superior à média da escala SF-12 v2, sendo a desta 28, e a apresentada 38,78. Assim, concluímos que os enfermeiros presentes na amostra, assumem ter qualidade de vida. Podemos também observar que a mediana é 39 e o desvio padrão 3,46. Por último, a moda é 38, sendo que este score se repete 7 vezes como podemos observar na tabela seguinte (tabela 14).

Tabela 14 – Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida UCI e SU (n=54)		
	Amostra (n=54)	
Score	n	%
31	1	1,9
32	1	1,9
33	2	3,7
34	4	7,4
35	3	5,6
36	2	3,7
37	5	9,3
38	7	13,0
39	6	11,1
40	3	5,6
41	6	11,1
42	6	11,1
43	5	9,3
44	1	1,9
45	2	3,7

A escala SF-12 v2, tem como score recomendado máximo 56 pontos, sendo que este é o máximo de saúde e 0 nenhuma saúde. 28 pontos é a média considerada, na

qual podemos concluir que todos aqueles cujo o score é menos de 28 têm qualidade de vida reduzida. Como podemos observar na tabela, todos os enfermeiros que fazem parte da amostra da população têm um score superior a 31, o que significa que estão acima da média denominada pela escala, como já analisamos anteriormente. Assim, podemos assumir que todos os enfermeiros referem ter qualidade de vida, segundo esta escala. É também importante realçar, que o score máximo registado é 45, 11 pontos abaixo do score máximo da escala, em que apesar de todos referirem que têm qualidade de vida, perante os dados em questão ninguém se identifica como tendo qualidade de vida máxima.

Tabela 15 - Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida UCI (n=26)		
	Amostra (n=26)	
Score	n	%
31	1	3,8
33	2	7,7
34	1	3,8
35	3	11,5
36	2	7,7
37	2	7,7
38	1	3,8
39	3	11,5
40	2	7,7
42	3	11,5
43	5	19,2
44	1	3,8
Média = 37,5		

Perante a análise da tabela 15, observamos que a média do score tendo por base as respostas apresentadas pelos enfermeiros da UCI é 37,5. Na tabela 16, esta mesma

análise mas referente aos enfermeiros do SU, apresenta um score de 38,5. Ao compararmos ambos os scores, seria aceite que os enfermeiros do SU têm uma qualidade de vida superior aos enfermeiros da UCI; no entanto, ao analisarmos a amostra representada, em cada serviço, que se encontra acima da média, o número da amostra é igual (n=15). Tendo em conta este fator, estabelecemos uma relação entre a amostra total relativa a cada serviço e a amostra identificada superior à média de respostas, na qual concluímos que na UCI 57,5% dos enfermeiros que responderam ao questionário estão acima da média do serviço no qual exercem funções, enquanto que no SU esta percentagem é de 53,5%.

Após esta análise pormenorizada, concluímos que ao compararmos ambos os serviços, na SU é onde os enfermeiros referem ter maior qualidade de vida, segundo a escala SF-12 v2.

Tabela 16 - Score da Escala SF-12 v2 (mínimo 0-máximo 56) Qualidade de Vida SU (n=28)		
	Amostra (n=28)	
Score	n	%
32	1	3,6
34	3	10,7
37	3	10,7
38	6	21,4
39	3	10,7
40	1	3,6
41	6	21,4
42	3	10,7
45	2	7,1
Média = 38,5		

Com base na análise dos dados apresentados anteriormente, e de modo a dar resposta às questões de investigação colocadas no início do trabalho “Qual a qualidade de vida do enfermeiro na assistência ao doente crítico num serviço de medicina intensiva e num serviço de urgência de um hospital a Norte?” e “Qual o impacto que o doente crítico portador de ferida tem no enfermeiro que executa o tratamento num serviço de medicina intensiva e num serviço de urgência de um hospital a Norte?” passamos a apresentar a discussão com base em outros estudos que também avaliaram a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e o impacto que o doente portador de ferida tem no enfermeiro.

Num estudo, realizado com 105 trabalhadores que exercem num bloco operatório com intervenções a doentes críticos oriundos de um SU, em quatro hospitais de Londrina, avaliou a qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem. Este, é um estudo descritivo que avaliou a qualidade de vida que foi medida através do Índice de Satisfação no Trabalho, sendo que o valor médio dos 44 itens do instrumento utilizado foi de 3,85, valor este que significa que os enfermeiros estavam entre insatisfeitos e nem satisfeitos/nem insatisfeitos com a qualidade de vida no trabalho (Schmidt & Dantas, 2006) .

Comparativamente aos resultados encontrados no estudo realizado no SU e na UCI verificamos que os enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência e no serviço de medicina intensiva deste hospital a Norte do país, encontram-se mais satisfeitos com a sua qualidade de vida, e os valores segundo a escala SF-12 v2 para todos os enfermeiros de ambos os serviços em questão apresentam uma qualidade de vida elevada.

Outro estudo epidemiológico e transversal, no qual participaram 266 profissionais de enfermagem, o objetivo incidia na avaliação da qualidade de vida e depressão relacionando estas variáveis com as características sociodemográficas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital privado do Brasil. O instrumento aplicado foi o WHOQOL, cujo a escala varia entre 0 e 100. De acordo com os dados analisados, os resultados deste estudo apresentam o valor médio de 57,8 (Rios, Barbosa, & Belasco, 2010). Concluímos assim, que os profissionais que participaram neste estudo, apresentam uma qualidade de vida elevada. Paralelamente com o estudo

realizado no SU e UCI, os resultados são coincidentes, em que ambos os enfermeiros referem ter uma boa qualidade de vida.

Um outro estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado por Freire, Costa, Alves e Santia, (2016), em que participaram 125 enfermeiros de uma instituição hospitalar privada, de Salvador, das unidades do SU e UCI, foi utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida o questionário WHOQOL. Os resultados deste estudo evidenciam que a qualidade de vida dos enfermeiros destes dois serviços foi de 72%.

Estabelecendo uma comparação com os resultados do estudo realizado no estágio, existe uma elevada coincidência entre eles. Tal como analisamos anteriormente, na UCI 57,5% dos enfermeiros que responderam ao questionário estão acima da média do serviço no qual exercem funções, relativamente à qualidade de vida, enquanto que no SU esta percentagem é de 53,5%. No estudo realizado por Freire e colegas (2016) a percentagem de enfermeiros que apresentam qualidade de vida na UCI também é superior à do SU, sendo 69% e 64,9%, respetivamente.

Podemos concluir que a qualidade de vida do enfermeiro na assistência ao doente crítico num serviço de medicina intensiva e num serviço de urgência de um hospital a Norte é elevada e que de acordo com os estudos encontrados, estes valores encontram-se dentro do expectável. Contudo dado o reduzido número de participantes não podemos inferir e generalizar os resultados, havendo necessidade de replicar o estudo em outras unidades e serviços de urgência de modo a obter uma amostra mais significativa.

No que diz respeito ao impacto que o doente crítico portador de ferida tem no enfermeiro que executa o tratamento num serviço de medicina intensiva e num serviço de urgência de um hospital a Norte, observamos que a maioria dos enfermeiros destes dois serviços (60% dos enfermeiros) veem este impacto emocional como um sentimento positivo, como uma oportunidade de cuidar melhor, uma oportunidade de melhoria no seu trabalho, assim como, um sentimento de realização profissional.

No entanto, num estudo exploratório realizado a 20 enfermeiras num hospital da Paraíba, cujo objetivo foi compreender os sentimentos das enfermeiras no cuidado do doente com ferida neoplásica durante a realização do tratamento, observamos que o

sentimento mais referenciado pela amostra (35%) é tristeza, seguido de empatia (25%), compaixão e gratificação (ambas 20% da amostra) e por último apreensão e indolência, representando estas 10 % da amostra (Brito, Agra, Medeiros, Pereira, Macedo, & Andrade, 2018).

Apesar de os resultados entre o estudo apresentado e o desenvolvido no estágio, no que diz respeito aos sentimentos dos enfermeiros, serem díspares, ao analisarmos o Gráfico 2, supraindicado, observamos que a ferida que causa maior impacto aos enfermeiros dos serviço de medicina intensiva e serviço de urgência, é ferida maligna, sendo esta um dos factores do estudo mencionado.

4. Conclusão

Com base nos dados apresentados anteriormente, podemos concluir e dar resposta às questões de investigação, que a qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico é favorável, não afetando este a vida familiar dos enfermeiros na sua maioria, assim como na maioria dos enfermeiros o doente portador de ferida não causa nenhum impacto a estes aquando da execução do tratamento. Contudo, para uma minoria causa diversos sentimentos, positivos como uma oportunidade de melhoria, identificado por 3 enfermeiros do contexto de SU e 4 enfermeiros da UCI e negativos como frustração, salientado por 2 enfermeiros da UCI.

Na análise dos resultados obtidos, foram feitas correlações entre várias variáveis, mas dado o pequeno número da amostra, não resultava em correlações estatisticamente significativas e por isso não foram incluídas no estudo.

Este trabalho, apesar de não ter sido ainda apresentado nos serviços, considero interessante os resultados que surgiram das respostas efetuadas pelos enfermeiros de ambos os serviços e espero que aquando da apresentação fomente um momento de reflexão e partilha de experiências entre todos de modo a relacionarmos os dados apresentados com a realidade vivida por estes.

As maiores dificuldades deparadas ao realizar este trabalho, foi a adesão por parte da equipa do SU, possivelmente como reflexo de excesso de trabalho. Contudo, todos os momentos serviram de aprendizagens e oportunidades de melhoria para o futuro.

A realização deste trabalho, permitiu relacionar várias variáveis que considero importantes para o enfermeiro e para o percurso académico, profissional e pessoal, assim como permitiu a aquisição de novos conhecimentos e competências que são importantes como futura Enfermeira Especialista.

5. Bibliografia

1. **Brito, D., Agra, G., Medeiros, M., Pereira, I., Macedo, E., & Andrade, F. (2018).** Sentimentos de Enfermeiras no Cuidado de Pessoas com Feridas Neoplásicas. *Revista Enfermagem Atual* .
2. **Freire, M. N., & Costa, E. R. (Jan/Jun de 2016).** Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente de Trabalho. *Revista de Enfermagem Contemporânea* , 5 (1), pp. 151-158.
3. **Rios, K., Barbosa, D., & Belasco, A. (2010).** Avaliação de qualidade de vida e depreciação de técnicos e auxiliares de enfermagem. *18* (3), p. 09.
4. **Schmidt, D., Paladine, M., Biato, C., Pais, J., & Oliveira, A. (2013).** Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasil Enfermagem* , 66 (1), pp. 7-13.
5. **Schmidt, D., & Dantas, R. (janeiro-fevereiro de 2006).** Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Latino-am Enfermagem* , 14 (1), pp. 54-60.

Apêndice II - “Qualidade de Vida dos Enfermeiros: Prevenção de Lesões
Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Qualidade de Vida dos Enfermeiros

Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho

Estudante: Tânia Manuel

Orientadora: Prof^a Doutora Patrícia Coelho

Enf^a Tutora: Mestre Tânia Margarida Silva

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica / Estágio Final e
Relatório

Porto, 21.05.2019

Índice

<u>Introdução</u>	<u>104</u>
<u>Enquadramento Teórico</u>	<u>106</u>
<u>Oportunidade de Melhoria</u>	<u>108</u>
<u>Causas das LMERT</u>	<u>108</u>
<u>Prevenção das LMERT</u>	<u>112</u>
<u>Conclusão</u>	<u>115</u>
<u>Bibliografia</u>	<u>116</u>

Introdução

A satisfação profissional tem sido alvo de um crescente interesse por parte dos investigadores, motivados pelas consequências que pode proporcionar na saúde e Qualidade de Vida dos trabalhadores e nas organizações, com reflexos nos seus níveis de produtividade. (Bernardino, 2018)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994), a Qualidade de Vida corresponde ao nível perceptível dos indivíduos perante a sua posição na vida, incluindo as culturas, sistemas de valores nos quais vivenciam em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Entretanto, estão presentes no exercício laboral dos profissionais de enfermagem situações que podem ocasionar o desequilíbrio físico, mental e social dos mesmos, contribuindo para o aparecimento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. (Freire & Costa, 2016)

Em relação aos profissionais que podem ser acometidos pelos processos de desgastes físico-psíquicos, os enfermeiros são os mais suscetíveis à alteração de Qualidade de Vida, pois prestam os cuidados diretos aos pacientes com diferentes necessidades e complexidades. O ambiente laboral destes profissionais é insalubre, os turnos são alternados, existe hierarquização, (...) , evidencia-se a rigidez na carga horária, rotatividade de setores, aumento de esforços físicos, desarticulação de defesa da equipa e exposição a agentes biológicos. (Rios, Barbosa, & Belasco, Avaliação de qualidade de vida e depreciação de técnicos e auxiliares de enfermagem, 2010)

Com a realização deste trabalho pretendo alertar os enfermeiros do serviço de urgência, para as possíveis lesões que podem desenvolver no seu local de trabalho, devido ao excesso de cargas e posturas adotadas no cuidado prestado aos doentes, de modo a prevenir o desenvolvimento das mesmas e motivá-los a novas oportunidades de melhoria, com vista a aumentar a Qualidade de Vida dos enfermeiros.

Enquadramento Teórico

Em contexto hospitalar, os enfermeiros desenvolvem a sua atividade em diferentes serviços, cuidando de doentes com as mais variadas patologias e graus de dependência. A forma como estão organizados depende da orgânica funcional de cada unidade. No entanto, nos hospitais, os seus postos de trabalho e a sua atividade diária são, com frequência, responsáveis pela presença de factores de risco e consequentemente exposição com risco de ocorrência / desenvolvimento de doenças relacionadas e agravadas pelo trabalho e até acidentes de trabalho. (Amaral, 2000)

Na área da saúde (Fonseca, 2005), referiu que o profissional de enfermagem está de facto exposto a inúmeros factores de risco que podem provocar doenças ocupacionais, na medida em que o desenvolvimento da atividade de enfermagem requer esforços físicos repetitivos, transporte manual de cargas, movimentação de doentes e outros, levando a que estes profissionais assumam posturas frequentemente “inadequadas” e prejudiciais à saúde. O transporte e manuseamento de cargas é de facto um grave problema na profissão de enfermagem.

Na perspectiva ergonómica (Araújo, 1998), referiu a má concepção dos postos de trabalho, associada ao aparecimento de lesões diversas que afectam não só a saúde do trabalhador como a eficácia da organização. De acordo com as estatísticas do *Bureau of Labor Statistic* (2003), a profissão de enfermagem está posicionada no topo da lista de entre as ocupações fortemente associadas com a prevalência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (Hedge, 2007).

(Josephson, 1999) referiu também que os enfermeiros são considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de lesões osteomusculares e foram encontradas evidências da existência destas lesões na profissão de enfermagem. Destaca-se que na prestação de cuidados de enfermagem ao doente, as atividades de movimentar, posicionar em diferentes decúbitos (dorsal, lateral, *semi-fowler*), transferência para a cadeira de rodas e transportar, são os responsáveis pelo risco de desenvolvimento das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho e acidentes de trabalho (Fonseca, 2005).

As condições de trabalho das equipas de enfermagem em hospitais cada vez mais

vêm a ser contempladas como objetos de pesquisa, devido aos riscos que o ambiente oferece e aos aspectos penosos das atividades peculiares às assistências de enfermagem que passam por situações de bastante desconforto físico e que podem colocar em risco a saúde dos mesmos: o levante e deslocação de cargas pesadas, deficientes condições físicas do ambiente de trabalho, espaços inapropriados e a necessidade de cuidar de doentes portadores de grau de dependência variados, com pesos elevados, requerendo uma ajuda parcial ou total para as mobilizações, posicionamentos, levantes do leito para cadeira de rodas, cuidados de higiene, alimentação. Face a estas práticas, os profissionais adoptam posturas estáticas e dinâmicas que se podem configurar como situações de risco ergonómico (Ferreira M. M., 2005). São factores desencadeadores de patologias osteomusculares a manipulação de cargas, a adopção de posturas inadequadas, o permanecer muito tempo sentado (Vilella, 1999). Estas actividades de manutenção que os enfermeiros executam junto dos doentes, podem caracterizar-se pelas necessidades de movimentar, posicionar e transportar, como já foi referido, entre outras. Por outro lado a falta de equipamentos apropriados, para o levante e transporte dos doentes com dependência, tais como os elevadores, transferes mecânicos e eléctricos, para o levante dos doentes do leito, cadeiras de rodas mais funcionais, macas para cuidar da higiene e também a falta de recursos humanos, levam a um maior esforço físico e maior dispêndio de energia por parte dos enfermeiros. A investigação internacional no contexto da actividade dos enfermeiros corrobora de forma irrefutável o impacto das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) em termos de produtividade, absentismo e decréscimo da Qualidade de Vida dos profissionais envolvidos (Coelho M. S., 2009). As LMERT correspondem a estudos patológicos do sistema músculo-esquelético, que surgem em consequência do efeito cumulativo do equilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e as capacidades de adaptação da zona do corpo atingida, ao longo de um período em que o tempo para a recuperação da fadiga foi insuficiente (Ranney, 2000). (Alexandre & Angerami, 1993) têm direccionado a atenção para estudos abordando aspectos ergonómicos e posturais no transporte do paciente e em relação à ocorrência de

cervicodorsolombalgias entre os profissionais de enfermagem, constatando que grande parte das agressões à coluna vertebral estão relacionadas com a inadequação de mobiliários e equipamentos utilizados nas atividades quotidianas de enfermagem, e com a adoção de posturas corporais incorretas adotadas pelos enfermeiros.

Oportunidade de Melhoria na prevenção de LMERT

São várias as estratégias que se podem utilizar para prevenir as LMERT, uma delas é a Ginástica Laboral, que surge como uma forma de incrementar motivação dentro do local de trabalho. Contudo, esta atividade cabe aos fisioterapeutas e outros profissionais relacionados com o desporto abordar, assim considero mais pertinente neste trabalho, aprofundar algumas técnicas utilizadas no dia-a-dia dos enfermeiros no serviço de urgência, de modo a recordá-las e prevenir assim possíveis LMERT.

Causas das LMERT

As causas das LMERT são várias, ainda que a “sobrecarga” a nível dos tendões, dos músculos, das articulações e dos nervos constitua importante factor de risco. Essa sobrecarga é composta por vários elementos: (Direção Geral de Saúde, 2008)

1. Relacionados com a atividade de trabalho;
2. Individuais, também chamados co-fatores de risco;
3. Organizacionais/psicossociais, que, embora sejam igualmente factores de risco profissionais, são frequentemente abordados separadamente.

1. Fatores de risco relacionados com a atividade de trabalho

1.1. Posturas ou posições corporais extremas

A postura depende de vários aspectos, como, por exemplo:

- (1) o alinhamento biomecânico;
- (2) a orientação espacial das várias zonas corporais;
- (3) a posição relativa dos vários segmentos anatómicos
- (4) a atitude corporal assumida durante a atividade de trabalho.

Quando se assume uma posição quase no limite das possibilidades articulares fala-se em postura ou posição extrema, e o risco de LMERT aumenta.

1.2. Aplicação de força

A força é um conceito difícil de definir, mas não é igual a esforço, apesar da aplicação de força exigir sempre que o músculo funcione. Também o levantamento de cargas pode ser um importante factor de risco de lesão ou doença da coluna vertebral.

Considera-se força elevada para o membro superior a manipulação (com as mãos) de pesos (ou cargas) acima dos 4 Kg. No entanto, uma força ligeira aplicada, por exemplo, com os dedos e a mão numa tesoura, durante o corte de um tecido fácil de cortar, pode igualmente originar uma LMERT. A forma como a força é aplicada também é importante. A força estática (constante e/ou sem movimento) e a força dinâmica (alternada e/ou com movimento) não têm o mesmo risco. A força estática é sempre mais penosa do que a dinâmica.

1.3. Repetitividade

Avaliar se o trabalho é repetitivo exige saber se existem ciclos de trabalho ou tarefas em linhas de produção onde se utilizem, por exemplo, idênticos movimentos, posturas ou aplicações de força com as mesmas regiões anatómicas (ex.: os braços e as mãos). A invariabilidade gestual também pode ser um factor de risco de LMERT.

1.4. Exposições a elementos mecânicos

O contacto do corpo do trabalhador com outros elementos (ex.: bancadas ou ferramentas) constitui outro factor de risco de LMERT. Tal como todos os restantes factores de risco físicos, os efeitos também dependem da frequência, da intensidade e da duração da exposição.

2. Fatores de risco individuais

2.1. Idade

A idade costuma ser considerada um factor de risco e poderá, de facto, não o ser. Há todavia uma diminuição da força máxima voluntária associada ao envelhecimento e alterações da mobilidade articular, esses sim, verdadeiros factores de risco.

2.2. Sexo

O sexo costuma igualmente ser considerado como um factor de risco, contudo não existem diferenças de risco entre sexos quando são sujeitos a idênticas exposições aos diversos factores de risco, ainda que, em média, as mulheres tenham menos força muscular.

2.3. Altura, peso e outras características antropométricas

A (in)compatibilidade entre as características das pessoas e as exigências do trabalho pode constituir um factor de risco, principalmente para quem tem medidas afastadas dos valores médios. Frequentemente, os indivíduos altos ou baixos são confrontados com postos de trabalho sem ajustabilidade e dimensionados para a média dos trabalhadores (frequentemente do sexo masculino), o que pode originar ou agravar a existência de doença ou lesão, em particular no sexo feminino.

2.4. Situação de saúde

Algumas doenças como a diabetes, doenças do foro reumatológico, certas doenças renais ou antecedentes de traumatismo, podem constituir uma susceptibilidade acrescida. A gravidez é outro exemplo de uma situação que pode acarretar modificações a nível músculo-esquelético.

3. Fatores de risco organizacionais/psicossociais

3.1. Ritmos intensos de trabalho

A percepção de ritmos intensos de trabalho e/ou de elevadas exigências de produtividade é considerada factor de risco de LMERT.

3.2. Monotonia das tarefas

A ausência de estímulos pode originar stress que, por sua vez, pode vir a desencadear lesões músculo-esqueléticas.

3.3. Insuficiente suporte social

As condições de vida, o envolvimento social e de trabalho podem constituir fontes de motivação ou da sua ausência, o que é, com frequência, motivo para minimizar ou maximizar a sintomatologia associada com a atividade de trabalho.

3.4. Modelo organizacional de produção

Os horários, os turnos, os ciclos de produção (principalmente as alturas de picos de trabalho), o trabalho em linha, as pausas são, entre outros, alguns dos elementos que podem aumentar a “carga de trabalho”, originando situações de incompatibilidade com as capacidades do trabalhador.

No caso da atividade de enfermagem, podemos também associar outros tipos de riscos, como:

4. Riscos associados ao ambiente:

- Riscos de escorregar, tropeçar e cair
- Superfícies de trabalho desniveladas
- Limitações de espaço (salas pequenas, presença de muitos equipamentos)
- Ausência de equipamento de transferência

5. Outros riscos:

- Nenhuma ajuda disponível

- Equipamento inadequado
- Calçado e vestuário inadequados
- Falta de conhecimentos ou formação

Prevenção das LMERT

- ✓ Análise do trabalho
- ✓ Avaliação do risco de LMERT
- ✓ Vigilância da saúde do enfermeiro
- ✓ Informação e formação dos enfermeiros

→ Diferentes técnicas de mobilização de doentes

Entende-se por mobilização de doentes as ações de levantar, baixar, sustentar, empurrar ou puxar doentes. Os métodos aplicáveis à mobilização de doentes podem ser divididos em três categorias, de acordo com as diferentes formas de execução (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2008):

1. Métodos de transferência manual

São executados por um ou mais prestadores de cuidados que utilizam a sua força muscular e, sempre que possível, a eventual capacidade residual de mobilização do doente envolvido.

2. Métodos de transferência, utilizando pequenos meios auxiliares de mobilização de doentes

São técnicas de mobilização de doentes executadas através de meios auxiliares específicos, tais como lençóis deslizantes em tecido de baixa fricção, cintos ergonómicos, estribos rotativos, uma barra de trapézio fixada por cima da cama, etc.

3. Métodos de transferência, utilizando grandes meios auxiliares de mobilização de doentes

Estas técnicas de mobilização são executadas através de equipamentos de elevação electromecânicos.

- Qualquer tipo de operação de mobilização, mesmo com recurso a meios auxiliares de mobilização de doentes, envolve vários princípios básicos:
 - ✓ Procurar sempre a ajuda de assistentes quando necessário
 - ✓ Antes de iniciar qualquer tipo de atividade de mobilização, o prestador de cuidados deve posicionar-se o mais perto possível do doente, colocando o joelho na cama deste, se necessário.
 - ✓ Antes de iniciar qualquer tipo de operação de mobilização, explique o procedimento ao doente e incentive-o a cooperar o máximo possível no decurso da atividade de mobilização
 - ✓ Manter uma postura correta durante as operações de mobilização de doentes
 - ✓ Segurar firmemente durante as operações de mobilização de doentes
 - ✓ Usar calçado e vestuário adequados

Características da movimentação manual de cargas que podem comportar risco de lesão dorso-lombar e elementos de boas práticas em matéria de mobilização manual de doentes (Conselho das Comunidades Europeias, 1990)	
Anexos I e II – Diretiva 90/269/CEE do Conselho	Boas práticas
A carga é posicionada de tal modo que deve ser mantida ou manipulada à distância do tronco ou com flexão ou torção do tronco	Posicionar-se o mais perto possível do doente
A carga é muito volumosa ou difícil de agarrar	Segurar firmemente
O esforço físico é efectuado com o corpo em posição Instável	Manter uma postura correta
O local ou as condições de trabalho não permitem ao trabalhador movimentar as cargas a uma altura segura ou numa postura correta	Ajustar a altura da cama
O trabalhador possui conhecimentos ou formação insuficientes ou inadequados	Implementar programas de formação e educação
O trabalhador usa vestuário, calçado ou outros objetos pessoais inadequados	Usar calçado adequado

Tabela 1. – Boas práticas da movimentação de cargas

Conclusão

Os enfermeiros estão sujeitos aos acidentes de trabalho porque o ambiente profissional oferece riscos biológicos, físicos, químicos, entre outros.

A elaboração de um programa de saúde nos hospitais é importante para identificar o perfil da população de trabalhadores e com isso facilita a implementação e controlo de programas. Os profissionais precisam conhecer os riscos para a sua saúde, saber identificar estes e não somente ter o foco na promoção e prevenção da saúde. Assim é necessário formar os profissionais e alertá-los para os riscos recorrentes e implementar melhorias na atividade de cada um.

Considero que este trabalho foi uma mais valia para sensibilizar os enfermeiros para a prevenção de LMERT, e assim motivá-los, tendo em conta as suas condições de trabalho, a adotar uma postura correta.

Bibliografia

1. **Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.** (2008). *Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas no sector dos serviços de saúde.* E-FACTS.
2. **Agency for Healthcare Research and Quality.** (2003). *Healthcare errors as mistakes made in the process of care that result in or have the potential in harm to patients.*
3. **Alexandre, N., & Angerami, E.** (1993). Avaliação de determinados aspetos ergonómicos no transporte de pacientes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* , 21 (77), pp. 81-90.
4. **Amaral, A. e.** (2000). Não vires costas às perturbações músculo-esqueléticas. *Revista Segurança* , 140, pp. 31-33.
5. **Araújo, R.** (1998). Estudo ergonómico de postos de Segurança. *Revista Segurança* , 130.
6. **Coelho, M. S.** (2009). *Estudo da frequência de Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em profissionais de Enfermagem.* Monografia, Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, Porto.
7. **Fonseca, M.** (2005). *Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar.* Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

8. **Freire, M. N., & Costa, E. R.** (Jan/Jun de 2016). Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente de Trabalho. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 5 (1), pp. 151-158.
9. **Hedge, A.** (2007). Back care for nurses. Ithaca, NY, USA.
10. **Josephson, M.** (1999). *Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period* (Vol. 54). Occupational Environmental Medicine.
11. **Vilella, E. C.** (1999). Vigilancia de los factores de riesgo. In F. G. Benavides, C. R. Frutos, & A. M. Garcia, *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 215-224). Barcelona: Masson.
12. **Ranney, D.** (2000). *Distúrbios Osteomusculares Crónicos Relacionados ao Trabalho*. São Paulo, Brasil: Editora Roca.

Apêndice II a) – Ação de Formação – Diapositivos da Sessão



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

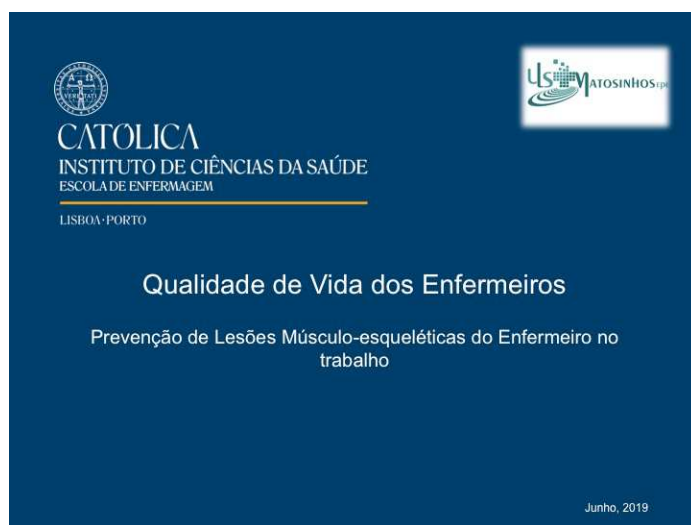
U.S. MATOSINHOS IP

Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ação de Formação

Estudante: Tânia Manuel
Orientadora: Profª Doutora Patrícia Coelho
Enfª Tutora: Mestre Tânia Margarida Silva

Junho, 2019



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

U.S. MATOSINHOS IP

Qualidade de Vida dos Enfermeiros

Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no
trabalho

Junho, 2019

Sumário

- Conceito de Qualidade de vida
- Qualidade de Vida dos Enfermeiros
- Objetivo da ação de formação
- Enquadramento teórico
- Oportunidades de Melhoria na prevenção de LMERT

Conceito de Qualidade de vida

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994), a Qualidade de Vida corresponde ao nível perceptível dos indivíduos perante a sua posição na vida, incluindo as culturas, sistemas de valores nos quais vivenciam em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações.



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

Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho

29/05/19 3



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

Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho

29/05/19 4

Enquadramento teórico

Na área da saúde, Fonseca (2005) referiu que o profissional de enfermagem está de facto exposto a inúmeros factores de risco que podem provocar doenças ocupacionais, na medida em que o desenvolvimento da atividade de enfermagem requer esforços físicos repetitivos, transporte manual de cargas, movimentação de doentes e outros, levando a que estes profissionais assumam posturas frequentemente "inadequadas" e prejudiciais à saúde.

Na perspetiva de Araújo (1998), em relação à ergonómica, referiu a má concepção dos postos de trabalho, associada ao aparecimento de lesões diversas que afectam não só a saúde do trabalhador como a eficácia da organização.

Ainda, Josephson (1999) referiu também que os enfermeiros são considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de lesões osteomusculares e foram encontradas evidências da existência destas lesões na profissão de enfermagem.

Destaca-se que na prestação de cuidados de enfermagem ao doente, as atividades de movimentar, posicionar em diferentes decúbitos, transferência para a cadeira de rodas e transportar, que são os responsáveis pelo risco de desenvolvimento das Lesões Músculo-Esqueléticas (LMERT) Relacionadas com o Trabalho e acidentes de trabalho (Fonseca, 2005)

Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

Os estudos realizados por Alexandre & Angerami (1993) têm apontado para o facto de que as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são o resultado de uma combinação de factores de risco, sendo que a ocorrência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho é influenciada por factores ocupacionais, ambientais e pessoais. A maioria das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são de natureza crónica, resultando de uma exposição prolongada a factores de risco, como a adopção de posturas corporais incorretas adotadas pelos enfermeiros.

Oportunidades de Melhoria na prevenção de LMERT

Causas das LMERT

- ① Relacionados com a atividade de trabalho;
- ② Individuais, também chamados co-factores de risco;
- ③ Organizacionais/psicossociais

(Direção Geral de Saúde, 2008)

Exposição ao fator de risco x $\begin{cases} \text{Duração} \\ \text{Intensidade} \\ \text{Frequência} \end{cases} = \text{Risco de LMERT}$

Objetivo da ação de formação

- Alertar os enfermeiros do serviço de urgência, para as possíveis lesões que podem desenvolver no seu local de trabalho, devido ao excesso de cargas e posturas adotadas no cuidado prestado aos doentes, de modo a prevenir o desenvolvimento das mesmas e motivá-los a novas oportunidades de melhoria, com vista a aumentar a Qualidade de Vida dos enfermeiros.

Atuar como membro facilitador no processo de aprendizagem

- ✓ Adquirir competências na área da formação de pares
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros

① Relacionados com a atividade de trabalho

Aplicação de força

- O leve: ou do
- Consi as m



① Relacionados com a atividade de trabalho

Repetitividade

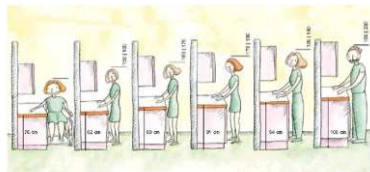
- Avaliar se o trabalho é repetitivo exige saber se existem ciclos de trabalho ou tarefas em linhas de produção onde se utilizem, por exemplo, idênticos movimentos, posturas ou aplicações de força com as mesmas regiões anatómicas (ex.: os braços e as mãos).

A invariabilidade gestual também pode ser um fator de risco de LMERT

① Relacionados com a atividade de trabalho

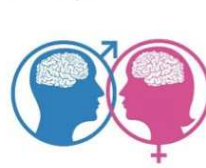
Exposições a elementos mecânicos

- O contacto do corpo do enfermeiro com outros elementos (ex.: bancadas ou materiais) constitui outro factor de risco de LMERT. Tal como todos os restantes factores de risco físicos, os efeitos também dependem da frequência, da intensidade e da duração da exposição.



② Individuais, também chamados co-factores de risco;

- ◆ Idade
- ◆ Sexo
- ◆ Altura, peso e outras características antropométricas
- ◆ Situação de saúde



③ Organizacionais/psicossociais

Ritmos intensos de trabalho

- A percepção de ritmos intensos de trabalho e/ou de elevadas exigências de produtividade é considerada factor de risco de LMERT.

Monotonia das tarefas

- A ausência de estímulos pode originar stress que, por sua vez, pode vir a desencadear lesões músculo-esqueléticas.

Insuficiente suporte social

- As condições de vida, o envolvimento social e de trabalho podem constituir fontes de motivação ou da sua ausência, o que é, com frequência, motivo para minimizar ou maximizar a sintomatologia associada com a atividade de trabalho.

Modelo organizacional de produção

- Os horários, os turnos, os picos de trabalho, as pausas são, entre outros, alguns dos elementos que podem aumentar a "carga de trabalho", originando situações de incompatibilidade com as capacidades do enfermeiro.

No caso da atividade de enfermagem, podemos também associar outros tipos de riscos, como:

Riscos associados ao ambiente:

- Riscos de escorregar, tropeçar e cair
- Superfícies de trabalho desniveladas
- Limitações de espaço (salas pequenas, presença de muitos equipamentos)
- Ausência de equipamento de transferência

Outros riscos:

- Nenhuma ajuda disponível
- Equipamento inadequado
- Calçado e vestuário inadequados
- Falta de conhecimentos ou formação

Mobilização de doentes

- Entende-se por mobilização de doentes as ações de levantar, baixar, sustentar.

Os métodos, categorias, da Direção Europeia para

- Métodos
- Métodos mobiliza
- Métodos mobiliza



ididos em três gência

xiiliares de

iliares de

No entanto ...

A falta de **equipamentos apropriados**, para o levante e transporte dos doentes com dependência, tais como os elevadores, transferes mecânicos e elétricos, para o levante dos doentes do leito, cadeiras de rodas mais funcionais, macas para cuidar da higiene e também a falta de **recursos humanos**, levam a um maior esforço físico e maior dispêndio de energia por parte dos enfermeiros.

Devemos ter em atenção ...



Qualquer tipo de operação de mobilização, mesmo com recurso a meios auxiliares de mobilização de doentes, envolve vários princípios básicos:

- Procurar sempre disponibilidade
- Antes de iniciar deve posicionar-se na cama deste, se n
- Antes de iniciar procedimento ao decurso da ativid
- Manter uma pos doentes e ajustar
- Segurar firmemei
- Usar calçado e vi



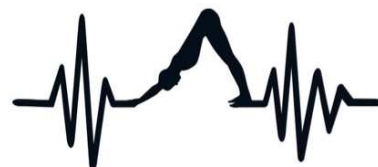
sta
iro
na
o
no
de

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde. (2008). *Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho*. Ministério da Saúde.
- Feneira, M. M. (2005). Riscos de saúde dos enfermeiros no local de trabalho. *Revista Sinais Vitais*, 59, pp. 29-35.
- Fonseca, M. (2005). *Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar*. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Freire, M. N., & Costa, E. R. (Jan/Jun de 2016). Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente de Trabalho. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 5 (1), pp. 151-158.
- Hedge, A. (2007). *Back care for nurses*. Ithaca, NY, USA.
- Josephson, M. (1999). *Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period* (Vol. 54). *Occupational Environmental Medicine*.
- Ranney, D. (2000). *Distúrbios Osteomusculares Crónicos Relacionados ao Trabalho*. São Paulo, Brasil: Editora Roca.
- Rios, K., Barbosa, D., & Belasco, A. (2010). Avaliação de qualidade de vida e depreciação de técnicos e auxiliares de enfermagem. *19* (3), p. 09.

E agora

Vamos alongar !!



Em suma ...

Características da movimentação manual de cargas que podem comportar risco de lesão dorso-lombar e elementos de boas práticas em matéria de mobilização manual de doentes (Conselho das Comunidades Europeias, 1990)

Anexos I e II – Diretiva 90/269/CEE do Conselho	Boas práticas
A carga é posicionada de tal modo que deve ser mantida ou manipulada à distância do tronco ou com flexão ou torção do tronco	Posicionar-se o mais perto possível do doente
A carga é muito volumosa ou difícil de agarrar	Segurar firmemente
O esforço físico é efectuado com o corpo em posição instável	Manter uma postura correta
O local ou as condições de trabalho não permitem ao trabalhador movimentar as cargas a uma altura segura ou numa postura correta	Ajustar a altura da cama
O trabalhador possui conhecimentos ou formação insuficientes ou inadequados	Implementar programas de formação e educação
O trabalhador usa vestuário, calçado ou outros objetos pessoais inadequados	Usar calçado adequado

Obrigada pela



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota : Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Prevenção das LMERT

- Análise do trabalho
- Avaliação do risco de LMERT
- Vigilância da saúde do enfermeiro
- Informação e formação dos enfermeiros



Bibliografia

- Vilella, E. C. (1999). Vigilancia de los factores de riesgo. In F. G. Benavides, C. R. Frutos, & A. M. Garcia, *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 215-224). Barcelona: Masson.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2008). *Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas no sector dos serviços de saúde*. E-FACTS.
- Alexandre, N., & Angerami, E. (1993). Avaliação de determinados aspetos ergonómicos no transporte de pacientes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 21 (77), pp. 81-90.
- Amaral, A. e. (2000). Não vires costas às perturbações músculo-esqueléticas. *Revista Segurança*, 140, pp. 31-33.
- Araújo, R. (1998). Estudo ergonómico de postos de Segurança. *Revista Segurança*, 130.
- Bernardino, E. (2018). Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal - Análise estatística.
- Coelho, M. S. (2009). *Estudo da frequência de Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em profissionais de Enfermagem*. Monografia, Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, Porto.
- Conselho das Comunidades Europeias. (21 de junho de 1990). DIRECTIVA DO CONSELHO. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*.

Apêndice II b) – Plano de Sessão

Plano de Sessão					
Ação de Formação: Prevenção de LMERT			Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência da ULS		
Local:	Formadora: Tânia Manuel	Data:	Duração da Sessão: 25 min		
Público-alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência			Pré-requisitos: Enfermeiros do Serviço de Urgência		
Objetivo Geral: Alertar os Enfermeiros para a prevenção de LMERT					
Fase	Objetivos	Conteúdos	Estratégias	Recursos	Tempo
Avaliação	Avaliar o conhecimento da equipa de enfermagem antes da sessão	Questões para avaliar o conhecimento na prevenção de LMERT	Preenchimento de um questionário	Papel, caneta	3 min.
Introdução	Apresentar o tema, objetivos e metodologia	Apresentar dos conteúdos e objetivos da sessão	Apresentação da formadora Expositivo	Computador, projetor-multimédia	3 min.
Desenvolvimento	Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho	Enquadramento teórico e definição de LMERT	Expositivo e ativo		3 min
	Oportunidades de Melhoria	Causas das LMERT; prevenção e sugestões de melhoria			7 min
Conclusão	Sessão de Ginástica Laboral	Apresentação de alguns exercícios e exemplificação	Expositivo e Ativo	4 min	
	Fortalecer os conteúdos abordados	Esclarecer dúvidas		2 min	
Avaliação	Avaliar a sessão e a	Questões para avaliar	Preenchimento de um		3 min

Questionário de Avaliação

Formadora: Enf^a Tânia Manuel

Área de Formação: Prevenção de LMERT

Data de Formação:

Este questionário é constituído por 7 perguntas de escolha verdadeiro e falso. Pretende averiguar os conhecimentos dos formandos relativamente à prevenção de LMERT. Circunde a opção que considera correta.

1. As Lesões Músculo-esqueléticas, podem estar relacionadas com o trabalho.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

2. Transferir para a cadeira de rodas ou transportar um doente, pode causar uma Lesão Músculo-esquelética.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

3. Existem 3 tipos de causas das LMERT
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

4. A intensidade não influencia o desenvolvimento de LMERT
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

5. Ajustar a altura da cama aquando do posicionamento do doente é importante.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

6. A falta de recursos humanos e materiais influencia o esforço físico do enfermeiro.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

7. Considera-se força elevada para um membro superior a manipulação de pesos superior a 4kg.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

Bom trabalho!

Questionário de Avaliação da Formação

Formadora: Enf^a Tânia Manuel

Área de formação: Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas do Enfermeiro no trabalho

Agradeço desde já a sua colaboração de cada um para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo a recolha de informação sobre a opinião de cada um dos formandos relativamente à ação de formação. Com base nas suas respostas, procederemos à alteração devidas, com vista a melhorar o meu desempenho.

Para cada item, assinale a sua opinião com um X, no quadrado que considere adequado no que diz respeito à ação de formação:

Conteúdos programáticos	0	1	2	3	4	5
Definição dos objetivos gerais e específicos da ação						
Adequação da carga horária						
Utilidade prática e interesse dos temas apresentados						
Planeamento da ação	0	1	2	3	4	5
Trabalhos, exercícios e atividades						
Interação dos participantes						
Utilização dos meios audiovisuais						
Qualidade da documentação disponibilizada						
Instalações (sala, iluminação, ventilação ...)						
Desempenho do formador	0	1	2	3	4	5
Pontualidade/assiduidade						
Domínio do conteúdo ministrado						
Capacidade para motivar os formandos						
Demonstra interesse nas dificuldades apresentadas pelos						

formandos						
Auxilia os formandos quando requisitado para tal						
Capacidade para estimular a aprendizagem						

Escala: 0=Mau; 1=Insuficiente; 2=Suficiente; 3=Bom; 4=Muito Bom; 5= Excelente