



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS À QUALIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

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

Por  
Catarina Sofia Andrade Marinheiro

Porto – março, 2022





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS À QUALIDADE DOS  
CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
***A JOURNEY THROUGH SKILLS DEVELOPMENT TO QUALITY OF  
CARE IN CRITICAL CARE PATIENTS***

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

Por  
Catarina Sofia Andrade Marinheiro

Sob a orientação de Prof<sup>a</sup> Doutora Irene Oliveira

Porto – março, 2022



## Resumo

Este relatório de estágio enquadra-se no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa. Desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, baseia-se nos estágios desenvolvidos num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e uma Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica entre 06-09-2021 e 18-12-2021. Tem como principal objetivo explicar o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Recorre a uma metodologia maioritariamente descritiva e reflexiva tendo por base a mais recente evidência científica. Este, divide-se em quatro capítulos principais, que têm por base os temas: “Desenvolvimento de competências”, “Humanização dos cuidados”, “Padrões de qualidade” e por fim “O impacto da gestão de recursos”.

O primeiro capítulo aborda as competências desenvolvidas no âmbito do primeiro estágio no serviço de urgência, que serviram de base para o “Estágio Final e Relatório”. Este descreve o primeiro olhar para a prática de enfermagem, segundo a perspetiva do enfermeiro especialista e reflete sobre o seu papel neste contexto. O segundo capítulo aborda a necessidade contínua da humanização de cuidados, refletindo sobre o seu impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem, para o utente, familiares e profissionais e sobre como o autoconhecimento de cada enfermeiro potencia a humanização dos cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica servem de base ao desenvolvimento de cada um dos subcapítulos do capítulo 3. Este capítulo define e identifica quais os fatores que interferem na satisfação do cliente com os cuidados e quais as abordagens promotoras da saúde. Apresenta também projetos de melhoria desenvolvidos com o objetivo de promover complicações, como: procedimento de prática segura na conservação, preparação e administração terapêutica; preparação e administração segura de medicamentos; identificação do utente; comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e registo de incidentes. Continua por descrever intervenções executadas com o objetivo de promover o bem-estar e autocuidado. Reflete sobre o planeamento da alta e a relação que tem com o processo de readaptação funcional. Identifica estratégias de organização e gestão dos cuidados de enfermagem e relaciona-os com a satisfação profissional dos enfermeiros. Reflete sobre a necessidade acrescida da implementação de estratégias de prevenção e controlo de infeção num contexto de UCI e, por fim explica o processo de revisão bibliográfica no âmbito da avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros. Por último, o capítulo 4 tem como tema central a gestão do ambiente e dos recursos tendo por objetivo uma prática mais segura e descreve a contribuição para um dos locais de estágio relacionada com a aplicação da Nursing activities score; a contribuição para o desenvolvimento de projeto de investigação para a adaptação cultural de uma escala de avaliação da carga de trabalho, desenvolvimento de um poster científico neste âmbito e, por fim o impacto da acreditação na segurança dos cuidados.

Este relatório contribuí para a reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista em prestar cuidados humanizados e de melhor qualidade à pessoa em situação crítica. Todos os objetivos delineados foram atingidos, ficando registado através deste relatório o percurso de desenvolvimento de conhecimentos e capacidades relacionados com a pessoa em situação crítica.

**Palavras-chave:** Enfermagem médico-cirúrgica; Doente crítico; Humanização de cuidados; Padrões de qualidade; Gestão de recursos; Unidade de cuidados intensivos



## Abstract

This internship report is part of the 14th Master's Course in Nursing, with a specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of care in Critical Situation, at the Institute of Health Sciences-Porto of the Universidade Católica Portuguesa. Developed within the scope of the Curricular Unit “Final Internship and Report” and based on the internships that took care in an Intensive Care Unit and a Cardiothoracic Intensive Care Unit between 06-09-2021 and 18-12-2021. The principal objective is to explain the skills development process of specialist nurses. It uses mostly descriptive and reflective methodology based on the most recent scientific evidence. It contains four main chapters, which are based on the themes: “Skills development”, “Humanization of care”, “Quality standards” and finally “The impact of resource management”.

The first chapter addresses the skills developed in the first internship at an emergency department, which served as the basis for the “Final Internship and Report”. This chapter describes the first look at nursing practice, from the perspective of a specialist nurse and reflects on their role in this context. The second chapter addresses the continuous need for humanization of care, reflecting on the impact of quality in nursing care, not only for the user, but also for family members and professionals, and even goes further to address each nurse self-knowledge and how it can enhance the humanization of care. The quality standards of specialized care in medical-surgical nursing serves as the basis for the development of the subchapters in chapter three. Chapter three defines and identifies which factors interfere with client satisfaction and which health-promoting approaches. It also presents continuous improvement projects developed with the objective of promoting complications, such as: safe practice procedure in the conservation, preparation and therapeutic administration; safe drug preparation and administration; user identification; effective communication in healthcare transition and incident recording. It continues to describe interventions performed with the aim of promoting well-being and self-care. It reflects on discharge planning and the relationship it has with the functional readaptation process. It identifies strategies for the organization and management of nursing care and relates them to nurses' job satisfaction while also addressing the increased need for the implementation of infection prevention and control strategies in an ICU context and, finally, explains the bibliographic review process within the scope of the nurses' workload assessment. At last, chapter 4 dives into the environment and resources management, aiming at a safer practice while describing the contribution to one of the internship places related to the application of the Nursing activities score; development of a research project for the cultural adaptation of a workload assessment scale, development of a scientific poster in this area and, finally, the impact of accreditation on the safety of care.

This report contributes to the reflection on the role of the specialist nurse in providing humanized and better-quality care to the person in critical situation. All the objectives outlined were achieved, and it was possible to record the development of knowledge and skills related to the person in a critical situation through this report.

**Keywords:** Medical-surgical nursing; Critical Patient; Humanization of care; Quality Standards; Resource management; Intensive Care Unit



## **Agradecimentos**

À Profª Doutora Irene por toda a orientação e disponibilidade desde o início deste  
percurso;

A todos os enfermeiros tutores e enfermeiros chefes que fizeram parte do percurso, pelo  
exemplo, motivação, pelas reflexões e colaboração ao longo de todo o caminho;

À minha Enfermeira Chefe por toda a paciência, compreensão e preocupação;

Ao meu marido pela motivação, força e pela companhia em toda esta jornada que é a vida;

Aos meus pais pelo colo, pelo incentivo e por me ensinarem tudo o que é verdadeiramente  
importante;

Às minhas amigas pela companhia e crescimento desde a entrada da Enfermagem na nossa  
vida;

Às minhas colegas e amigas, por me trazerem cor à profissão e pelo exemplo;

A todos as pessoas que passaram por mim neste processo, por tornarem possível todas as  
aprendizagens;

A todos vocês,  
Um profundo e sincero  
Obrigada!



## **Lista de Acrónimos e Siglas**

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

DGS – Direção-Geral da Saúde

IT – Instrução de Trabalho

LASA – Look-Alike, Sound-Alike

NAS – Nursing Activities Score

NOW – Nursing Operation Workload

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SMIP – Serviço de medicina intensiva polivalente

SU – Serviço de Urgência

TISS – Therapeutic Intervention Score System

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI-CT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácica



# Índice

<b>Introdução</b> .....	13
<b>1. A Pessoa em Situação Crítica e Família no Serviço de Urgência: <i>Background</i></b> .....	17
<b>2. Humanização de Cuidados: o Papel e as Competências do Enfermeiro Especialista</b> .....	21
2.1 Humanização e dignificação dos cuidados: do conceito à prática .....	22
2.2 O impacto da humanização e do autoconhecimento na qualidade dos cuidados de enfermagem.....	24
<b>3. A Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica</b> .....	29
3.1 Satisfação do cliente.....	29
3.2 Promoção da Saúde .....	31
3.3 Prevenção de Complicações.....	32
3.4 Bem-estar e Autocuidado .....	35
3.5 Readaptação Funcional .....	38
3.6 Organização dos Cuidados de Enfermagem.....	39
3.7 Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência a Antimicrobianos .....	41
3.8 Segurança nos Cuidados Especializados.....	42
<b>4. Gestão do ambiente e recursos por uma prática mais segura</b> .....	47
4.1 Gestão para otimização de recursos humanos segundo necessidades .....	47
4.2 Investigação para otimização dos recursos humanos na UCI .....	50
4.3 Acreditação e segurança dos cuidados .....	51
<b>Conclusão</b> .....	53
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	57
<b>Apêndices</b> .....	63
<b>Apêndice I</b> – Guia de manipulação de CVC no Serviço de Urgência.....	65
<b>Apêndice II</b> – Guia de manipulação de Linha Arterial no Serviço de Urgência.....	69
<b>Apêndice III</b> - Procedimento: Prática Segura na Conservação, Preparação e Administração Terapêutica.....	73
<b>Apêndice IV</b> – Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos .	79
<b>Apêndice V</b> – Instrução de Trabalho: Pulseira Identificativa do Utente.....	91
<b>Apêndice VI</b> – Instrução de Trabalho: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde .....	95
<b>Apêndice VII</b> – Instrução de Trabalho: Registo de Incidentes .....	101
<b>Apêndice VIII</b> – Aplicação da Nursing Activities Score na UCI-CT em tabela.....	107

<b>Apêndice IX</b> – Overview sobre a Carga de Trabalho dos Enfermeiros numa UCI Monovalente – Póster- apresentação à equipa .....	110
<b>Apêndice X</b> – Impresso para submissão do projeto de investigação à comissão de ética .....	115
<b>Apêndice XI</b> – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação.....	123
<b>Apêndice XII</b> – Abstract “Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura” .....	127
<b>Apêndice XIII</b> – Póster Científico “Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura” .....	131
<b>Anexo I</b> – Pedido de autorização à autora para validação da NOW .....	135
<b>Anexo II</b> – Aceitação do Poster .....	139

## Introdução

“Do Desenvolvimento de Competências à Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica” é um relatório de estágio que surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde-Porto da Universidade Católica Portuguesa. Esta unidade curricular teve a duração de um semestre, com uma carga horária total de 840 horas, 360 das quais em contexto de estágio, 20 horas de Seminários, 20 horas de Orientação Tutorial e as restantes de trabalho individual, totalizando 30 *European Credit Transfer System* (ECTS).

A decisão de fazer este curso teve como principal motivação o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, concretamente as da área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Por definição, o enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A pessoa em situação crítica é aquela que tem a sua vida ameaçada, por via de falência ou eminência de falência de pelo menos uma das suas funções vitais e, portanto, passa a estar dependente de meios avançados de vigilância, de monitorização e de terapêutica. Sou enfermeira há 5 anos e nos últimos 3 exerci a minha profissão num serviço de internamento de doentes cirúrgicos, do âmbito da neurocirurgia e da cirurgia plástica e reconstrutiva. Pelo gosto que tenho por esta área de enfermagem, coincidente com a área em que trabalho, a escolha da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, sempre foi a que mais me fez sentido. A pessoa em situação crítica, pela sua complexidade e exigência de avaliação sistematizada, associada ao desafio que é prever e detetar as complicações, atuando de forma eficaz é aquela que me desafia e que quando conhecida, me dá segurança, tendo sido assim a escolhida.

“Enfermeiros são pessoas que gostam de pessoas”. Esta foi uma das frases ditas no primeiro dia do curso de licenciatura em enfermagem, por um professor que muito marcou o meu percurso. Até hoje, esta frase continua a fazer-me todo o sentido e quando não se nota na prática dos enfermeiros, uma parte muito importante dos cuidados fica em falta. A humanização de cuidados é um dos principais temas que não me foge da atenção quando reflito sobre a prática, adquirindo uma importância extrema. Humanização de cuidados

caracteriza-se assim por uma abordagem empática e respeitosa aos doentes, associada a recursos humanos e materiais e a uma carga de trabalho balanceada para que se estabeleçam relações significativas e benéficas mutuamente (Busch et al., 2019).

Ao longo deste curso, o foco esteve muito dirigido para o desenvolvimento de competências, no entanto a ambição era de o fazer com qualidade, seguindo a visão dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica em que o enfermeiro especialista na área deve ser reconhecido como uma referência pela forma de cuidar da pessoa que vivencia processos médicos, ou cirúrgicos que decorrem de doença aguda, ou da sua doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Por sua vez, a gestão adequada dos recursos, principalmente os humanos, tem um enorme impacto na segurança e na qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Quando associamos essa gestão a evidência científica, obtemos os melhores resultados.

A estrutura deste relatório segue de perto estes quatro grandes pilares da enfermagem, que são as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a humanização dos cuidados, os padrões de qualidade e a gestão dos recursos. Assim sendo, o desenvolvimento do presente trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo “A Pessoa em Situação Crítica e Família no Serviço de Urgência: *Background*” explica e reflete sobre o primeiro contexto de estágio, ainda no primeiro ano do curso. Aborda as competências previamente adquiridas que serviram de base para a unidade curricular “Estágio Final e Relatório”. Refere-se a um contexto de Serviço de Urgência Polivalente da Região de Saúde do Norte. O segundo capítulo, por sua vez, reflete sobre a humanização de cuidados que deve ser transversal a todos os contextos. Aqui é clarificado o conceito de humanização, assim como a relação que tem com o autoconhecimento de cada profissional e o seu impacto na qualidade dos cuidados. O terceiro capítulo é o mais abrangente e a sua estrutura tem por base os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Divide-se em oito subcapítulos, cada um relacionado com um enunciado dos Padrões de Qualidade, onde são feitas reflexões sobre o tema, com base na evidência e onde são apresentados os trabalhos executados ao longo dos estágios no âmbito desse tema. Por fim, o quarto capítulo “Gestão do ambiente e recursos por uma prática mais segura” aborda a importância da avaliação da carga dos enfermeiros e da relação que tem com as dotações seguras. Dividido em três subcapítulos, este último apresenta o Póster Científico desenvolvido, tendo por base uma revisão da literatura sobre as escalas de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros.

Os contextos de estágio sobre os quais foi desenvolvido este relatório foram um Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e uma Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica (UCI-CT). Cada um destes contextos contou com 180 horas de contacto. A dinâmica assistencial varia muito entre cada um deles e vai sendo descrita ao longo do trabalho, conforme oportuno. As referências encontram-se apresentadas sob o estilo de referência *American Psychological Association*, 6ª edição (APA6th).

O trabalho recorre a uma metodologia essencialmente descritiva e reflexiva, alicerçada nos objetivos da unidade curricular e do projeto de estágio. Tem como principal objetivo explicar de forma clara o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, por descrever as atividades executadas, relacionando-as com os objetivos previamente traçados e refletir sobre os temas abordados com base na evidência científica. Fá-lo indo ao encontro dos padrões de qualidade, para a prática de uma enfermagem segura, de qualidade e essencialmente significativa para as pessoas alvo dos cuidados



## **1. A Pessoa em Situação Crítica e Família no Serviço de Urgência: *Background***

O Serviço de Urgência (SU) foi o local do primeiro estágio da especialidade, no final do primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem. Este estágio permitiu-me desenvolver competências que se tornaram muito importantes para o decorrer do segundo ano e do estágio final. Permitiu que começasse a olhar para a prática de enfermagem da perspectiva do enfermeiro especialista, integrando o papel e identificando as suas competências no dia-a-dia num serviço de urgência polivalente. Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Este capítulo inclui uma reflexão breve sobre cada uma das competências trabalhadas neste contexto prévio e particulariza as que se relacionam com o objetivo de atuar, planejar e gerir a resposta em situação de emergência, muito próprio de um serviço como este. Encontra-se organizado tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista; competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista a responsabilidade profissional, ética e legal, onde o enfermeiro especialista procura desenvolver uma prática de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Estas áreas foram desenvolvidas ao longo do estágio anterior através de várias reflexões que foram sendo feitas sobre estes temas. A imobilização mecânica de doentes confusos, em estado de agitação psicomotora, para diminuição do risco de queda foi um desses exemplos. Efetivamente, estas reflexões permitiram o desenvolvimento de uma prática que respeita os princípios éticos, deontológicos e os direitos humanos. Na verdade, a reflexão constante sobre a prática constitui uma capacidade indispensável ao contexto clínico quando o objetivo é expandir cada vez mais o corpo de conhecimentos (Peixoto e Peixoto, 2016), o que se verificou.

Outro dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista consiste na melhoria contínua da qualidade, onde se espera que o enfermeiro especialista desenvolva um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais

na área da governação clínica; desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Ao longo do estágio foi possível trabalhar estas competências através do desenvolvimento de um projeto no âmbito da colocação e manipulação de cateteres venosos centrais (Apêndice I) e de linhas arteriais (Apêndice II), que ficou disponível na Unidade de Curta Duração do serviço, onde estes dispositivos eram frequentemente utilizados e onde foi identificada a necessidade de mais informação e formação sobre a sua manipulação. Através deste projeto foram trabalhadas competências de mobilização de conhecimentos e divulgação dessas informações tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, proporcionando um ambiente cada vez mais seguro para os clientes alvo de cuidados.

A gestão dos cuidados também faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista. Neste domínio espera-se que o enfermeiro gira os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulação na equipa de saúde e que adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Identificar prioridades tendo em conta o estado clínico dos utentes, atuar em situações de emergência e conhecer de perto o método de triagem de Manchester foram algumas das atividades que me permitiram trabalhar estas competências comuns no contexto do estágio prévio. Cada uma delas permitiu uma reflexão sobre a gestão de cuidados e recursos disponíveis, otimizando o contexto assistencial de cuidados e percebendo o impacto que isso tem nos resultados para os utentes. Vários são os estudos que têm vindo a demonstrar que a forma como as equipas são geridas e coordenadas tem influência direta na qualidade dos cuidados que são prestados. O reconhecimento que o coordenador demonstra pela equipa, o desenvolvimento dos enfermeiros, a comunicação e a forma como o líder promove e encoraja a inovação do serviço são alguns dos aspetos com maior impacto (Mendes e Jesus, 2014).

O último domínio das competências do enfermeiro especialista relaciona-se com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que se espera que o enfermeiro desenvolva o autoconhecimento e a assertividade e baseie a sua prática clínica e tomada de decisão em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Estas competências foram desenvolvidas através da elaboração de um diário de bordo para reflexões contínuas da prática ao longo de cada dia. Consistiram na prática reflexiva descrita como um processo de análise consciente, de retrospectiva intencional que se torna numa potencial situação de

aprendizagem por permitir refletir sobre o que se faz, como se faz e assim melhorar a prática a cada dia (Santos e Fernandes, 2004)

São competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica cuidar da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda, ou de doença crónica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica e ainda maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para o desenvolvimento destas competências foram nomeados os objetivos de identificar as necessidades do cliente, planejar, intervir e avaliar, através da demonstração de conhecimento e reflexão crítica. Planos de cuidados foram elaborados ao longo do estágio, com identificação de focos de atenção, formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e avaliação de resultados tendo sempre por base uma reflexão crítica e a evidência científica atual. Os planos foram sempre discutidos à medida que eram postos em prática. Após cada situação de emergência era feito um *debriefing*, que permitia discutir e analisar a situação, integrando o que aconteceu e cada uma das lições apreendidas potenciando uma melhoria da ação no futuro (Gardner, 2013).

Outro dos objetivos identificados para o desenvolvimento das competências supracitadas foi o de desenvolver a capacidade de gerir o risco e ambiente, salvaguardando a segurança do cliente, conseguida através da demonstração constante de uma atitude pró-ativa na resposta a situações complexas para o doente, reflexão sobre a exposição a riscos e propostas de melhoria.

Para dar resposta ao último objetivo: promover a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos foram identificadas as medidas implementadas no serviço de urgência no âmbito do controlo de infeção através da observação direta da prática dos profissionais e identificadas as oportunidades de melhoria.

Cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é a primeira das competências desta área da enfermagem médico-cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Trabalhar esta competência neste contexto torna-se desafiante pelo ritmo que a prática de enfermagem adquire na grande maioria dos turnos. Esta competência foi adquirida através do estudo constante dos protocolos de atuação em situações de emergência; da identificação dos diferentes tipos de dor, por ser um dos principais sintomas que motivam a vinda ao serviço de urgência, e a sua resposta mais

adequada; e ainda pelo estudo de técnicas de comunicação potenciadoras de relação terapêutica eficaz, com a gestão das respostas emocionais decorrentes da situação crítica.

Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação é outra das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta foi das competências mais trabalhadas ao longo do estágio prévio, por ser muito característica e frequente neste contexto. Situações de exceção e catástrofe não estiveram presentes no decorrer do estágio, no entanto, a atuação em situação de emergência tornou-se um dos grandes focos de atenção e área de investimento. Foram desenvolvidas competências no âmbito do cuidado à pessoa em situação de emergência, com gestão dos cuidados através da observação e posterior discussão sobre a atribuição e desenvolvimento dos papéis de cada membro da equipa e avaliação de resultados à medida que eram executadas as intervenções.

A última das competências desta área é a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta competência foi desenvolvida através da implementação rigorosa das orientações descritas nas normas das precauções básicas de controlo de infeção e higienização das mãos.

As medidas preventivas associadas ao contexto da pandemia implementadas na instituição tiveram um impacto direto desde o primeiro contexto. A restrição dos acompanhantes no SU limitou significativamente o contacto com os familiares e cuidadores ao longo do estágio, afetando negativamente a experiência dos doentes e dificultando a colheita de dados e contextualização do motivo da vinda do doente ao SU em muitos casos.

As consequências da pandemia também se sentiram na própria organização e dinâmica assistencial do serviço. Organizado de forma a ter uma área dedicada a doentes do foro respiratório (ADR), que teve o seu lugar na área laranja, o SU passou a ter reunidos todos os doentes da área laranja e área amarela numa só área. Assim como todos os doentes com sintomatologia associada a COVID-19, ou que testassem positivo na área amarela. Esta medida afeta diariamente a organização do serviço, dificultando a segregação dos doentes por prioridades de atendimento.

## **2. Humanização de Cuidados: o Papel e as Competências do Enfermeiro Especialista**

Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional é uma das competências comuns do enfermeiro especialista descrita no Regulamento nº140/2019. Esta competência envolve demonstrar a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão na área de especialidade e avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Segundo o Artigo 97º do Código Deontológico dos Enfermeiros, os membros da Ordem estão obrigados a exercer a profissão demonstrando respeito pela vida e pela dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Também a Base 2 da Lei de Bases da Saúde faz referência ao facto de que todas as pessoas têm direito a serem respeitadas os princípios da igualdade, não discriminação e a aceder aos cuidados de saúde adequados de forma digna (Lei nº 95/2019).

Relacionada com todos estes aspetos está uma outra das competências comuns do enfermeiro especialista descrita no Regulamento supracitado, a de garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Esta competência envolve a promoção da proteção dos direitos humanos e a gestão na equipa das práticas de cuidados que fomente a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Ao longo deste capítulo vão ser abordados temas relacionados com a humanização de cuidados e a forma como as competências identificadas anteriormente foram trabalhadas ao longo dos estágios. No primeiro subcapítulo será feita uma abordagem conceptual da humanização e dignificação dos cuidados e da sua aplicação. No segundo capítulo será feita uma reflexão do impacto que a humanização dos cuidados tem na qualidade dos cuidados de enfermagem. Por fim, no terceiro capítulo será feita uma reflexão sobre como o autoconhecimento se relaciona com a humanização de cuidados.

## 2.1 Humanização e dignificação dos cuidados: do conceito à prática

A humanização dos cuidados consiste num processo que envolve atenção, compreensão, reação emocional e empatia com as preocupações, as angústias, a dor e o sofrimento da outra pessoa, acompanhada por motivação e algumas intervenções desenvolvidas com o objetivo de melhorar a situação (Tehranineshat et al., 2019). Esta foi a definição apresentada pelos autores de uma revisão sistemática realizada em 2019 que incluiu 46 artigos. Nesta revisão são apresentadas seis dimensões da humanização de cuidados. Este subcapítulo contém uma reflexão sobre quatro delas: a dimensão ética; e dimensão profissional; a dimensão da comunicação eficiente e a dimensão que envolve a pessoa alvo dos cuidados (Tehranineshat et al., 2019).

Dois dos objetivos de estágio relacionados com a humanização de cuidados e que permitiram o desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas, foram os de **desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**. Ao longo dos estágios foi possível trabalhar de perto na dimensão ética da humanização dos cuidados. Esta componente torna-se especialmente desafiante neste contexto de cuidados intensivos em que frequentemente os doentes estão sedados, inconscientes da realidade à sua volta. Com a carga de trabalho, associada à ausência de resposta por parte do doente, pode torna-se fácil os enfermeiros perderem a noção do respeito e dignidade do doente (Michelan e Spiri, 2018), por manter a privacidade e ter em consideração as preferências dele junto da família, por exemplo. No entanto, ao refletirmos sobre isso percebemos que nestas situações um elevado sentido ético ainda se torna mais importante pela incapacidade de defesa do doente perante a sua situação. Na verdade, quando questionados sobre o que torna os cuidados de qualidade, tanto os utentes como as famílias incluem o respeito, a dignidade, a manutenção da privacidade e a oportunidade de seleção de cuidados e intervenções terapêuticas (Attree, 2001).

A dimensão profissional da humanização dos cuidados à qual Tehranineshat et al. (2019) se referem, também esteve continuamente presente, através da modulação de aspetos da personalidade em direção da humanização, associada ao profissionalismo em cada ação a nível técnico. A personalidade relaciona-se com o que Kret descreve nos seus resultados, em que percebe que os enfermeiros bondosos ou mais amáveis eram descritos através da palavra “profissionais” (Kret, 2011). O profissionalismo a nível técnico tornou-se também

num desafio por encontrar doentes com patologias e necessidades de intervenções completamente diferentes daquelas que fazem parte da prática diária em doentes fora do contexto de uma UCI.

O domínio da comunicação eficiente relaciona-se com a aquisição de competências de comunicação com a pessoa em situação crítica e do aumento da capacidade de perceção das suas necessidades. Segundo os autores, esta dimensão também se relaciona amplamente com a qualificação dos profissionais e as capacidades que demonstram a nível profissional. No que diz respeito à comunicação, tornou-se necessário encontrar estratégias para perceber o que os doentes que não tem o recurso da fala queriam transmitir e quais as suas necessidades. Foi possível perceber que os doentes encaram como muito difícil a experiência de comunicar ou fazer-se entender sem serem capazes de falar (Matinho e Rodrigues, 2016). É muito frequente assistirmos a demonstrações de frustração tanto por parte dos doentes, como por parte dos profissionais quando não se torna possível perceber aquilo que o doente quer comunicar, o que acaba por prejudicar a relação terapêutica e os resultados para o doente.

Tornou-se assim necessário perceber algumas das estratégias a que seria possível recorrer para comunicar com os doentes ventilados. Algumas das intervenções descritas na literatura que se demonstraram eficazes quando colocadas em prática foram fazer questões muito específicas e obter uma resposta curta e direta do doente expressada pelo movimento dos lábios. Outra estratégia consistiu na utilização de um quadro com o alfabeto existente em cada uma das UCI, para onde o doente podia apontar no sentido de completar palavras. Incentivar o doente a utilizar gestos específicos para diferentes necessidades, quando estes gestos são comuns, associados a expressões faciais também se tornou muito eficaz. Assim, muitos doentes conseguiram comunicar que precisavam de humidificar a boca, por exemplo. Pedir ao doente que fizesse acenos com a cabeça para responder a respostas de “sim” e “não” também permitiu muitas vezes perceber se o doente tinha dor, fome ou se queria, por exemplo, mudar de posição.

A comunicação é a cada dia um desafio, mas torna-se mais fácil assim que se percebe as necessidades mais comuns, tornando-se possível fazer perguntas dirigidas a essas necessidades e mais rapidamente as identificarmos (Matinho e Rodrigues, 2016). No entanto, o desafio da comunicação não se restringe aos doentes ventilados mecanicamente. Também o desenvolvimento de competências de transmissão de informação de forma clara, com utilização de questões e de técnicas apropriadas de comunicação não-verbal foi constante ao longo dos estágios.

Por fim, a dimensão que envolve a pessoa alvo dos cuidados está relacionada com a partilha de informação com os utentes acerca dos cuidados a serem prestados e permitir que se envolvam na tomada de decisão acerca dos seus próprios cuidados (Tehranineshat et al., 2019). Ter esta prática potencia a que o doentes exerçam um dos seus direitos fundamentais descritos na Lei de Bases da Saúde que é o de decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (Lei nº 95/2019).

Uma revisão da literatura que incluiu 14 artigos apresenta uma abordagem muito interessante sobre a dignidade dos cuidados do ponto de vista dos profissionais e do ponto de vista dos doentes. Nesta revisão, dignidade é definida como um conceito que se relaciona com humanidade básica e que consiste em dimensões inerentes e externas, comuns a todos os humanos e ao mesmo tempo únicas para cada pessoa, relacionando-se com aspetos sociais e culturais. O modelo apresentado pelos autores mostra que os fatores que afetam a dignidade dos doentes segundo a perspetiva dos enfermeiros são: olhar para o doentes como uma pessoa única, com a sua individualidade, independência, autonomia, escolha, com respeito e ter em atenção as pequenas coisas; também consideram a comunicação e privacidade; o envolvimento do doente com a capacidade de autocuidados, de mobilização e na aparência e por fim o ambiente e cultura de trabalho, com questões relacionadas com a gestão do tempo, os cuidados e conforto, a liberdade e os diferentes grupos de doentes. Por sua vez, os doentes identificam grupos de fatores que afetam a sua dignidade: autonomia e controlo, com liberdade de escolha e tomada de decisão, independência e respeito; privacidade, com espaço pessoal e proteção do próprio corpo; relações, que incluem a confiança, as relações com outros doentes, os contactos com a equipa de enfermagem, a dependência e carga para os outros e a estigmatização. Identificam também os cuidados e conforto, com qualidade, clareza e autocuidado; a comunicação, com respeito e educação, com saudação, compreensão e comunicação inadequada e, por fim, a identidade, com estratégias de *coping* adequadas, aparência física, o ser humano, espiritualidade e religião, identidade e ser individual, dignidade e capacidades mentais (Sanáková e Cáp, 2019).

## 2.2 O impacto da humanização e do autoconhecimento na qualidade dos cuidados de enfermagem

O código deontológico assume que os enfermeiros são responsáveis pela humanização dos cuidados, tendo o dever de, ao prestar cuidados, dar atenção à pessoa, encarando-a como única, inserida numa família e numa comunidade. Também identifica o dever dos

enfermeiros de contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Sendo assim, a humanização dos cuidados como se apresenta descrita no capítulo anterior é um direito que as pessoas têm sobre o qual, muitas vezes, não se reflete tanto quanto se deveria. O estudo de Sanáková e Cáp (2019) demonstra que a percepção dos doentes é muito diferente da dos profissionais. Os doentes alvo dos cuidados vêem humanização em muitos mais aspetos do que aqueles sobre os quais os profissionais refletem. Muitas vezes em coisas tão simples como o tempo de contacto com a equipa de enfermagem, o cumprimentar à chegada, ou o permitir-lhes toda a independência quanto possível. Não é raro um doente entrar no hospital e deixar de ter nome para passar a ter um diagnóstico, numa demonstração de total despersonalização. Refletir diariamente sobre isso iria permitir abandonar alguns desses comportamentos e adotar muitos daqueles descritos na literatura como sendo promotores de dignidade.

No seu estudo sobre integralidade e humanização na gestão dos cuidados de enfermagem em UCI, Medeiros et al. (2016) conclui que estes fatores desafiam constantemente os enfermeiros a repensarem na sua ação, tornam imprescindíveis os espaços de diálogo, de interação e de relação para a partilha e o desenvolvimento de vínculos entre os clientes, as famílias e as equipas, o que promove a transformação das práticas em saúde (Medeiros et al., 2016), aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito a envolver a família na prestação de cuidados à pessoa, o atual estado pandémico teve efeitos muito prejudiciais. No sentido de diminuir o risco de contágios, as visitas foram proibidas durante algum tempo ou restringidas a curtos períodos, poucos dias por semana. Estas medidas, apesar de necessárias, privaram tanto os doentes de estarem mais próximos do seu contexto familiar, como os profissionais de o perceberem de uma forma mais realista. Um revisão integrativa desenvolvida em 2021 sobre as consequências da restrição de visitas durante a pandemia, que incluiu 17 publicações, identifica consequências a nível da saúde dos doentes; a nível da saúde dos familiares; a nível das relações familiares e a nível da prestação de cuidados (Hugelius et al., 2021). Do ponto de vista das consequências para a saúde dos doentes, as restrições de visitas aumentaram o nível de dor reportada, assim como uma redução da capacidade de autocuidado. Quanto à saúde mental, aumentou a percepção de solidão, sintomas depressivos, agitação e agressão. Também foi reportada uma diminuição das funções cognitivas tais como perda de memória. No que se relaciona com as consequências a nível da saúde dos familiares, a restrição de visitas provocou preocupações, ansiedade, tristeza e necessidade aumentada de mais informação

sobre a condição do seu familiar hospitalizado. Relativamente às consequências a nível das relações familiares, as restrições de visitas limitaram aos contactos às pessoas mais próximas, privando outros membros da família não-nuclear de visitar. Também a condição do doente, quando não se apresentava suficientemente bem para participar em videochamadas reduziu a possibilidade das famílias manterem contacto.

Por fim, relativamente às consequências a nível da prestação de cuidados, as restrições de visitas causaram dilemas éticos ao se tentar encontrar um equilíbrio entre a proteção da saúde pública e o bem-estar do doente e dos familiares. Também era esperado que os profissionais de saúde comunicassem informações mais detalhadas e frequentes sobre os doentes em forma de substituição das visitas presenciais e comunicação cara-a-cara (Hugelius et al., 2021). Tudo o que foi identificado ao longo desta revisão foi experienciado ao longo dos estágios e permitiu refletir e encontrar estratégias para compensar as limitações que as restrições de visitas acarretavam para o contacto das famílias com os doentes. Foram trabalhadas competências no âmbito da comunicação com os familiares por vias eletrónicas ou telefónicas, visto que os contractos presenciais foram praticamente nulos. Existia uma constante preocupação por fazer chegar informação atualizada sobre cada doente aos familiares mais próximos, agendando sempre que solicitado o contacto por videochamada e possibilitando esse contacto mesmo quando o doente era incapaz de segurar no telemóvel, por exemplo, pela sua condição de saúde. A emoção e gratidão dos familiares era notória, e apesar de não trazer todos os benefícios que uma visita presencial tráz, tranquilizava os familiares e contribuía de alguma forma o seu bem-estar, diminuindo a ansiedade, preocupação e tristeza de que os autores falavam na sua revisão. A procura e valorização dos profissionais por encontrar formas alternativas de contacto e comunicação com os familiares dos doentes internados em UCI envolve uma reflexão séria sobre essa necessidade e sobre o impacto que estas restrições trazem a todos os níveis. Implicam um profundo sentido ético e de autoconhecimento, que resultam em empatia, desenvolvidos ao longo dos estágios até atingimento do objetivo: **desenvolver o autoconhecimento e a assertividade**, inicialmente proposto.

Em 2018, Bratz e Ramirez desenvolveram um estudo cujo objetivo era propor uma definição de competências éticas para a formação dos enfermeiros. Neste estudo os autores percebem que os profissionais de saúde, mais que todos os outros, têm a responsabilidade de fazer autorreflexões constantes para que se permitam desenvolver a sua própria forma de pensar, de agir, de falar e de se relacionarem com os outros (Bratz e Sandoval, 2018). Estas autorreflexões de que os autores falam promovem o autoconhecimento e consequente

capacidade de perceber as mais-valias, limitações e áreas de investimento para desenvolvimento do “eu” pessoal e profissional, com aproximação ao ideal. Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade é outra das competências comuns do enfermeiro especialista, que a demonstra através da consciência que tem de si enquanto pessoa e enfermeiro e da capacidade de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Cada dia de estágio era acompanhado de uma reflexão profunda sobre cada uma das situações diferentes que tinham feito parte da prática, ou tinham sido discutidas com os profissionais das unidades. São estas as reflexões que permitem o reconhecimento dos pontos fortes e das limitações pessoais que precisam de ser trabalhadas (Younas et al., 2020). Estes momentos permitem uma evolução constante com aumento da capacidade de adaptação a cada situação nos diferentes contextos, tendo em conta as experiências passadas e reflexões sobre elas feitas.



### **3. A Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica**

A qualidade dos cuidados tem vindo a ser cada vez mais trabalhada e monitorizada ao longo dos anos. A Ordem dos Enfermeiros tem bem definidos os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem; a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e a segurança nos cuidados especializados. Este capítulo encontra-se assim dividido em oito subcapítulos, onde relaciona os padrões de qualidade com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como a relação com os objetivos traçados para os estágios e descrição das atividades desenvolvidas.

#### **3.1 Satisfação do cliente**

No que diz respeito à satisfação do cliente, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica procura atingir níveis elevados de satisfação da pessoa a quem presta cuidados e da sua família. Fazem-no por utilizarem estratégias de comunicação verbal e não-verbal nos seus cuidados, por estabelecerem relações de confiança e empatia que permitem o envolvimento, negociação e parceria de cuidados; por respeitarem as crenças, valores e capacidades da pessoa de quem cuidam e por avaliarem a satisfação das pessoas envolvidas no processo relativamente aos cuidados especializados que prestam. Por sua vez, o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica procura minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente provocam na pessoa; intervém de forma precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica; gere a comunicação interpessoal e a informação à pessoa e família, implementando técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Por definição, a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem é uma opinião pessoal que tem por base as necessidades percebidas pelo cliente, as expectativas que tem relativamente aos cuidados e as experiências pelas quais passa a nível dos cuidados recebidos em três domínios: profissional, pessoal e ambiental. O domínio profissional diz respeito à execução de procedimentos, à forma como são feitos ensinamentos, à capacidade de comunicação

com o doente e com a família e à resposta a solicitações que são feitas. Por sua vez, o domínio pessoal refere-se à preocupação demonstrada pelos profissionais, ao conforto proporcionado, ao comportamento, disponibilidade, atenção, honestidade e franqueza, assim como a capacidade de inspirar confiança. Relacionadas com o domínio ambiental estão a forma como os enfermeiros estabelecem relações com os seus clientes e como interagem entre si (Loureiro e Charepe, 2018).

No contexto de UCI, principalmente em fases em que o doente passa por novas intervenções de enfermagem, consoante o seu estado clínico, as competências de comunicação dos enfermeiros, forma de ensinar e responder ao que é questionado são essenciais e muito trabalhadas. Doentes de UCI consideram que os cuidados satisfatórios são aqueles que se caracterizam por uma combinação humanística e científica; que se praticam de forma integral e continuada e que proporcionam aos doentes segurança, bem-estar e confiança (Romero-García et al., 2013).

No caso da UCI-CT, o primeiro levante era o exemplo disso. Os doentes, na sua grande maioria, tinham vários dispositivos, como cateteres centrais, linhas arteriais, drenos torácicos e sondas vesicais. Muitos desses doentes passavam por alguma instabilidade hemodinâmica e os dispositivos que tinham em si frequentemente eram causa de ansiedade. A comunicação associada a algumas competências do domínio pessoal, como a empatia, compreensão, atenção e capacidade de inspirar confiança, faziam a diferença na forma como os doentes experienciavam esse momento, levando-os a demonstrar posteriormente e frequentemente satisfação relativa à postura dos enfermeiros. Este tipo de demonstrações de satisfação era mais frequente na UCI-CT do que no SMIP, apesar de também existirem. Isto pode ser explicado pelo facto de a evolução clínica na UCI-CT ser mais rápida, previsível e pelas expectativas dos doentes já terem sido trabalhadas previamente, na grande maioria dos casos. Efetivamente, doentes com perceção de um melhor estado de saúde e melhor prognóstico, tendem a ter maiores níveis de satisfação relativa aos cuidados (Romero-García et al., 2018). Por outro lado, o tempo que os doentes permaneciam na UCI-CT era tendencialmente mais curto do que no contexto do SMIP. O tempo durante o qual um doente permanece na unidade têm influência também na sua satisfação relativa aos cuidados, visto que hospitalizações mais curtas dificultam o estabelecimento de relações entre os enfermeiros e os doentes (Thomas et al., 2018). Um outro aspeto encontrado na literatura que influencia positivamente a experiência e satisfação dos utentes é a própria satisfação dos enfermeiros no local de trabalho (McNicholas et al., 2017).

### 3.2 Promoção da Saúde

Promoção da Saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986 pela Carta de Ottawa. Caracteriza-se pelo processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la, com o objetivo de alcançar um completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 2009). Relativamente à promoção da saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem o papel de ajudar o doente a vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes da doença, alcançando o seu máximo potencial de saúde; avaliar conhecimentos e capacidades da pessoa, da família e do cuidador que permitam a adesão ao regime terapêutico e a comportamentos que sejam potenciadores de saúde; por ensinarem, instruírem e treinarem atividades que visem minimizar o impacto dos processos médicos e cirúrgicos complexos e a adaptação aos processos de transição saúde/doença e ainda por capacitar a pessoa e família na promoção, recuperação e manutenção da saúde e bem-estar. Por sua vez, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica promove o potencial de saúde da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, também o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e por avaliar os ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa ou da família para a gestão de processos decorrentes da situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Era objetivo de estágio **otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica**, baseado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, expressas no regulamento nº429/2018. Efetivamente, os enfermeiros têm um papel essencial em capacitar as pessoas para maximizar o seu controlo sobre a sua própria saúde. Existem várias abordagens com o objetivo de promover a saúde: abordagem médica ou preventiva; comportamental; educacional; *empowerment* e mudança social (Phillips, 2019).

Ao longo de todos os estágios foi possível desenvolver competências adotando cada uma das abordagens descritas na literatura de modo a potenciar a adesão ao regime terapêutico de cada pessoa. Segundo o ICN, o foco de enfermagem “Adesão” caracteriza-se por uma *“ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos.”* (ICNP, 2019). De facto, promover a adesão de alguém a um regime terapêutico, podendo ser mais,

ou menos complexo, envolve que o profissional seja dotado de uma série de características e tenha formas de abordar cada um dos seus clientes para obter bons resultados.

A abordagem médica, ou preventiva descrita por Philips (2019) tem como objetivo reduzir a doença e morte precoce através de intervenções médicas dirigidas às populações, ou grupos de risco. Num contexto de UCI, este tipo de abordagem faz-se diariamente através da monitorização e avaliação constante dos doentes e gestão do regime medicamentoso conforme as necessidades que são apresentadas. Por sua vez, a abordagem comportamental tem como objetivo motivar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis (Phillips, 2019). No contexto de estágio faz-se isso por ensinar o doente sobre a sua doença, os comportamentos de risco e os comportamentos de procura de saúde, com o objetivo de facilitar mudanças de estilo-de-vida, segundo a motivação que apresenta.

Relativamente à abordagem educacional, Philips (2019) identifica o seu objetivo como fornecer informação e conhecimento suficientes para que as pessoas tomem decisões informadas sobre a sua saúde. Muitas vezes, os doentes neste contexto, quando estáveis, encontram-se mais disponíveis para aprender pela transição saúde-doença que estão a experienciar, tornando-se esta uma excelente oportunidade para aumentar a sua literacia em saúde e promover mudanças de comportamento, com base em decisões informadas. Esta estratégia está intimamente relacionada com a seguinte: *empowerment*, com o objetivo de capacitar as pessoas e comunidades a identificar as suas próprias prioridades de saúde e dotá-las de recursos, capacidades e confiança para estabelecerem mudanças (Phillips, 2019). Por último, a abordagem da mudança social tem por objetivo fazer mudanças no contexto social das pessoas e condições do ambiente que sejam promotoras da saúde, muitas vezes relacionadas com mudanças organizacionais dos serviços de saúde, como é o caso de permitir o envolvimento dos familiares no processo pelo qual os doentes estão a passar, por exemplo.

### 3.3 Prevenção de Complicações

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica procura prevenir complicações para a saúde do doente alvo dos seus cuidados por antecipar as complicações decorrentes da doença e dos processos médicos e cirúrgicos complexos, por gerir o risco e ambiente na prevenção de complicações com recursos à evidência científica e elaboração de normas e de protocolos de atuação; por identificar evidências fisiológicas, emocionais e psíquicas que possam comprometer os processos médicos e cirúrgicos e a adaptação a

processos de transição; por estabelecer parcerias e reencaminhamento para outros profissionais de saúde; por gerir adequadamente protocolos e normas de boas práticas de forma a prevenir complicações e por assumir a responsabilidade pelas decisões que toma, realiza e delega (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

O Regulamento nº 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, identifica a competências que levaram à identificação do objetivo para o estágio: **desenvolver práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua**. O objetivo proposto foi atingido através da identificação de oportunidades de melhoria e colaboração e desenvolvimento de procedimentos e instruções de trabalho, guias orientadores de boas práticas.

De uma forma geral, todas as colaborações em programas de melhoria contínua têm por base o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD). Até 2020, esteve em vigor o PNSD 2015-2020 que fomentou a segurança do doente através de objetivos estratégicos delineados que passavam por aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras por pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências a antimicrobianos (DGS, 2015a).

O Despacho nº 9390/2021 aprovou o PNSD 2021-2026, que tem o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo contextos específicos de sistemas modernos, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como é o exemplo da cultura de segurança; da comunicação e da implementação continuada de práticas seguras em ambientes complexos (DGS, 2021). No SMIP, as necessidades de colaboração em projetos de melhoria contínua eram muitas, pelo facto de o serviço estar em fase de reestruturação e acreditação. O desenvolvimento de procedimentos e instruções de trabalho (IT) era necessário e foi proposta a colaboração na sua elaboração. Ao longo deste subcapítulo serão abordados os temas inerentes a cada projeto de melhoria desenvolvido ao longo dos estágios.

O primeiro procedimento desenvolvido tinha como tema a prática segura na conservação, preparação e administração terapêutica (Apêndice III). A conservação, preparação e administração de medicação tem relevância em todos os contextos, mas numa UCI adquire uma importância especial. Por rotina, os doentes destes contextos encontram-se em estado crítico, submetidos a terapêuticas complexas e muito sensíveis a alterações

mínimas, nomeadamente com recurso a medicamentos de alerta máximo. Medicamentos de alerta máximo são, por definição, aqueles que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização (DGS, 2015b). Assim sendo, torna-se essencial ter um acesso fácil a toda a medicação que se encontre metodicamente organizada. Por outro lado, estes são contextos em que são administrados muitos fármacos com nomes idênticos, ou cujas embalagens são parecidas, os LASA (Look-Alike, Sound Alike). Os LASA, tal como indicado pelo nome, são medicamentos cujo nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto são semelhantes, o que pode levar a troca de fármacos (DGS, 2014). Foi com o objetivo de uniformizar e orientar a prática dos enfermeiros do SMIP que se desenvolveu este procedimento, onde foram definidos os conceitos relacionados, e descritos os procedimentos relativos ao armazenamento seguro; à preparação e administração segura (Apêndice IV); ao ambiente seguro e às particularidades da administração da medicação por via oral e por via endovenosa.

Outra necessidade identificada foi a de esclarecimento sobre a necessidade de pulseira identificativa do doente. Neste contexto do SMIP, os doentes encontram-se frequentemente incapazes de comunicar os seus dados identificativos, como é o caso do nome e da data de nascimento, mais frequentemente utilizados. Assim sendo, foi necessário o desenvolvimento de uma instrução de trabalho que permitisse garantir a identificação dos doentes e assim minimizar o risco de troca de identidade (Apêndice V). A Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu uma orientação sobre este tema, onde esclarece a necessidade de todos os doentes utilizarem pulseira, nomeadamente em situações de internamento hospitalar (DGS, 2011). Assim sendo, a IT desenvolvida explicava de forma clara como fazer a impressão da pulseira no serviço, que era uma possibilidade nova para a equipa.

No SMIP, a equipa era composta por 105 elementos. Neste contexto, com uma equipa tão grande, a comunicação na transição de cuidados de saúde de forma padronizada, para que seja eficaz, adquire uma importância especial. Por definição, a comunicação eficaz caracteriza-se por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor, sendo que falhas na comunicação representam as principais causas de eventos adversos na saúde (DGS, 2017). Assim foi necessário desenvolver uma instrução de trabalho sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Apêndice VI), com o objetivo de reduzir os riscos de falhas nas transferências de informação do doente, através da definição de estratégias que garantem uma correta e eficaz transição de cuidados entre os enfermeiros. Nesta IT, foi descrita a forma de proceder na

passagem de turno, através da metodologia ISBAR: identificação; diagnóstico de situação; antecedentes; avaliação e recomendações (DGS, 2017).

A última instrução de trabalho desenvolvida relacionava-se com a forma de fazer registo de incidentes e relacionou-se com a necessidade de clarificar a forma de o fazer (Apêndice VII). O PNSD contempla os objetivos de aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente e promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança dos doentes, associados ao pilar de prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente (DGS, 2021). NOTIFICA é uma plataforma que se destina à notificação de incidentes em que podem ser reportados incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes (DGS). A notificação de incidentes torna-se assim absolutamente fundamental para a melhoria da segurança, por ter as funções de responsabilização pública; resposta aos doentes e familiares envolvidos; rota de alerta de comunicações; medidor de risco na área de saúde e base para aprendizagem e melhoria (WHO, 2020). A sinalização de situações de risco continua a ser reduzida, talvez por desconhecimento da aplicação onde pode ser feita, o desconhecimento de como se faz o registo, o tempo necessário para efetuar o registo, ou eventualmente o receio de represálias. No entanto, a notificação de incidentes ou quase-incidentes tem como benefícios a melhoria contínua dos processos, a centralização e acompanhamento de ocorrências, a redução de custos e melhoria da credibilidade e a possibilidade de ter indicadores em tempo real (RISI). Assim sendo, o desenvolvimento da IT veio esclarecer o procedimento para fazer o registo de incidentes na plataforma, facilitando a sua notificação.

### 3.4 Bem-estar e Autocuidado

No que concerne ao bem-estar e ao autocuidado, há uma procura por maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar, ou complementar as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica identifica os problemas do doente, implementando um plano de cuidados individualizados, que inclua a pessoa, a família ou o cuidador e que contribua para a promoção do autocuidado, para a diminuição do sofrimento e promoção da qualidade de vida. Também prescreve intervenções de enfermagem e implementa-as com rigor técnico e científico, tendo em conta o atual estado da arte e o potencial que cada pessoa, família ou cuidador têm, capacitando-os para o seu bem-estar e melhoria da qualidade de vida. Referencia as situações

problemáticas para outros profissionais, supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem que foram delegadas e responsabiliza-se pelas decisões que toma, pelas ações que pratica e por aquelas que delega. Gere as medidas farmacológicas e não-farmacológicas no controlo da dor; intervém em feridas complexas decorrentes de doença médica ou abordagem cirúrgica; gere situações de natureza aguda ou crónica decorrentes de situações endócrinas ou metabólicas e implementar intervenções que contribuam para o processo de transição situacional (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Um dos objetivos identificados relacionado com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica foi o de **cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes da doença aguda ou crónica**. Relacionada está a competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, sobre a qual foi definido o objetivo de **cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica** (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Cuidar de uma pessoa em situação crítica num contexto tão diferenciado como uma UCI, e ainda mais quando numa UCI monovalente, como o caso na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica (UCI-CT), exige um grande nível de competência por parte dos enfermeiros. Exige também que façam reflexões diárias sobre a sua prática e que estejam numa procura constante pela melhor evidência científica para fundamentarem adequadamente os seus cuidados. Fazer estágio no SMIP e na UCI-CT exigiu o desenvolvimento de muitas competências instrumentais e de pesquisa para dar resposta às necessidades dos doentes que eram apresentadas.

Cuidar da pessoa em situação crítica implica identificar as necessidades das pessoas, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. Implica também conceber planos de intervenção e implementar as intervenções planeadas tendo em conta a vigilância, monitorização e terapêuticas, de forma a prevenir complicações e eventos adversos decorrentes da doença, ou dos processos cirúrgicos. Por fim, deve ser feita a avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Ao longo do estágio na UCI-CT foi possível acompanhar todo o processo de uma doente desde a sua chegada à UCI, após transferência de um outro hospital, o seu período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Permitiu a elaboração de planos de cuidados

e processos de enfermagem com as particularidades de cada uma destas fases, melhorando o processo de pensamento e decisão de enfermagem.

Por sua vez, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica tem competência para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de situação crítica e/ou falência orgânica. Esta competência implica prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as suas respostas; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa; gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

**Dinamizar a resposta em situações de emergência, da conceção à ação**, foi outro dos objetivos delineados no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. De facto, cuidar da pessoa em situação de emergência foi uma competência muito trabalhada no âmbito do primeiro estágio do curso, considerado no capítulo 1. No que diz respeito aos estágios do SMIP e da UCI-CT, as situações de emergência não estiveram presentes, no entanto, a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica foi uma constante. No estágio da UCI-CT isso tornou-se particularmente evidente. A monitorização apertada dos balanços hídricos e a gestão de fármacos vasoativos era uma constante. Interpretar esses dados previa de forma criteriosa os riscos a que o doente estava sujeito, mediante a cirurgia a que tinha sido submetido. A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa também foi uma das competências mais trabalhadas, sobre as quais houve mais oportunidade de reflexão. As duas unidades tinham métodos de avaliação e registo muito diferentes, no SMIP com recurso ao B-ICU; na UCI-CT com recurso ao S-Clínico e registos manuais na folha multidisciplinar. Estas diferenças permitiram a discussão sobre quais as vantagens e desvantagens de cada um dos métodos e as melhores alternativas. No SMIP foi possível conhecer novos métodos de monitorização da dor, nomeadamente em doentes curarizados. Nestes doentes, sempre que disponível, era utilizado o Analgesia Nociception Index (ANI). Gerir a comunicação interpessoal e a relação terapêutica também foi amplamente trabalhado, pelo compromisso da comunicação que as pessoas apresentavam, seja por presença de ventilação mecânica, seja por alteração do estado de consciência. Assim sendo, foram utilizados os recursos descritos no capítulo 2 sobre comunicação.

### 3.5 Readaptação Funcional

Relativamente à readaptação funcional, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em conjunto com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença por conceber e desenvolver um plano de atividades que permita maximizar as capacidades da pessoa; faz um planeamento da alta tendo em conta essas mesmas capacidades; capacita os clientes na adaptação aos cuidados necessários, com o mínimo de risco possível; ensina, instrui e treina para a continuidade de cuidados, com recurso a associações e grupos de ajuda mútua e encaminha a pessoa para unidades de cuidados especializados à sua situação clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Um dos papéis fundamentais dos enfermeiros é fazer um bom planeamento da alta, prevenindo complicações e reinternamentos (Delatorre et al., 2013). Para que o planeamento da alta seja bem-sucedido, torna-se essencial a comunicação efetiva entre a equipa multidisciplinar (Mabire et al., 2016). Os objetivos de planear a alta hospitalar passam por preparar o doente e a sua família para a continuação dos cuidados em casa; minimizar a ansiedade dos doentes e dos seus cuidadores e guiar o plano de alta dos outros contextos de cuidados. Assim, faz todo o sentido que o planeamento da alta seja feito pelo enfermeiro, por ser o profissional que está continuamente no hospital e que faz a ligação entre o doente e os outros profissionais da equipa multidisciplinar, envolvendo-se de forma ativa em todo este processo (Delatorre et al., 2013). No contexto de UCI, os profissionais têm contacto com o mesmo doente durante longos períodos e, fora de um contexto pandémico em que as visitas estão limitadas, tem contacto com a sua família, também. Em certos casos, este pode ser um bom momento para perceber quais as expectativas da família e as experiências anteriores.

O planeamento da alta da UCI, por sua vez, tem características próprias, pelo facto de o doente ser transferido para um contexto em que ainda não terá que ser totalmente independente nos seus autocuidados. No entanto, a decisão sobre a alta da UCI é igualmente importante, porque altas precoces resultam em readmissões e aumento da mortalidade em nestas unidades (Nguyen et al., 2017). Assim sendo, surge a necessidade de fazer uma avaliação metódica do estado do doente para que a alta da UCI possa ser dada em segurança, com menor risco de readmissão. Um dos instrumentos utilizados é o National Early Warning Score (NEWS), que consiste na avaliação de 6 parâmetros vitais, assim como a saturação de oxigénio do doente. Scores mais elevados de NEWS estão associados a estados mais graves de doença e piores resultados (Dogu et al., 2020)

### 3.6 Organização dos Cuidados de Enfermagem

No que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados por considerar a satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do seu exercício; utilizar metodologias de organização dos cuidados promotoras da qualidade; monitorizar o cumprimento das dotações seguras nos cuidados de enfermagem especializados; por disponibilizar guias orientadores de boas práticas clínicas; por promover uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e a existência de um sistema de registo que permita a identificação dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem médico-cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

**Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde** era objetivo de estágio relacionado com o desenvolvimento das competências prévias, comuns ao enfermeiro especialista.

A satisfação profissional relaciona-se com a forma como os enfermeiros se sentem relativamente ao seu trabalho, um construto que dá resposta ao estado emocional, ou à atitude face ao trabalho e às experiências no contexto (Ferreira et al., 2017). Influencia diretamente o desempenho dos profissionais, sendo que quando é mais elevado, estimula-os a serem assíduos, a trabalharem de forma diligente, flexíveis a desempenharem as tarefas necessárias (Baumann, 2007). Da mesma forma, a satisfação dos profissionais também afeta a produtividade dos hospitais. Um estudo de investigação desenvolvido em 2017 aplicou a Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho a 382 enfermeiros que trabalhavam num hospital público. Dos resultados, percebeu-se que as razões com as quais os enfermeiros estavam mais insatisfeitos (média de pontuação <2, numa escala de 1 a 5), foram a carga horária no seu local de trabalho; as oportunidades de progressão na carreira; o tempo que têm de esperar para serem promovidos no seu local de trabalho; o salário face às funções que exercem e o salário face às capacidades e conhecimentos que têm (Alves et al., 2017). Serviços maioritariamente centrados na técnica e na doença, com recursos financeiros insuficientes, profissionais desmotivados e insatisfeitos, taxas de mobilidade crescentes e cansaço dos profissionais são aqueles em que é mais difícil trabalhar (Batista et al., 2010). Bernardino (2018) vai mais longe, concluindo no seu estudo que 61% dos enfermeiros portugueses não estão satisfeitos com a sua profissão; 90,9% não estão satisfeitos com a sua carreira e 96,5% não estão satisfeitos com a sua remuneração (Bernardino, 2018).

Um outro estudo de investigação desenvolvido em Portugal com o objetivo de avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros consoante a sua área de cuidados concluiu também que os enfermeiros de cuidados críticos são os que apresentam menor grau de satisfação relativa à qualidade do local de trabalho, qualidade da prestação de cuidados e melhoria contínua da qualidade, ansiando sobretudo uma liderança que promova a comunicação bidirecional, o reconhecimento e transparência. Apesar disso, os enfermeiros destes contextos são também aqueles que se sentem mais satisfeitos pelo contexto onde trabalham e pela forma como pensam que a sua prática é percebida pelos outros (Silva e Potra, 2021). “Esqueceu-se a pessoa, o utente, a família e o enfermeiro que cuida.” (Batista et al., 2010). Para combater isto, torna-se essencial perceber quais as atitudes dos enfermeiros, os seus pensamentos e identificar as causas de inaptações, reconhecendo que a avaliação da satisfação dos enfermeiros é absolutamente necessária, não só por ser um elemento indispensável para avaliar o seu desempenho, mas também a qualidade das instituições e dos cuidados prestados (Ferreira et al., 2017).

As dotações dos enfermeiros também são um aspeto que influencia altamente a satisfação profissional. Para além disso, são fundamentais para que seja possível atingir a máxima segurança e qualidade dos cuidados. O cálculo da dotação de enfermeiros considera não só o número de horas de cuidados por doente e por dia, mas também as competências profissionais, as características estruturais da instituição, a localização dos serviços, a formação e a investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Nos contextos de estágio, as dotações seguras eram, na grande maioria das vezes, cumpridas conforme o regulamento. O SMIP é uma unidade de Nível III que por definição têm equipas médicas e de enfermagem funcionalmente dedicadas, com assistência presencial de intensivista 24 horas por dia e com acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários. Segundo o regulamento citado, estas unidades são UCI polivalentes, ou seja, capazes de assegurar em colaboração ou cuidados integrais aos doentes pelos quais são responsáveis. No caso de UCI de Nível III o rácio enfermeiro/utente recomendado é 1/1, o que era possível de manter na grande maioria dos turnos (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Em ambas as UCI, alguns enfermeiros tinham a necessidade de ficar com dois doentes atribuídos. Neste caso, procurava-se que estes doentes fossem de Nível II, com necessidade de monitorização invasiva e eventualmente de suporte de funções vitais, mas que não necessitassem do nível de cuidados descritos para as UCI de nível III, embora se encontrassem todos no mesmo serviço.

Muito associada à satisfação profissional está a saúde mental dos enfermeiros e qualidade de vida profissional. Um estudo desenvolvido em 2020 com o objetivo de identificar o nível de satisfação por compaixão, *burnout* e stress traumático secundário em enfermeiros portugueses, concluiu que a qualidade de vida profissional dos enfermeiros é ambivalente, no sentido em que inclui tanto satisfação e prazer no trabalho, como desgaste, sofrimento, medo e trauma (Batalha et al., 2020). Batalha (2020) acrescenta que de modo a melhorar a saúde mental dos enfermeiros, são necessárias políticas de recursos humanos adequadas que potenciem a qualidade de vida profissional e dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

### 3.7 Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência a Antimicrobianos

A prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, é também uma área de atenção do enfermeiro especialista, que procura participar na conceção de planos de prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, tendo em conta a evidência científica; participar na definição de estratégias de prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos a implementar no contexto de prestação de cuidados; gerir e liderar a implementação do plano no que diz respeito ao estabelecimento de procedimentos, face às vias de transmissão, capacitando a equipa nessa área (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica é uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica e baseado na competência do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica foi identificado o objetivo de **maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prevenção e controlo da infeção têm associada uma especial preocupação quando é considerado o contexto de uma UCI. A situação crítica a que cada doente está exposto, associada à utilização de dispositivos invasivos, idade e frequente instabilidade das condições imunológicas aumenta a necessidade de foco neste tipo de unidades (Alyahya et al., 2018). No entanto, o risco de infeção pode ser gerido através da implementação de protocolos e procedimentos adequados no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados

(Musu et al., 2017). Ao longo dos estágios foi possível a colaboração na elaboração e revisão de alguns procedimentos no âmbito da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos juntamente com elos de ligação com o Grupo de Coordenação Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Foram revisados os protocolos de limpeza e desinfeção das unidades e materiais e os protocolos de preparação pré-operatória com base nos feixes de intervenção da DGS. Os feixes de intervenção são um conjunto de intervenções que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, resultam num maior impacto do que a soma do efeito de cada intervenção executada separadamente, melhorando os resultados (DGS, 2015f). Atualmente a DGS tem quatro *bundles*, ou feixes de intervenções: o de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2015f); prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2015c); prevenção de infeção de local cirúrgico (DGS, 2015d) e prevenção de pneumonia associada à intubação (DGS, 2015e). Um dos desafios foi criar procedimentos adaptáveis ao contexto de doentes com COVID, relacionados essencialmente com as particularidades da limpeza e desinfeção das unidades que foram ocupadas por doentes infetados.

### 3.8 Segurança nos Cuidados Especializados

Por fim, relativamente à segurança dos cuidados especializados, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica procura fazer a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequar a sua resposta, salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar por liderar como gestor do risco nos cuidados especializados; otimizar o ambiente seguro e de qualidade, propício aos cuidados especializados e minimizando a ocorrência de eventos adversos; por implementar intervenções seguras, baseadas na evidência científica e na evolução tecnológica; por implementar intervenções técnicas de alta complexidade salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar e por capacitar as equipas de profissionais na administração de protocolos terapêuticos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Era objetivo de estágio **garantir um ambiente terapêutico e seguro** na prática de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da competência específica do enfermeiro especialista, com a qual este subcapítulo se relaciona. O desenvolvimento desta competência envolve a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos doentes e a participação na gestão do risco ao nível institucional e

de unidades funcionais. Relacionada também com a prestação de cuidados seguros está a competência de basear a prática clínica especializada em evidência científica. Esta competência envolve que o enfermeiro se responsabilize por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; por suportar a prática clínica em evidência científica e por promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Ao longo dos estágios, a pesquisa com o objetivo de basear a prática na evidência científica foi constante. No entanto, no contexto do SMIP foi possível contribuir para um projeto de investigação já pensado anteriormente em relação ao qual a equipa necessitava de colaboração para dar início ao mesmo. A proposta foi de validar um instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, desenvolvido na Holanda, para o contexto português. Ao longo deste subcapítulo serão expostos os avanços no desenvolvimento deste projeto de investigação.

Numa fase inicial foi necessária uma revisão da bibliografia cuidada sobre a carga de trabalho dos enfermeiros e os instrumentos de avaliação existentes, nomeadamente no contexto português. Na revisão foram considerados vários aspetos, como a definição de carga de trabalho, a importância da existência dos instrumentos de avaliação e quais os instrumentos existentes e validados para a população portuguesa.

A carga de trabalho dos enfermeiros é definida como a quantidade de tempo e cuidados que um enfermeiro dedica (direta ou indiretamente) ao doente, local de trabalho e desenvolvimento profissional. As atividades de enfermagem podem estar relacionadas com cuidados diretos, cuidados indiretos ou ambos. Por outro lado, as atividades que não são de enfermagem envolvem todos os trabalhos administrativos tais como gestão das unidades, encontros profissionais, participação em seminários e outros trabalhos não relacionados com o utente (Alghamdi, 2016). Swiger et al. (2016), sugerem a definição de carga de trabalho dos enfermeiros no contexto de cuidados agudos como a quantidade de tempo e esforço físico/cognitivo necessários para prestar cuidados diretos e indiretos ao utente e as atividades não relacionadas com os cuidados ao utente. A carga de trabalho é naturalmente complexa e não-linear e é influenciada pelos enfermeiros, utentes, unidades e características organizacionais que podem aumentar ou diminuir significativamente o esforço necessário para prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade e melhorar os resultados para os doentes (Swiger, Vance, & Patrician, 2016).

A carga de trabalho tem vindo a ser relacionada com resultados no estado do doente, nomeadamente com o tempo de hospitalização, infeções do trato urinário, satisfação dos

utentes (Magalhães et al., 2017), qualidade dos cuidados (Chang, Yu, & Chao, 2019) e, consequentemente, com a mortalidade (Fasoi et al., 2020).

Também a efetividade dos custos associados ao bom funcionamento de uma unidade de cuidados intensivos e a gestão do budget hospitalar tendo em conta as necessidades de enfermeiros neste tipo de unidades está relacionado com uma correta avaliação da carga de trabalho (Kraljic et al., 2017). Assim sendo, a avaliação correta da carga de trabalho tem vindo a ser cada vez mais estudada, com o objetivo de encontrar o instrumento de avaliação ideal, pela importância que tem na segurança e na qualidade dos cuidados aos utentes (Magalhães et al., 2017).

O objetivo de todos os instrumentos desenvolvidos para medir a carga de trabalho dos enfermeiros é encontrar o número mais eficiente de enfermeiros para a quantidade de trabalho que tem de ser atingida para prestar cuidados de qualidade. A carga de trabalho tem vindo a ser medida através da classificação dos doentes ou sistemas de gestão de *workload* que se baseiam em diferentes fatores para determinar a quantidade de trabalho necessária para cada doente. Alguns exemplos de instrumentos de medida são a Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (NEMS), que se baseia nas intervenções terapêuticas que cada doente recebe durante a sua permanência na UCI (Kraljic et al., 2017). Outro exemplo é o Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), validado em 1997 para a população portuguesa, foi proposto inicialmente para avaliação da gravidade da doença, mas desde o início dos anos 80 tem sido usado maioritariamente para quantificar a carga de trabalho dos enfermeiros e calcular a necessidade de recursos humanos (Moreno & Morais, 1997).

Em 2003, um grupo de investigadores desenvolveu um estudo que incluiu 99 UCI de 15 países que teve como objetivo determinar quais as atividades de enfermagem que melhor descreviam a carga de trabalho neste contexto e atribuir-lhes medidas, para que a carga de trabalho passasse a estar relacionada com a média de tempo dedicado ao cuidado em vez de estar relacionada com a gravidade da doença (Miranda, Nap, de Rijk, Schaufeli, & Iapichino, 2003). Foi deste estudo que surgiu o NAS, composto por 23 atividades básicas: controlo e monitorização; colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia; medicação, com exceção de fármacos vasoativos; procedimentos de higiene; cuidados prestados a drenos; mobilização e posicionamentos; apoio e cuidado aos familiares de doentes; atividades administrativas e de gestão; suporte ventilatório; cuidados a vias aéreas artificiais; técnicas para melhorar a função pulmonar; terapêutica vasoativa; reposição endovenosa de grande perda de fluídos; monitorização da pressão na aurícula esquerda; reanimação

cardiorrespiratória; técnicas de hemofiltração e técnicas dialíticas; avaliação do débito urinário; avaliação da pressão intracraniana; tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada; nutrição parentérica; nutrição entérica por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal; intervenções específicas na UCI e intervenções específicas realizadas fora da UCI.

Foi em 2016 que um grupo de investigadoras fez a adaptação e validação da Nursing Activities Score para o contexto português. A NAS é um instrumento que se baseia no tempo despendido nas atividades de enfermagem inerentes à prestação de cuidados, independentemente do grau de gravidade da doença do doente crítico (Macedo et al., 2016).

No entanto, a procura pelo instrumento ideal continua. Foi com o objetivo de desenvolver um modelo baseado em *time measurements* que possa avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros de forma mais eficaz, avaliando quais as características dos doentes que influenciam o tempo de prestação de cuidados, que surgiu o Nurse Operation Workload (NOW) em 2020, na Holanda (Margadant et al., 2021).

O NOW, instrumento proposto para adaptação cultural, é baseado em medição de tempo, com a capacidade de prever 89% da carga de trabalho dos enfermeiros, com um menor esforço de registo, avaliando a média de carga por doente, por enfermeiro (Margadant et al., 2021).

Contribuir para a validação de um instrumento de avaliação que possa ser aplicado no contexto de UCI e que explique de forma mais eficiente a carga de trabalho dos enfermeiros é também contribuir para uma prática mais segura de enfermagem (Chang et al., 2019).



## **4. Gestão do ambiente e recursos por uma prática mais segura**

A segurança nos cuidados tem vindo a ser cada vez mais uma preocupação das instituições no sentido de evitar erros que tenham impacto considerável nos doentes alvo dos cuidados. A cultura de segurança tem vindo a ser definida como o que resulta dos valores, das atitudes, das competências e dos padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o estilo da administração da organização que se tem como objetivo que seja prática e segura (Reis et al., 2013). Alguns aspetos que influenciam a prática têm sido identificados pelos enfermeiros. Um estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de identificar os aspetos que potenciam os eventos adversos em saúde reconhece que melhorias nas dotações, diminuição da carga de trabalho, promoção de trabalho em equipa e melhoria da formação de âmbito académico/nos serviços, são relevantes para a prática (Umpiérrez et al., 2015). A capacidade de reconhecer e admitir falhas são aspetos fundamentais quando se fala em cultura de segurança do doente. Permite a identificação precoce do erro e evita uma postura de omissão e negação por parte das equipas, potenciando o desenvolvimento de estratégias de prevenção e recorrência de erros que estejam identificados e documentados (Umpiérrez et al., 2015).

### **4.1 Gestão para otimização de recursos humanos segundo necessidades**

No contexto da UCI-CT, a gestão da alocação de doentes a cada profissional é feita pelo enfermeiro responsável de turno. Neste tipo de unidade, segundo o regulamento sobre dotações seguras, o rácio é de dois doentes por enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2019b). No entanto, na maioria dos dias há a possibilidade de alguns enfermeiros ficarem apenas com um doente atribuído, disponíveis para receberem outros que sejam admitidos na unidade. A distribuição dos doentes é feita com base na experiência dos enfermeiros e no tempo que preveem estar associado aos cuidados a cada doente. Esta gestão torna-se complexa, relatada pelos enfermeiros como difícil de fazer, na maioria dos casos. Neste sentido, foi identificada a necessidade de mensurar o tempo necessário à prestação de cuidados dos doentes na UCI-CT. Apresentada a ideia de aplicar o NAS no contexto, percebeu-se a vantagem que esta avaliação poderia trazer para facilitar a gestão que é feita no início de cada turno, pelo enfermeiro responsável na alocação de cada profissional aos

seus doentes. Assim sendo, numa fase inicial do estágio no contexto da UCI-CT começou a ser aplicado o NAS a todos os doentes com critérios.

O NAS é um instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, composto por 23 atividades básicas: controlo e monitorização; colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia; medicação, com exceção de fármacos vasoativos; procedimentos de higiene; cuidados prestados a drenos; mobilização e posicionamentos; apoio e cuidado aos familiares de doentes; atividades administrativas e de gestão; suporte ventilatório; cuidados a vias aéreas artificiais; técnicas para melhorar a função pulmonar; terapêutica vasoativa; reposição endovenosa de grande perda de fluídos; monitorização da pressão na aurícula esquerda; reanimação cardiorrespiratória; técnicas de hemofiltração e técnicas dialíticas; avaliação do débito urinário; avaliação da pressão intracraniana; tratamento de acidose/alkalose metabólica complicada; nutrição parentérica; nutrição entérica por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal; intervenções específicas na UCI e intervenções específicas realizadas fora da UCI (Miranda et al., 2003). Foi em 2016 que um grupo de investigadoras fez a adaptação e validação da Nursing Activities Score para o contexto português (Macedo et al., 2016). Sendo este o instrumento de avaliação da carga de trabalho mais sensível aos cuidados de enfermagem num contexto de UCI, validado para a população portuguesa, foi o escolhido para ser utilizado na avaliação da carga de trabalho no contexto de estágio, durante o período de um mês. Foi aplicada a escala aos doentes alvo de cuidados que permaneciam na UCI-CT por um período igual, ou superior a 24 horas.

Resultado deste trabalho surgiram 13 avaliações. Pelo tempo reduzido de avaliação e número limitado de doentes aos quais foi aplicado o instrumento, torna-se impossível generalizar os resultados obtidos, tornando difícil obter uma média de horas de cuidados prestados a cada doente, consoante a cirurgia a que foi submetido, por exemplo. No entanto, o trabalho disponibilizado ao serviço, permite dar a conhecer o instrumento de avaliação e sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de o aplicar, justificando o tempo dedicado à prestação de cuidados diretos ou indiretos ao doente. Também permitiu refletir sobre o facto de que a maior carga de trabalho nem sempre está associada a doentes num primeiro dia pós-operatório, sendo que o doente que há mais tempo permanecia na unidade, era também o que tinha maior carga de trabalho associada. Olhar para cada item da escala e relacionar com a percentagem de tempo que lhe está associada, também faz refletir sobre a prática e sobre as intervenções de enfermagem que muitas vezes são feitas, que implicam gasto de tempo considerável, sobre as quais muitas vezes não refletimos adequadamente, como é o caso do apoio e cuidados aos familiares e doentes, como telefonemas, entrevistas e aconselhamento,

que são feitos de forma tão espontânea, mas que o instrumento conta entre 4,0 a 32,0, ou seja, entre 58 minutos e 7,7 horas (Miranda et al., 2003).

A construção de uma tabela de dupla entrada com os doentes que foram avaliados e os itens da escala (Apêndice VIII), permitiu também que fosse possível perceber de forma geral, quais são as atividades que estão presentes de forma quase transversal aos doentes da UCI monovalente. Estes itens são os de controlo e monitorização; colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia; medicação, com exceção de fármacos vasoativos; os procedimentos de higiene; mobilização e posicionamentos; atividades administrativas e de gestão e avaliação do débito urinário.

A otimização do ambiente e dos processos terapêuticos na pessoa e família ou cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica também é competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O enfermeiro faz isso por gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos. Também por gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação e ainda por promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A prevenção de problemas evitáveis é essencial através de uma abordagem antecipatória a este tipo de doente. Assim, os enfermeiros da unidade devem preocupar-se constantemente com a gestão das pressões arteriais; a transfusão de hemoderivados, segundo as necessidades; a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde; a mobilidade precoce e as modalidades de ventilação (Masud et al., 2011). A monitorização do doente cirúrgico pós cirurgia cardiotorácica é muito exigente. A forma de prever e detetar precocemente complicações é feita através de uma monitorização apertada dos sinais vitais, gasometrias, drenagens, débitos urinários, vigilância os pensos das feridas e do estado do doente. Neste contexto, há também uma gestão contínua de fármacos vasoativos com repercussão direta e imediata no doente, que implicam, também eles, monitorização cuidada.

No final do estágio na UCI-CT ficou disponível um documento de consulta intitulado “Overview sobre a carga de trabalho dos enfermeiros numa UCI Monovalente” (Apêndice IX). Este documento explica de forma sintética o que é a carga de trabalho e qual a importância da sua avaliação e apresenta de forma resumida os resultados da aplicação da

NAS ao longo do estágio, permitindo a sensibilização para o tema e incentivando os enfermeiros da unidade a darem continuidade à avaliação de forma a justificarem a necessidade de recursos humanos e contribuírem para a melhoria constante dos cuidados de enfermagem.

#### 4.2 Investigação para otimização dos recursos humanos na UCI

O enfermeiro especialista tem a competência de basear a sua prática clínica especializada na evidência científica atual por, entre outras atividades, investigar e colaborar em estudos de investigação, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim sendo, foi objetivo identificado para o estágio **desenvolver a práxis clínica especializada em evidência científica.**

No contexto do SMIP existia um grupo de investigação composto por profissionais do serviço. No momento do estágio, este grupo iniciava-se no desenvolvimento de um projeto de investigação para o qual me foi proposta a colaboração. Este projeto consistia na adaptação cultural da Nursing Operation Workload, uma escala de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros no contexto de UCI. Assim sendo, tornou-se necessário iniciar uma revisão da literatura sobre a carga de trabalho e os instrumentos de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI.

Em colaboração com a orientadora e com os profissionais do serviço, seguiu-se a fase de solicitar autorização à autora do modelo para desenvolver um estudo que permitisse fazer a sua adaptação à população portuguesa (Anexo I). Seguidamente, preencheram-se todos os documentos necessários para pedido de autorização à comissão de ética, desde a elaboração de uma síntese do projeto de investigação, o preenchimento do modelo da instituição para submissão do projeto de investigação à comissão (Apêndice X), até à elaboração do modelo de consentimento informado, livre e esclarecido, que no fim do estágio ficaram prontos a serem submetidos pela equipa de investigação do serviço (Apêndice XI).

Durante o tempo de estágio nesta unidade, decorreu um Simposium em Saúde, organizado pelo centro hospitalar, que abriu candidaturas à submissão de pósteres científicos. Tendo em conta a revisão que já tinha sido feita para dar início ao projeto de investigação, surgiu a oportunidade de desenvolver um trabalho para participação no Simposium.

Foi neste contexto que foi submetido o *Abstract* (Apêndice XII) à comissão de científica do Symposium, que deu o seu parecer favorável à sua submissão (Anexo II). A partir deste momento procedeu-se à elaboração cuidada do Poster Científico com o título “Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura”. A elaboração do póster contou com a colaboração da professora orientadora, das tutoras e do enfermeiro-chefe do SMIP. O objetivo da revisão foi identificar a escala mais adequada para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI e concluiu que a escala que aparenta ser mais promissora é a NOW, considerando pertinente a adaptação cultural da escala para a população portuguesa.

A apresentação do Poster e discussão com o grupo de avaliação permitiu também o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação de resultados e a sua discussão, levando a uma reflexão profunda sobre a necessidade de continuação de investigação nesta área, muitas vezes pouco enfatizada no dia-a-dia dos enfermeiros num contexto de UCI (Apêndice XIII).

Tal como descrito ao longo do relatório, a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros é fundamental para a gestão de recursos e promoção da satisfação profissional e qualidade de vida. Para que essa avaliação seja o mais correta possível é necessário que esteja disponível uma escala sensível aos cuidados de enfermagem e adaptada ao contexto e evolução atual das UCI

#### 4.3 Acreditação e segurança dos cuidados

Garantir um ambiente terapêutico e seguro é uma das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade e envolve a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que gere segurança e proteção para os doentes. Envolve também a participação na gestão do risco ao nível institucional, ou de unidades funcionais. No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista tem o papel de otimizar a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, otimizando o processo de cuidados a nível das tomadas de decisão e supervisionando as tarefas que delega, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Uma UCI monovalente como a descrita anteriormente implica o desenvolvimento e aplicação de protocolos que permitam orientar a prática dos profissionais. Contrariamente ao contexto do SMIP, em que a elaboração de procedimentos e instruções de trabalho ainda se encontrava em fase de desenvolvimento, na UCI-CT todo esse processo já tinha sido

desenvolvido anteriormente. Esta unidade foi acreditada pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) com o nível “Bom” em 2016. O Modelo da Andaluzia foi adotado pela DGS como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde em 2009 (Ministério da Saúde, 2009).

Acreditação é definida como *“um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meio de melhorar continuamente”* (DGS, 2014), reconhecendo a competência técnica. Em setembro de 2014 foi publicado o Programa Nacional de Acreditação em Saúde que identifica as principais vantagens de ter este programa a articulação com as determinantes da estratégia nacional para a qualidade na saúde e a centralização da informação como garantia da melhoria contínua. Uma unidade que se encontre em processo de certificação tem que cumprir necessariamente alguns *standards*, entre eles, a identificação dos programas de saúde nacionais com ela relacionados, assim como a sua implementação, ou plano. Também a identificação dos Processos Assistenciais Integrados que se aplicam à sua carteira de serviços, a monitorização dos respetivos indicadores e o desenho local dos processos assistenciais mais relevantes mediante os serviços. As unidades têm também de cumprir a monitorização das características da qualidade definidas para os registos clínicos; a medição, análise e atuação face aos desvios dos indicadores incluídos nos processos assistenciais integrados. Por fim, têm que mostrar evidências da análise das normas clínicas e de segurança do utente aplicáveis às unidades e o plano para a sua implementação e metodologia de monitorização da adesão a essas mesmas normas (DGS, 2014). Ter um serviço acreditado implica já ter passado por todos estes processos e como tal, ter todas as normas bem definidas. No entanto, os procedimentos foram totalmente revisados e adaptados, consoante as novas evidências científicas. Nesse sentido foi possível desenvolver as competências inerentes à promoção e melhoria contínua da qualidade.

## Conclusão

Enfermagem, como profissão e disciplina do conhecimento, acompanha toda a vida das pessoas, desde o nascimento até à morte, em todas as suas fases e transições. Os enfermeiros fazem enfermagem e esforçam-se por fazê-lo com competência e qualidade, acabando por desempenhar um papel vital na vida das pessoas. Procurar melhorar o “Eu profissional” através do desenvolvimento de competências e da busca pela excelência dos cuidados foi um dos grandes objetivos delineados para esta unidade curricular, sobre a qual foi desenvolvido este relatório.

O SMIP e a UCI-CT demonstraram ser locais excelentes para que cada um dos objetivos traçados fosse atingido. Associados a eles estiveram profissionais que muito contribuíram para a reflexão diária do papel do enfermeiro especialista em cada contexto. Também as oportunidades de colaboração em vários projetos, segundo as necessidades identificadas em cada um dos serviços contribuíram amplamente para o desenvolvimento das competências exigidas. Estes contextos, acima de tudo tornaram claro o que um enfermeiro especialista deve ser, na perspetiva da coordenação e prestação de cuidados e a diferença que faz em cada vida que encontra.

Ambos os contextos permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista. As competências no âmbito da prática profissional, ética e legal, com ação segundo as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, foram desenvolvidas através dos momentos de discussão, tomada de decisão e a avaliação dos resultados dessas decisões. Também o desenvolvimento de uma prática de enfermagem que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais dos enfermeiros, através da implementação de práticas promotoras de segurança, privacidade e dignidade da pessoa. A garantia de um ambiente terapêutico e seguro através da gestão do ambiente físico e psicossocial dos doentes foi um foco de atenção ao longo de ambos os estágios. O SMIP, por sua vez, deu maior espaço ao desenvolvimento de práticas de qualidade com possibilidade de colaboração em programas de melhoria contínua, em desenvolvimento no decurso do estágio, resultando em instruções de trabalho e procedimentos que guiam a prática. Gerir os cuidados de enfermagem com otimização da resposta da equipa e articulação na equipa de saúde foi o objetivo que permitiu refletir sobre as dotações seguras e contribuir através da apresentação de escalas adequadas à avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros e permitindo a sensibilização dos enfermeiros de ambas as unidades sobre

a sua importância na sua prática profissional. O desenvolvimento de autoconhecimento e da assertividade foi o que permitiu fazer reflexões mais profundas, por vezes inquietantes sobre a enfermagem que queremos fazer e os enfermeiros que queremos ser. Todo o trabalho desenvolvido permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da procura de evidência científica, salientando a importância de uma prática baseada em evidência.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em ambos os contextos tive oportunidade de cuidar de doentes que se encontravam a vivenciar processos médicos, maioritariamente no SMIP e processos cirúrgicos complexos, em ambos os contextos. Em cada doente, foram identificadas as necessidades, traçados planos de intervenção, implementadas as intervenções e avaliados os resultados, planeando cada processo de enfermagem de forma meticulosa e refletindo sobre ele. Foram otimizados o ambiente e os processos terapêuticos através da gestão de processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença; através da gestão do ambiente para que a ocorrência de efeitos adversos fosse minimizada e para que se implementassem estratégias de prevenção de risco.

Por fim, no âmbito das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, foram prestados cuidados à pessoa com, ou em risco de falência orgânica; foram administrados protocolos terapêuticos complexos, com gestão da dor, da comunicação e das emoções da pessoa. A dinamização da resposta em situações de emergência esteve claramente presente no âmbito do primeiro estágio no contexto do SU. Por último, a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica foi notoriamente trabalhada no contexto da UCI-CT por contacto frequente com elos de ligação com GCL-PPCIRA, com quem foi possível rever e atualizar protocolos relacionados com o tema.

De uma forma transversal a todos os contextos, as restrições associadas à pandemia de COVID-19 limitaram o contacto com as famílias dos doentes, deixando em falta a oportunidade de trabalhar de perto com estes elementos tão importantes no processo de transição saúde-doença e no cuidar da pessoa doente.

Em suma, todos os objetivos delineados no projeto, foram atingidos – uns de forma mais evidente sobre os quais recaíram mais atividades, outros de forma mais subtil no dia-a-dia dos estágios. Fica registado através deste relatório o percurso de desenvolvimento de conhecimentos e capacidades relacionados com a pessoa em situação crítica. No final, as

competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com a colaboração de todas as pessoas envolvidas no processo de aprendizagem foram atingidas com sucesso.



## Referências Bibliográficas

- Aguiar, J. H. V. F. (2019). *Poster científico: uma exploração*. Dissertação de Mestrado.
- Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *J Nurs Manag*, 24(4), 449-457. doi:10.1111/jonm.12354
- Alyahya, M. S., Hijazi, H. H., Al Qudah, J., AlShyab, S., & AlKhalidi, W. (2018). Evaluation of infection prevention and control policies, procedures, and practices: An ethnographic study. *Am J Infect Control*, 46(12), 1348-1355. doi:10.1016/j.ajic.2018.05.023
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *J Adv Nurs*, 33(4), 456-466. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x
- Batalha, E., Melleiro, M., Queirós, C., & Borges, E. (2020). Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25-33. Retrieved from [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602020000200004&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000200004&nrm=iso)
- Batista, V. L. D., da Fonseca Santos, R. M., da Fonseca Santos, P. M., & Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 57-69.
- Batista, V. L. D., Santos, R. M., Duarte, P. M., & Carvalho, J. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 57-69.
- Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de Qualidade*. In ICN (Ed.). Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf)
- Bernardino, E. (2018). Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal. In: Tese de Mestrado). Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media....>
- Bratz, J. K. A., & Sandoval-Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. *Rev Bras Enferm*, 71(suppl 4), 1810-1814. doi:10.1590/0034-7167-2017-0539
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*, 12(5), 461-474. doi:10.1007/s40271-019-00370-1
- Chang, L. Y., Yu, H. H., & Chao, Y. C. (2019). The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *J Nurs Res*, 27(1), 1-9. doi:10.1097/jnr.0000000000000265
- Autor. ano. Código Deontológico Lei nº156/2015 de 16 de setembro C.F.R. (2015).
- Delatorre, P. G., Sá, S. P. C., Valente, G. S. C., & Silvino, Z. R. (2013). PLANNING FOR HOSPITAL DISCHARGE AS A STRATEGY FOR NURSING CARE: INTEGRATIVE REVIEW(maiúsculas??). *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(12).
- (desenvolver sigla e idem seguintes)DGS. (ano)Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Retrieved from <https://www.dgs.pt/servicos-online/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- DGS. (2011). Orientação da Direção-Geral da Saúde nº018/2011 - Mecanismos e Procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde.

- DGS. (2014). Norma 2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- DGS (2014). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao--brochura--modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Retrieved from <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>
- DGS. (2015b). Norma 014/2015 - Medicamentos de alerta máximo. .
- DGS. (2015c). Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical Retrieved from <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- DGS. (2015d). Norma 020/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico.pdf>
- DGS. (2015e). Norma 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- DGS. (2015f). Norma 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- DGS. (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
- DGS. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Diário da República Retrieved from <http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Doğu, C., Doğan, G., Kayır, S., & Yağan, Ö. (2020). Importance of the National Early Warning Score (NEWS) at the time of discharge from the intensive care unit. *Turk J Med Sci*, 50(5), 1203-1209. doi:10.3906/sag-1906-78
- Fasoi, G., Patsiou, E. C., Stavropoulou, A., Kaba, E., Papageorgiou, D., Toyliá, G., . . . Kelesi, M. (2020). Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units (ICU) Using the Nursing Activities Score (NAS) Scale. *Int J Environ Res Public Health*, 18(1). doi:10.3390/ijerph18010079
- Ferreira, C. A. S., Fernandez Fernandez, R., & Anes, E. (2017). Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades hospitalares do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 15(Série IV), 109-120.
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Semin Perinatol*, 37(3), 166-174. doi:10.1053/j.semperi.2013.02.008
- Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 121, 104000. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104000
- Desenvolver sigla antes (ICNP). (2019). ICNP Browser. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- João, A., Alves, C., Silva, C., Diogo, F., & Ferreira, N. (2017). Validação de uma Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 117-130.

- Kraljic, S., Zuvic, M., Desa, K., Blagaic, A., Sotosek, V., Antoncic, D., & Likic, R. (2017). Evaluation of nurses' workload in intensive care unit of a tertiary care university hospital in relation to the patients' severity of illness: A prospective study. *Int J Nurs Stud*, *76*, 100-105. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.09.004
- Kret, D. D. (2011). The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *Medsurg Nurs*, *20*(1), 29-36.
- Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro C.F.R. (2019).
- Loureiro, F. M., & Charepe, Z. B. (2018). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem no hospital: Análise do conceito. *Cadernos de Saúde*, *10*(1), 23-29.
- Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A., & Pellet, J. (2016). Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, *14*(9), 217-260. doi:10.11124/jbisrir-2016-003085
- Macedo, A. P., Mendes, C. M., Candeias, A. L., Sousa, M. P., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Rev Bras Enferm*, *69*(5), 881-887. doi:10.1590/0034-7167-2016-0147
- Magalhães, A. M. M., Costa, D. G. D., Riboldi, C. O., Mergen, T., Barbosa, A. D. S., & Moura, G. (2017). Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP*, *51*, e03255. doi:10.1590/s1980-220x2016021203255
- Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *Int J Nurs Stud*, *113*, 103780. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103780
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *28*, 132-140.
- Masud, F., Zainab, A., Ratnani, I., Perme, C., & Vykoukal, D. (2011). Updates on critical care management of cardiovascular patients. *Methodist Debaquey Cardiovasc J*, *7*(4), 28-32. doi:10.14797/mdcj-7-4-28
- McNicholas, A., McCall, A., Werner, A., Wounderly, R., Marinchak, E., & Jones, P. (2017). Improving Patient Experience Through Nursing Satisfaction. *J Trauma Nurs*, *24*(6), 371-375. doi:10.1097/jtn.0000000000000328
- Medeiros, A. C., Siqueira, H. C., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. D., & Thurow, M. R. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*, *50*(5), 816-822. doi:10.1590/s0080-623420160000600015
- Mendes, L., & de Jesus José Gil Fradique, M. (2014). Influence of leadership on quality nursing care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *27*(5), 439-450. doi:10.1108/IJHCQA-06-2013-0069
- Michelan, V. C. A., & Spiri, W. C. (2018). Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Rev Bras Enferm*, *71*(2), 372-378. doi:10.1590/0034-7167-2016-0485
- Ministério da Saúde (2009). Despacho nº69/2009. Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/despacho-n-692009-pdf.aspx>
- Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Crit Care Med*, *31*(2), 374-382. doi:10.1097/01.Ccm.0000045567.78801.Cc

- Moreno, R., & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Med*, 23(6), 640-644. doi:10.1007/s001340050387
- Musu, M., Lai, A., Mereu, N. M., Galletta, M., Campagna, M., Tidore, M., . . . Coppola, R. C. (2017). Assessing hand hygiene compliance among healthcare workers in six Intensive Care Units. *J Prev Med Hyg*, 58(3), E231-e237.
- Nguyen, M. C., Strosberg, D. S., Jones, T. S., Bhakta, A., Jones, E. L., Lyaker, M. R., . . . Eiferman, D. S. (2017). Mortality and readmission of outcomes after discharge from the surgical intensive care unit to long-term, acute-care hospitals. *Surgery*, 161(5), 1367-1375. doi:10.1016/j.surg.2016.11.007
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica . . .
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2ª série
- Peixoto, N. M. d. S. M., & Peixoto, T. A. d. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132.
- Phillips, A. (2019). Effective approaches to health promotion in nursing practice. *Nurs Stand*, 34(4), 43-50. doi:10.7748/ns.2019.e11312
- Regulamento nº429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica., § N° 135 (2018).
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2029-2036.
- RISI. Gestão do Risco Hospitalar. Retrieved from <http://www.risi.pt/>
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., . . . Sola-Sole, N. (2013). [Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction]. *Enferm Intensiva*, 24(2), 51-62. doi:10.1016/j.enfi.2012.09.003
- Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Ariza, L., Martínez-Momblan, M., Lluch-Canut, T., Trujols, J., . . . Benito, L. (2018). Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: Correlation with sociodemographic and clinical variables. *Australian Critical Care*, 32. doi:10.1016/j.aucc.2018.11.002
- Šaňáková, Š., & Čáp, J. (2019). Dignity from the nurses' and older patients' perspective: A qualitative literature review. *Nurs Ethics*, 26(5), 1292-1309. doi:10.1177/0969733017747960
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
- Silva, C. I. N. P. d., & Potra, T. M. F. d. S. (2021). Avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros por áreas de prestação de cuidados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55.

- Swiger, P. A., Vance, D. E., & Patrician, P. A. (2016). Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *Nurs Outlook*, 64(3), 244-254. doi:10.1016/j.outlook.2016.01.003
- Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *J Natl Med Assoc*, 111(5), 546-554. doi:10.1016/j.jnma.2019.04.002
- Thomas, D., Newcomb, P., & Fusco, P. (2018). Perception of Caring Among Patients and Nurses. *Journal of Patient Experience*, 6(3), 194-200. doi:10.1177/2374373518795713
- Umpiérrez, A. F., Fort, Z. F., & Tomás, V. C. (2015). Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 310-315.
- WHO (Producer). (2009, 30/01/2022). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. [Technical document] Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01>
- WHO. (2020). Sistemas de Notificação e Aprendizagem de Incidentes de Segurança do Paciente: Relatório Técnico e Orientações. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nurs Health Sci*, 22(2), 398-405. doi:10.1111/nhs.12671



## Apêndices



## **Apêndice I – Guia de manipulação de CVC no Serviço de Urgência**



## CATETER VENOSO CENTRAL

**Indicações:** administração de medicação, grandes volumes de fluidos e monitorização da pressão venosa central. <sup>(2)</sup>

**Contraindicações:** Problemas embólicos, risco hemorrágico, infeção e perda de integridade cutânea. <sup>(2, 4)</sup>

**Potenciais complicações:** Infeção, punção arterial, hematomas, hemotórax, pneumotórax, arritmias, embolia do guia/perda do guia, lesão do canal torácico. <sup>(2)</sup>

**Material necessário:** <sup>(5)</sup>

(1) Cateter central 3 vias	(1) Penso transparente
(3) Obturadores	(1) NaCl 0,9% 100mL
(1) Luvas estéreis	(1) Bata estéril
(1) Lençol estéril	(1) Campo com óculo
(2) Compressas (7,5x7,5)	(2) Seringas 5cc
(2) Agulhas 20 G	(2) Agulhas 21 G
(1) Lidocaína 2% (20cc)	(1) Seda 2/0
(3) Torneira 3 vias	(2) Seringas 10cc
(1) <i>Mini-spike</i>	(2) Agulhas 25 G
(1) Campo cirúrgico	(1) Bisturi nº11 e nº24
(2) Compressas (10x10)	

### PROCEDIMENTO MÉDICO – Colocação de CVC <sup>(3, 4)</sup>

Após identificação do local é feita a punção da veia através de uma agulha.

Confirma-se a colocação correta aspirando sangue pela seringa acoplada à agulha.

Retira-se a seringa e introduz-se o fio guia pela agulha até à veia. Retira-se a agulha deixando o fio guia.

Procede-se à dilatação, introduzindo o dilatador pelo fio guia, que depois é retirado.

Introduz-se através do fio guia o cateter venoso central

Retira-se o fio guia e, depois de confirmar o fluxo nos diferentes lúmens do cateter, fixa-se o cateter.

**Locais de punção:** jugular interna, subclávia e femoral (evitar)<sup>(2)</sup>

**Preparação da equipa:** higiene das mãos com SABA e utilização de luvas e bata estéreis, touca e máscara <sup>(2)</sup>

**Posicionamento do doente:**

Veia jugular interna - Posição de *Trendlenbourg* e rotação da cabeça para o lado oposto ao que se vai puncionar

Veia subclávia – Decúbito dorsal com colocação de rolo na região subescapular

Veia femoral – Decúbito dorsal<sup>(5)</sup>

**Preparação da pele:** antissepsia da pele com cloro-hexidina a 2% em álcool – fricção durante 30 segundos, deixar secar. Usar campo cirúrgico que cubra a totalidade da superfície corporal do doente. <sup>(2)</sup>

**Penso do cateter:** técnica asséptica na realização do penso. Mudar se penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após se penso com compressa ou 7 dias após se penso transparente. <sup>(2, 6)</sup>

**Flush do cateter:** a permeabilidade deve ser mantida através de *flush* com solução salina por ser mais segura e barata do que a heparina. <sup>(7)</sup>

*Flush* de 10mL para os cateteres venosos centrais

*Flush* de 20mL após infusão de produtos viscosos como componentes sanguíneos ou nutrição parentérica <sup>(8)</sup>

**Higiene do doente:** Higiene diária da pele com cloro-hexidina a 2% em álcool <sup>(2)</sup>

**Antibioterapia profilática:** Não é recomendada a administração de antibioterapia profilática com a utilização de um CVC. <sup>(2)</sup>

**Substituição dos cateteres:** Não substituir os cateteres por rotina, ou remover em caso de febre isolada. <sup>(2)</sup>

**Substituição dos sistemas:**

Soluções que não hemoderivados ou emulsões lipídicas: entre 96 horas e 7 dias

Hemoderivados ou emulsões lipídicas: 24 horas

Infusões de propofol: a cada 6 ou 12 horas <sup>(2)</sup>

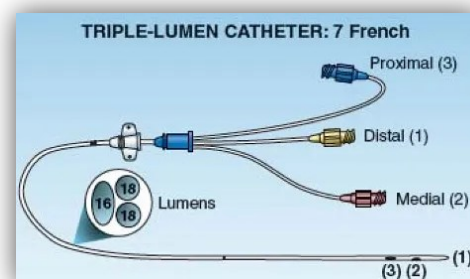
**Substituição de obturadores:** frequência superior a 72 horas. <sup>(2)</sup>

**Utilização dos diferentes lúmens:**

Lúmen proximal: colheitas de sangue; medicação e soluções electrolíticas

Lúmen médio: Nutrição parentérica; medicação e soluções electrolíticas

Lúmen distal: medicação vasoativa, sangue e hemoderivados, colóides e expansores do plasma, soluções electrolíticas e monitorização da pressão venosa central. <sup>(9)</sup>



### PROCEDIMENTO - Colheita de sangue através de CVC <sup>(1)</sup>

1. Após desinfeção da extremidade do cateter, conectar uma seringa de 10ml, com 5-10ml de NaCl 0,9% ao lúmen proximal do cateter e fazer um *flush*.
2. Acoplar a seringa ao cateter e aspirar 5-10ml de sangue. Rejeitar esse sangue.
3. Conectar outra seringa e aspirar a quantidade de sangue necessária para os tubos pretendidos.
4. Fazer novo *flush* ao cateter com NaCl 0,9% e conectar uma tampa estéril ao cateter

## **“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central<sup>(10)</sup>**

### Momento da colocação do cateter venoso central

- ✓ Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registrar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente
- ✓ Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros
- ✓ Realizar antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central
- ✓ Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente
- ✓ Não usar acesso femoral, sempre que possível
- ✓ Utilizar técnica asséptica na realização do penso

### Manutenção do cateter venoso central

- ✓ Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central
- ✓ Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central
- ✓ Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º antes de qualquer manuseamento local
- ✓ Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica

### **Referências Bibliográficas:**

1. Moureau NL. Drawing blood through a central venous catheter. *Nursing*2020. 2004;34(2):28.
2. Ball M, Singh A. Care Of A Central Line. *StatPearls* [Internet]. 2020.
3. Madeira S, Porto J, Henriques A, Nieves F, Pinto N, Henriques G. Manual de suporte avançado de vida. 2ª edição. 2011.
4. Rosenthal K. Drawing blood from a CVAD. *Nursing made Incredibly Easy*. 2007;5(5).
5. MARTINS JC. Cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central. *Rev Referência*. 2001;7:73-6.
6. Urzainqui-Laborda P. Venous catheters: problems and measures in nursing care. *Diálisis y Trasplante*. 2012;33(4):134-41.
7. Pérez-Granda MJ, Bouza E, Pinilla B, Cruces R, González A, Millán J, et al. Randomized clinical trial analyzing maintenance of peripheral venous catheters in an internal medicine unit: Heparin vs. saline. *PLoS One*. 2020;15(1):e0226251.
8. Goossens GA. Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:985686.
9. Mendes LR, Serviço E. O doente com cateter venoso central. *Nursing*(Edição portuguesa)[Internet]. 2007;223.
10. DGS. Norma 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central 2015.

## **Apêndice II – Guia de manipulação de Linha Arterial no Serviço de Urgência**



## LINHA ARTERIAL

**Indicações:** doentes críticos, doentes em tratamento com medicação vasoativa, doentes cirúrgicos com elevado risco de morbidade ou mortalidade, doentes com necessidade de colheitas de sangue arterial frequentes. <sup>(1-3)</sup>

**Contraindicações:** infeção no local de inserção, circulação ausente ou comprometida, insuficiência arterial periférica, doença arterial periférica. <sup>(3)</sup>

**Potenciais complicações:** trombose, insuficiência vascular, formação de fístula arteriovenosa, embolia, infeção, hematoma, vasospasmo. <sup>(1, 3)</sup>

### Material necessário: <sup>(1)</sup>

(1) Sistema de pressão	(1) NaCl 0,9% 1000mL
(1) Penso transparente	(1) Luvas estéreis
(1) Campo com óculo	(1) Campo cirúrgico
(1) Seringas 5cc	(1) Seringas 10cc
(2) Agulhas 25 G	(1) Seda 3/0
(1) Lidocaína 2% (20cc)	(1) Cateter arterial 20G
(2) Compressas (7,5x7,5)	(2) Agulhas 20 G
(1) Bisturi nº11 e nº24	(1) Bata estéril
(1) Bolsa pressurizada	

**Locais de punção:** artéria radial, preferível à braquial ou dorsal ou femoral. <sup>(3, 6)</sup>

**Preparação da equipa:** higiene das mãos com SABA e utilização de luvas estéreis <sup>(6)</sup>

**Preparação da pele:** preparação da pele com cloro-hexidina >0,5% com álcool. <sup>(6)</sup>

**Penso do cateter:** Os pensos das linhas arteriais devem ser substituídos a cada 7 dias, se transparentes ou 24 horas se penso com compressa. As mudanças de penso devem ser com técnica assética. <sup>(7)</sup>

**Posição do transdutor:** a posição do transdutor deve ser validada no início de cada turno e reajustada de cada vez que o doente é reposicionado. O transdutor deve ser posicionado ao nível da aurícula direita ou linha axilar medial. <sup>(3)</sup>

**Calibração:** o zerar do transdutor é conseguido através da abertura da torneira próxima do transdutor para o ar ambiente, pressionando de seguida o botão de “zerar” no monitor. <sup>(1)</sup>

O transdutor deve ser zerado após a inserção da linha arterial, no início de cada turno e quando o sistema transdutor é mudado. <sup>(7)</sup>

**Substituição dos cateteres:** apenas quando existir indicação clínica, não substituir por rotina. <sup>(6)</sup>

**Substituição dos componentes:** Substituir o transdutor a cada 96 horas, se descartável ou reutilizável. Substituir os restantes componentes do sistema aquando da troca do transdutor. <sup>(6)</sup>

### PROCEDIMENTO MÉDICO – Colocação de LA<sup>(1, 2)</sup>

Após identificação do local é feita a punção da veia através de uma agulha.

Confirma-se a colocação correta aspirando sangue pela seringa acoplada à agulha.

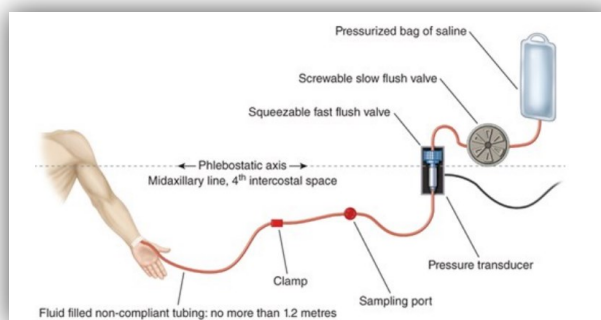
Retira-se a seringa e observa-se a saída de sangue pulsátil.

Estabiliza-se a agulha e introduz-se o fio guia pela agulha até à artéria.

Retira-se a agulha deixando o fio guia.

Introduz-se através do fio guia o cateter arterial.

Retira-se o fio guia e fixa-se o cateter, que deve ser conectado ao sistema transdutor.



### PROCEDIMENTO - Colheita de sangue através de LA<sup>(4, 5)</sup>

1. Após remoção da tampa, desinfetar o local com álcool e permitir que seque.
2. Conectar uma seringa de 2mL, girar a torneira de forma a ficar fechada para a infusão e aberta para a seringa e o cateter arterial.
3. Aspirar 2mL de sangue, lentamente e descartar.
4. Conectar a seringa apropriada tendo em conta a quantidade de sangue a colher e aspirar o necessário.
5. Girar a torneira de forma a ficar fechada para a linha e fazer um *flush* de forma a limpar o sangue.
6. Voltar a girar de forma a ficar fechada para a seringa e remover a seringa. Desinfetar novamente o local com álcool e tapar com tampa.

## Referências Bibliográficas

1. Weiner R, Ryan E, Yohannes-Tomicich J. Arterial Line Monitoring and Placement. In: Oropello JM, Pastores SM, Kvetan V, editors. *Critical Care*. New York, NY: McGraw-Hill Education.
2. Hignett R, Stephens R. Radial arterial lines. *British Journal of Hospital Medicine* (2005). 2006;67(Sup5):M86-M8.
3. Nguyen Y, Bora V. Arterial Pressure Monitoring. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing

Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.; 2021.

4. Organization WH. WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy: World Health Organization; 2010.
5. Crumlett H, Johnson A. Blood Sampling from an Arterial Catheter ano?
6. O'grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases*. 2011;52(9):e162-e93.
7. Morgan B. STANDARD OF CARE: ARTERIAL LINE MONITORING Critical Care Trauma Center2020 [updated 22/01/2021. Available from: <https://www.lhsc.on.ca/critical-care-trauma-centre/standard-of-care-arterial-line-monitoring#2>.

**Apêndice III - Procedimento: Prática Segura na Conservação, Preparação e Administração Terapêutica**



# Procedimento: Prática Segura na Conservação, Preparação e Administração Terapêutica

## 1. Objetivo

- a) Assegurar uma prática segura na conservação, preparação e administração de terapêutica no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente;
- b) Prevenir o risco de erro associado à conservação, preparação e administração de terapêutica;
- c) Prevenir o risco de infeção associado à preparação e administração de terapêutica.

## 2. Âmbito

- a) Aplica-se a todos os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.

## 3. Referências

- a) DGS (2015). Norma nº 014/2015, de 6 de agosto. Medicamentos de alerta máximo. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>
- b) DGS (2015). Norma n.º 020/2014 atualizada a 14/12/2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014.aspx>.
- c) DGS (2015). Orientação n.º 014/2015 de 17/12/2015. Processo de Gestão da Medicação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015.aspx>
- d) DGS (2016). Norma n.º 018/2016 de 30/12/2016. Reconciliação da Medicação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016.aspx>.

## 4. Definições

- a) Medicamentos LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*) são medicamentos com nome ortográfico e/ou fonética e/aspeto semelhantes que podem ser facilmente confundidos, originando a troca de medicamentos:
  - i. Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhantes – medicamentos *look-alike*;
  - ii. Medicamentos com nome foneticamente semelhante – medicamentos *sound-alike*.
- b) Medicamentos de alerta máximo ou alto risco são medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao utente em consequência de falhas no seu processo de utilização.
- c) Processo de gestão da medicação – processo que tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização.
- d) Reconciliação da medicação – processo de análise da medicação de um utente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.
- e) Segurança na medicação – atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

## 5. Abreviaturas

- a) LASA – Look-Alike, Sound-Alike
- a) SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

## Procedimento: Prática Segura na Conservação, Preparação e Administração Terapêutica

- a) SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

### 1. Descrição

#### 1.1. Armazenamento Seguro

- a) Padronizar o acesso aos medicamentos de alerta máximo;
- b) Sinalizar os medicamentos de alerta máximo, para que se destaquem dos restantes;
- c) Interditar a existência de medicamentos de alerta máximo nos *stocks* de apoio dos serviços clínicos, quando não sejam absolutamente necessários;
- d) Reduzir, ao mínimo possível, o número de apresentações e de dosagens/concentrações para cada substância ativa;
- e) Reduzir ao mínimo possível, os *stocks* de medicamentos disponíveis nos serviços clínicos, quer em quantidade, quer em variabilidade, salvaguardando o tempo adequado entre a prescrição de um medicamento e a sua administração.
- f) Verificar periodicamente se as condições de armazenamento asseguram a integridade do medicamento;
- g) Verificar a integridade do medicamento (embalagem, rotulagem, validade e outros requisitos de boas práticas).

#### 1.2. Preparação e Administração Segura

- a) Promover a verificação, antes da administração de qualquer medicamento, da identificação do doente, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e hora de administração.
- b) Reforçar para os medicamentos de alto risco, a dupla verificação:
  - i. identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da sua hora (5 certos);
  - ii. dos cálculos para as doses que requerem preparação;
  - iii. do rótulo com a prescrição ou com o registo para a administração.
- c) Definir procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão, limitando a gama de equipamentos disponíveis e verificando periodicamente o seu bom funcionamento;
- d) Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas, os registos de administração de medicamentos e as opções de programação das bombas de perfusão.
- e) Promover a indispensabilidade de ler atentamente o rótulo do medicamento que é acedido e antes da sua administração, em detrimento do reconhecimento visual da embalagem, do conhecimento da sua localização ou de outras rotinas;
- f) Normalizar os horários de administração dos medicamentos, sempre que aplicável;
- g) Confirmar existência de alergias;

#### 1.3. Ambiente Seguro

- a) Promover um ambiente de trabalho que permita o desenvolvimento adequado das atividades, nomeadamente no que respeita à iluminação, ruído, temperatura e *layout*;
- b) Estabelecer procedimentos que permitam reduzir ao mínimo as interrupções/distrações.
- c) Promover a notificação de incidentes relacionados com a medicação no sistema NOTIFICA, de acordo com a Norma da Direção-Geral da Saúde nº 15/2014, de 25 de setembro, “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA”.
- d) Promover a participação do doente no seu processo de cuidado, disponibilizando informação/formação adequada sobre a sua medicação.

Publicação

10/06/2022

Revisão

Página

2 de 4

## Procedimento: Prática Segura na Conservação, Preparação e Administração Terapêutica

- a) Ter conhecimento da localização da lista de medicamentos LASA e Alto Risco;
- b) A prescrição deve ser eletrônica exceto em situações de urgência, devendo posteriormente ser regularizada eletronicamente;

### 1.1. Medicação Oral

- a) Os copos com a medicação oral para administração, devem apresentar sempre a identificação do utente (preferencialmente autocolante zebrado) e número da cama.
- b) Os comprimidos só devem ser removidos da embalagem individual junto do utente, antes da administração.
- c) Os comprimidos que sobram (após serem fracionados) devem ser rejeitados.
- d) Os medicamentos com apresentação líquida (xaropes, soluções orais), devem ter sempre assinalada a data de abertura. Após abertura, deve ser tido em consideração o prazo de validade e o modo de conservação indicado pelo fabricante.

### 1.2. Medicação endovenosa

- a) Rotular medicamentos de alto risco com identificação do utente (preferencialmente autocolante zebrado), número de cama e etiqueta de identificação do fármaco preferencialmente ou manualmente, como alternativa.
- b) A medicação EV, depois de preparada deve apresentar sempre a identificação do utente (preferencialmente autocolante zebrado), número de cama e nome do fármaco.
- c) Medicamentos de alto risco, em perfusão contínua ou intermitente, devem ser administrados com recurso a bombas perfusoras garantindo rigor no ritmo de perfusão.
- c) Todas as soluções de perfusão devem ter identificação do utente (preferencialmente autocolante zebrado), etiqueta de identificação do fármaco (preferencialmente ou manualmente, como alternativa), concentração, data e hora de preparação.
- d) Atender a cuidados especiais na administração tais como: fotossensibilidade, estabilidade do produto após reconstituição e ritmo de perfusão;
- e) Verificar se as soluções para perfusão são límpidas/ transparentes e sem partículas em suspensão.
- f) Atender a alguns procedimentos a adotar sobre medicamentos de utilização múltipla no que diz respeito à estabilidade após abertura, conforme lista existente no serviço.
- g) Os frascos de soro ou ampolas que tenham sido abertos para diluições, devem ser rejeitados logo após o término do ato a que se destinaram.
- h) Reconhecer incompatibilidades medicamentosas;
- i) Verificar a condição do medicamento (integridade, conservação e validade);

## 2. Documentação associada

- a) Lista de Medicamentos LASA\_CHVNGE
- b) Lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos\_CHVNGE
- c) Medicamentos Potencialmente Perigosos\_SCG
- d) Tabela incompatibilidades\_CHVNGE

## 3. Responsabilidades

Publicação	Revisão	Página
10/06/2022		3 de 4

**Procedimento: Prática Segura na Conservação,  
Preparação e Administração Terapêutica**

<b>Versão</b>	<b>A</b>	<b>Data</b>	<b>Alterações</b>
<b>Elaboração</b>		30/09/2021	
<b>Validação</b>	N/A	N/A	Não aplicável na primeira versão.
<b>Aprovação</b>	Conselho de Administração	14/01/2021	

## **Apêndice IV** – Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos



# Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

## 1. Objetivos

- a) Esta instrução de trabalho visa definir o modo de preparação e identificação dos medicamentos para administração segura.

## 7. Âmbito

- b) Esta instrução de trabalho aplica-se aos Médicos e Enfermeiros do SMIP.

## 8. Descrição

- a) Pretende-se definir e uniformizar procedimentos aquando da preparação e identificação de medicamentos antes da administração, garantindo a segurança do cliente/doente e a eficácia da medicação.

### 3.1 Preparação de Medicamentos


#### Considerações Gerais

1. Consultar processo do cliente/doente e respetivas prescrições e observações;
2. Questionar o cliente/doente sobre reações medicamentosas, alergias já conhecidas e verificar sinalização na pulseira de identificação (presença de autocolante circular vermelho indicativo de alergia).
3. Garantir monitorização cardíaca/ ou outras medidas de vigilância hemodinâmica (quando aplicável, de acordo com a indicação médica).
4. Seleccionar e retirar do *stock*/unidose a terapêutica de acordo com a prescrição confirmando:
  - a. Nome, nº do processo e data de nascimento do cliente/doente (identificação inequívoca do doente)
  - b. Identificação do medicamento - nome por Denominação Comum Internacional (DCI), dose, via de administração
  - c. Localização do medicamento (primeiro na gaveta de dose unitária e, se não existir, no stock)
  - d. Integridade física da embalagem
  - e. Características físicas/químicas do medicamento (visíveis à observação direta do produto)
  - f. Validação prévia pela farmácia (verificando no processo clínico electrónico)
5. Higienizar a superfície de trabalho antes da preparação de qualquer medicamento de acordo com o procedimento estabelecido;
6. Higienizar as mãos, imediatamente antes da preparação de qualquer medicamento de acordo com o procedimento estabelecido;
7. Manter técnica asséptica durante toda a preparação de acordo com o procedimento estabelecido;
8. Preparar a terapêutica a administrar imediatamente antes da administração;
9. Cumprir o tempo, a diluição, as vias de administração, e/outras medidas de acordo com o medicamento em causa, a prescrição e as fontes bibliográficas recomendadas no hospital.
10. Antes da administração conferir e confirmar os 9 certos:
  - i. O medicamento certo;
  - ii. O doente certo;
  - iii. A dose/concentração é a certa;
  - iv. Via de administração certa;
  - v. Hora de administração certa;
  - vi. Tempo de administração certo;

## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

- vii. Prazo de validade certo;
  - viii. Informação certa ao cliente (conforme ponto 11. abaixo);
  - ix. Registo certo.
11. Informar o cliente/doente ou seu legal representante sobre a terapêutica que vai efetuar e informá-lo de potenciais sinais e sintomas compatíveis com a terapêutica efetuada.
  12. Manter monitorização cardíaca e/ou outras medidas de vigilância hemodinâmica, se necessário;
  13. Toda a terapêutica não administrada por alterações de terapêutica, alta clínica de um cliente/doente ou outro motivo, deve manter-se na gaveta de dose unitária e ser devolvida à farmácia, após justificação no sistema informático;
  14. Nunca devem ser deixados medicamentos no quarto do doente/cliente;
  15. Nunca retirar a identificação da gaveta da dose unitária;
  16. Nunca retirar medicação das gavetas da dose unitária para o stock do serviço;
  17. Toda a terapêutica incluindo alimentações entéricas, parentéricas e injectáveis de grande volume, que não foram administrados mas que foram distribuídos pela Farmácia em dose unitária, deverão ser devolvidos à farmácia no ato da substituição da cassete ou sempre que existirem alterações terapêuticas que levam à suspensão daquele (s) medicamento (s);
  18. Em situação de alta clínica de um cliente/doente e em que se regista a admissão de um outro, se necessária a gaveta de unidose, deve colocar-se a terapêutica remanescente em saco de plástico fechado e identificado com a etiqueta da gaveta da dose unitária e posteriormente enviar à farmácia.
  19. Todos os medicamentos retirados da sua embalagem original (ex: ampola, frasco) e preparados, que não sejam imediatamente administrados, assim como todos os medicamentos multidose e todos os medicamentos administrados em perfusão, devem ser identificados com etiqueta própria identificativa (etiqueta específica para Medicamento de Alerta Máximo ou etiqueta geral para os restantes fármacos - ver etiquetas abaixo).

DOENTE _____ <small>(nome completo)</small>	Nº PROCESSO _____
FÁRMACO(S) _____	
Sol. de Reconstituição _____	Sol. de Diluição _____
Concentração _____	Ritmo de Perfusão _____
Dose a administrar _____	Via _____
Data/Hora de Preparação _____	Validade _____
Preparado por <small>(nome/ nº mecanográfico)</small> _____	Conservação < 25° / 2-8° <small>(traçar o não aplicável e não preenchido)</small>

 **MEDICAMENTO DE ALERTA MÁXIMO**

DOENTE _____ <small>(nome completo)</small>	Nº PROCESSO _____
FÁRMACO(S) _____	
Sol. de Reconstituição _____	Sol. de Diluição _____
Concentração _____	Ritmo de Perfusão _____
Dose a administrar _____	Via _____
Data/Hora de Preparação _____	Validade _____
Preparado por <small>(nome/ nº mecanográfico)</small> _____	Conservação < 25° / 2-8° <small>(traçar o não aplicável e não preenchido)</small>

20. A etiqueta identificativa acima referida contém os seguintes elementos, para serem preenchidos sempre que aplicável:
  - a. Nome completo do doente/cliente (ou dois primeiros e dois últimos nomes)
  - b. Nº de processo do doente/cliente
  - c. Identificação do fármaco(s) (por DCI)
  - d. Solução de reconstituição

## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

- e. Solução de diluição
- f. Dose a administrar
- g. Via de administração
- h. Concentração final
- i. Ritmo de perfusão
- j. Data e hora de preparação
- k. Preparado por
- l. Validade
- m. Conservação: < 25°C ou 2-8°C

Em caso de falha de existência de etiquetas, deve ser feita a etiqueta manual contendo todos os elementos aplicáveis acima referidos, incluindo a menção MEDICAMENTO DE ALERTA MÁXIMO quando aplicável.

### 3.2 Considerações específicas de preparação por diferentes vias

Preparação de medicamentos por Via Oral (VO)

- Todos os medicamentos são mantidos dentro das embalagens em que se encontram, abrindo-as sem lhes tocar e imediatamente antes da sua administração;
- Sempre que por qualquer motivo o cliente/doente não possa efetuar a terapêutica no imediato, a mesma deve ser recolhida e guardada na respetiva gaveta de dose unitária ou saco ou box, até à hora de se proceder à administração;
- No caso de terapêutica oral multidoses (xaropes, gotas, etc.) que seja guardada para o mesmo cliente/doente, a mesma deverá conter a etiqueta identificativa referida no ponto 19., e registados os elementos aplicáveis:

#### ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Solução de reconstituição</b>	NA
<b>Solução de diluição</b>	NA
<b>Dose a administrar</b>	NA
<b>Via de administração</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Concentração final</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Ritmo de perfusão</b>	NA
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	✓
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

Preparação de medicamentos por Via Entérica

- As embalagens de nutrição entérica e quaisquer suplementos entéricos, devem ser identificados com etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos

## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

### Preparação de medicamentos Injetáveis

- Na preparação de Terapêutica Subcutânea e Terapêutica Intramuscular: trocar a agulha depois de aspirar de um frasco ou de uma ampola.
- Todos os medicamentos devem ser mantidos protegidos até à administração, utilizando uma agulha ou uma tampa de protecção “luer/lock”;
- Cumprir as orientações do GCL-PPCIRA sobre técnica asséptica na preparação de injectáveis (HCP.INF.1170);
- Os soros prescritos devem ser identificados com etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos (ver tabela abaixo);
- Toda a terapêutica injectável de perfusão ou que não seja administrada de imediato ou que seja preparada num local afastado do cliente/doente, deve ser rotulada com etiqueta identificativa com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos.
- Sempre que houver multiplicidade de terapêutica a administrar por via endovenosa para o mesmo horário deverá ser definida uma sequência de administração sendo cada medicamento preparado imediatamente antes da administração;
- Na alimentação parentérica o sistema de soro deverá ser selecionado de acordo com o tipo de nutrição. Preferencialmente deve colocar-se em curso em bomba infusora, ou um controlador de gotas;

#### ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	✓
<b>Solução de reconstituição</b>	se aplicável
<b>Solução de diluição</b>	se aplicável
<b>Dose a administrar</b>	✓
<b>Via de administração</b>	✓
<b>Concentração final</b>	✓
<b>Ritmo de perfusão</b>	se aplicável
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	✓
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

No caso específico de **medicamentos a administrar por via epidural**, deve ser utilizada uma seringa luer-lock e colado na seringa/sistema de administração um autocolante amarelo com a inscrição Epidural.



## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

### Preparação de medicamentos por Via Auricular

- Em caso de produto de frio, retirar o produto do frigorífico para permitir a sua instilação à temperatura ambiente;
- O medicamento deverá conter uma etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos, e que sejam aplicáveis nesta situação.

#### ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Solução de reconstituição</b>	NA
<b>Solução de diluição</b>	NA
<b>Dose a administrar</b>	se aplicável
<b>Via de administração</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Concentração final</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Ritmo de perfusão</b>	NA
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	✓
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

### Preparação de medicamentos por Via Nasal

- O medicamento deverá conter uma etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos, e que sejam aplicáveis nesta situação.

#### ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Solução de reconstituição</b>	NA
<b>Solução de diluição</b>	NA
<b>Dose a administrar</b>	se aplicável
<b>Via de administração</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Concentração final</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Ritmo de perfusão</b>	NA
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	✓
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

### Preparação de medicamentos por Via Ocular

- O medicamento deverá conter uma etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos, e que sejam aplicáveis nesta situação.

**Instrução de Trabalho: Preparação e Administração  
Segura de Medicamentos**

**ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA**

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Solução de reconstituição</b>	NA
<b>Solução de diluição</b>	NA
<b>Dose a administrar</b>	se aplicável
<b>Via de administração</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Concentração final</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Ritmo de perfusão</b>	NA
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

Preparação de medicamentos por Via Vaginal

- O medicamento deverá conter uma etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos, e que sejam aplicáveis nesta situação.

**ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA**

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Solução de reconstituição</b>	se aplicável
<b>Solução de diluição</b>	NA
<b>Dose a administrar</b>	se aplicável
<b>Via de administração</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Concentração final</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Ritmo de perfusão</b>	NA
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	✓
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

Preparação de medicamentos por Via Rectal

- O medicamento deverá conter uma etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos, e que sejam aplicáveis nesta situação.

## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

### ELEMENTOS A PREENCHER - ETIQUETA

<b>Nome completo (ou dois primeiros e dois últimos nomes)</b>	✓
<b>Nº de processo</b>	✓
<b>Identificação do fármaco(s) (por DCI)</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Solução de reconstituição</b>	NA
<b>Solução de diluição</b>	NA
<b>Dose a administrar</b>	se aplicável
<b>Via de administração</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Concentração final</b>	preencher apenas se ilegível no frasco original
<b>Ritmo de perfusão</b>	NA
<b>Data e hora de preparação</b>	✓
<b>Preparado por</b>	✓
<b>Validade</b>	✓
<b>Conservação: &lt; 25°C ou 2-8°C</b>	✓

### 3.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Toda a terapêutica administrada deve ser registada no processo clínico electrónico pelo enfermeiro no final da administração;
- Registar o motivo da não administração, sempre que esta situação ocorra;
- Registar o motivo de administração de uma terapêutica fora do horário prescrito;
- Garantir sempre os 9 certos;
- Cumprir as PBCI (Precauções Básicas de Controlo de Infecção) na administração de medicamentos, conforme orientação do GCL-PPCIRA.

### Considerações gerais por via de administração ou uso

#### Terapêutica Injetável

- Antes da administração de qualquer medicamento injetável deve ser avaliada a permeabilidade do acesso;
- Sempre que o cliente/doente tenha acesso venoso conseguido através de um dispositivo médico (ex. válvula bidireccional), o mesmo deve ser desinfectado de acordo com as orientações do GCL-PPCIRA antes de qualquer administração;
- Se existir administração de medicamentos em Y, é imprescindível a identificação dos medicamentos a administrar e avaliar a sua compatibilidade. No caso de existirem dúvidas, deverão ser contactados os Serviços Farmacêuticos;
- Recomenda-se, sempre que possível, o uso de bombas/seringas de infusão electrónicas para a administração de todos os fármacos em perfusão.
- Se Terapêutica Subcutânea: alternar os locais de administração; no caso de utilização da parede abdominal, administrar a uma distância de 5cm do umbigo devido à vascularização da zona; deve ser feita compressão sem massagem da zona para não aumentar a velocidade de absorção;
- Se Terapêutica Intramuscular: alternar locais de administração.
- Se Terapêutica Epidural: reforçar a verificação se o medicamento pode ser administrado por esta via.

## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

### Terapêutica Cutânea

- Via transdérmica:
  - Deve ser identificada com data e hora da colocação;
  - Deverá ser alternado o local de colocação.
- Via tópica:
  - Aplicar os cremes, pomadas e líquidos em camada fina para favorecer a absorção;
  - Não aplicar o medicamento diretamente do recipiente na pele.
- Se o creme, pomada ou líquido for guardado para o mesmo cliente/doente, então deverá ser colocada uma etiqueta com os mesmos elementos identificativos anteriormente referidos, e que sejam aplicáveis nesta situação.

### Terapêutica oral

- Se medicamentos gastrorresistentes, de libertação prolongada ou modificada ou cápsulas, não triturar ou dividir o medicamento;
- Se suspensão oral, garantir uma homogeneização prévia agitando, antes de administrar;

### Terapêutica Ocular

- Aplicar os diferentes medicamentos com intervalo mínimo de 5 minutos;
- Quando o medicamento for de conservação entre 2-8°C, deverá ser retirado do frigorífico previamente para ser administrado à temperatura ambiente;
- Evitar pressão direta no globo ocular;

### Terapêutica Inalatória

- Atender sempre às instruções específicas do dispositivo de inalação;

### Terapêutica Nasal

- Instilar soluções à temperatura ambiente;
- Instilar medicamento na direcção do septo nasal;

### Terapêutica Auricular

- Instilar as soluções à temperatura ambiente;
- Administrar o medicamento com intervalo de tempo de cerca de 3 minutos entre cada ouvido, quando a aplicação for bilateral;

### Terapêutica Vaginal

- Garantir a permanência do cliente/doente no leito para facilitar a absorção do medicamento;

### Terapêutica Retal

- Aplicar clister de limpeza se a existência de fezes comprometer a eficácia da absorção do medicamento;

### Terapêutica intra-tecal

- Reforçar a verificação se o medicamento pode ser administrado por esta via;
- Colocar o medicamento à temperatura ambiente antes de administrar;
- Garantir o repouso do doente/cliente após administração do medicamento durante 2 horas, para vigilância.

Todos os eventos adversos e/ou problemas relacionados com a administração de medicamentos devem ser registado em processo clínico, ser alvo de reporte na plataforma HER+ e devem ser informados os Serviços Farmacêuticos da Unidade.

## Instrução de Trabalho: Preparação e Administração Segura de Medicamentos

### 9. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração		13/10/2021	
Validação	N/A	N/A	Não aplicável na primeira versão.
Aprovação	Conselho de Administração		



## **Apêndice V – Instrução de Trabalho: Pulseira Identificativa do Utente**



## 1. Objetivos

- b) Validar a identificação do utente;
- c) Garantir a possibilidade de identificação do utente minimizando o risco de troca de identidade no decurso da atividade assistencial.

## 10. Âmbito

- d) Aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente


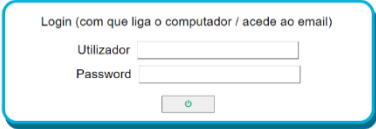

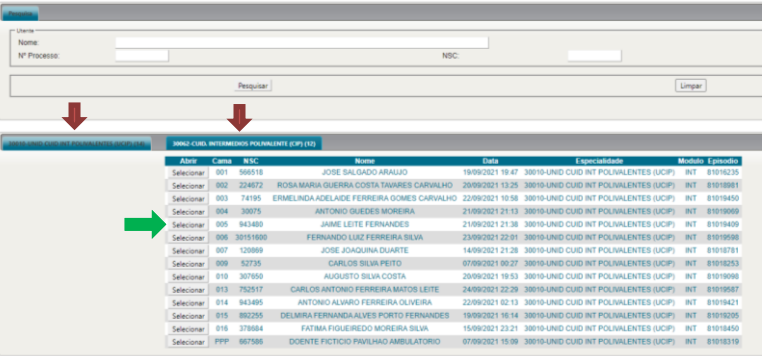
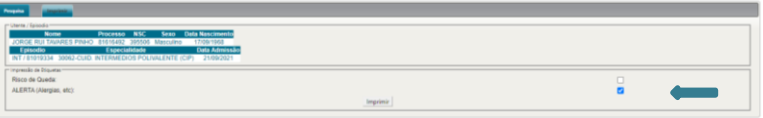

## 11. Descrição

- a) Todos os doentes admitidos no serviço devem possuir pulseira identificativa.
- b) É da responsabilidade do enfermeiro responsável pela prestação de cuidados do utente verificar a existência de pulseira identificativa, proceder à sua impressão e colocação da mesma, na admissão, ou substituí-la quando deteriorada ou ilegível.
- c) Se o doente recusar o uso da pulseira deve ser informado dos riscos e o enfermeiro deve deixar escrito no processo clínico.
- d) Para a impressão da pulseira aceder à aplicação *Info* (no ambiente de trabalho do computador) → iniciar sessão com o acesso que utiliza para iniciar sessão no computador → aceder a menu → Pulseiras utente → Serviço → selecionar utente → assinalar antes da impressão da pulseira se o doente tem alergia → dar ordem para imprimir.
- e) Realizar confirmação positiva confrontando dados inscritos na pulseira, com os dados do processo e os dados fornecidos pelo utente, para a colocação da pulseira identificativa.
- f) A pulseira de identificação deve ser colocada preferencialmente no pulso dominante, com alguma folga, sem permitir sair.
- g) Nos utentes que referem possuir algum tipo de alergia, coloque fecho vermelho.
- h) A colocação da pulseira identificativa deve ser registada no B-ICU, no plano de trabalho.
- i) Em todos os turnos deve ser verificada a presença e o ajuste da pulseira.
- j) Qualquer profissional de saúde, que detete a ausência de pulseira identificativa num utente, deve comunicar ao enfermeiro responsável.

## 12. Documentação associada

- a) DGS (2011). Orientação DGS nº018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Acedido em setembro 2021, Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

## Instrução de Trabalho: Pulseira Identificativa do Utente

1. Aceder ao Portal Info, no ambiente de trabalho.	
2. Autenticar-se com as credenciais de acesso com que inicia a sessão no computador.	
3. Aceder a "Pulseiras Utente"	
4. Selecionar o <b>serviço</b> e o <b>utente</b> .	
5. Selecionar " <b>ALERTA</b> ", se alergias.	
6. Clicar em "Imprimir"	

### 13. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração		28/09/2021	Não aplicável na primeira versão.
Validação	N/A	N/A	
Aprovação	Conselho de Administração		

**Apêndice VI – Instrução de Trabalho: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde**



## Instrução de Trabalho Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

### 1. Objetivos

- a) **Reduzir os riscos de falhas na transferência da informação do doente;**
- b) Definir estratégias que garantam a correta comunicação de transição de cuidados entre os enfermeiros do SMIP;
- c) Garantir a eficácia da comunicação na transição de cuidados entre os profissionais de saúde.

### 2. Âmbito

- a) Aplica-se a todos os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.

### 3. Descrição

A passagem de turno deve ser realizada em dois momentos:

No 1º momento deve-se seguir os seguintes pressupostos:

- a) O local deve ser reservado, sem ruído e sem a presença do doente/família e/ou pessoas estranhas ao serviço – Sala de Reuniões do Serviço.
- b) O tempo de duração deve ser 20 minutos.  
O elemento coordenador da equipa deve fazer uma síntese do plano de cuidados de todos os doentes do serviço à equipa que está a iniciar o turno de trabalho. Durante este tempo, a equipa que esteve a assegurar o turno mantém-se no processo assistencial, junto dos doentes.

Utiliza a metodologia **ISBAR**

#### I – Identificação

- i. Identificação do doente (Nome completo e data de nascimento);
- ii. Identificação da localização do doente.

#### S – Diagnóstico de Situação

- i. Descrição sucinta do diagnóstico (motivo de internamento);
- ii. Estável/Instável.

#### B – Antecedentes/ Anamnese

- i. Antecedentes relevantes que condicionam o estado atual do doente.

#### A – Avaliação

- i. Preocupações ou suspeitas clínicas;
- ii. Plano terapêutico.

#### R – Recomendações

- i. Situações pendentes de confirmação;
- ii. Plano previsto.

O 2º momento deve ter uma duração de aproximadamente 10 minutos. O enfermeiro deve dirigir-se às unidades dos seus doentes dos quais está responsável e receber do enfermeiro do turno anterior a informação relativa ao plano de cuidados de enfermagem dos doentes.

## Instrução de Trabalho Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

A comunicação de transição deve utilizar a metodologia **ISBAR**:

### I – Identificação

- i. Identificação do doente (Nome completo e data de nascimento);
- ii. Identificação da localização do doente;
- iii. Identificação do acompanhante.

### S – Diagnóstico de Situação Atual

- i. Data e hora de admissão;
- ii. Motivo de internamento/ admissão;
- iii. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar.

### B – Antecedentes/ Anamnese

- i. Antecedentes relevantes que condicionam o estado atual do doente;
- ii. Diretivas antecipadas da vontade
- iii. Alergias e/ou alertas
- iv. Hábitos relevantes
- v. Técnicas invasivas realizadas
- vi. Presença/risco de colonização/ infeção associada aos cuidados de saúde e medidas implementadas;
- vii. Identificação da capacitação do acompanhante.

### A – Avaliação

- i. Observações e avaliações do estado do doente;
- ii. Preocupações;
- iii. Diagnósticos de enfermagem ativos;
- iv. Plano de cuidados de enfermagem;
- v. Ensinos realizados ao doente/cuidador principal.

### R – Recomendações

- i. Procedimentos e/ou exames pendentes de realização;
- ii. Plano previsto;
- iii. Identificação de necessidades do cuidador principal.

## 4. Documentação associada

- c) Despacho n.º 1400-a/2015 n.º 28 de 10 de Fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série. Ministério da Saúde.
- d) Direção Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 08 de Fevereiro. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde (08/02/2017), 1-8.

## 5. Responsabilidades

Publicação	Revisão	Página
24/09/2021		2 de 3

**Instrução de Trabalho Comunicação Eficaz na Transição  
de Cuidados de Saúde**

<b>Versão</b>	<b>A</b>	<b>Data</b>	<b>Alterações</b>
<b>Elaboração</b>		24/09/2021	
<b>Validação</b>	N/A	N/A	Não aplicável na primeira versão.
<b>Aprovação</b>	Conselho de Administração		



## **Apêndice VII – Instrução de Trabalho: Registo de Incidentes**



# Instrução de Trabalho: Registo de Incidentes

## 1. Objetivos

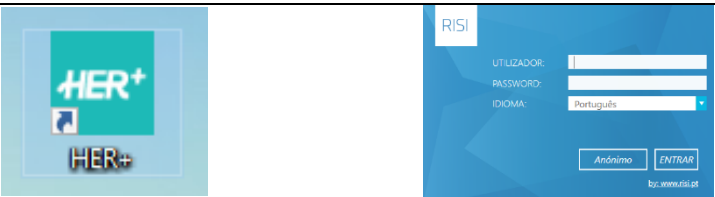

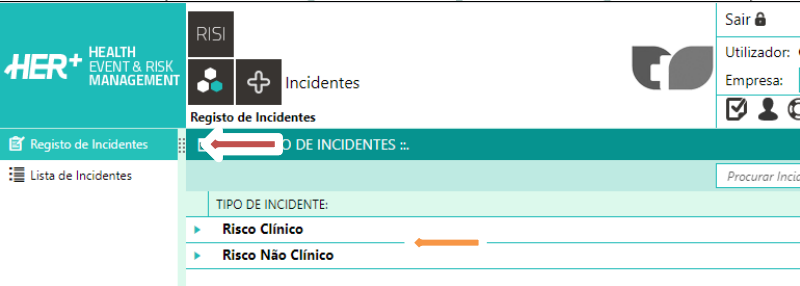
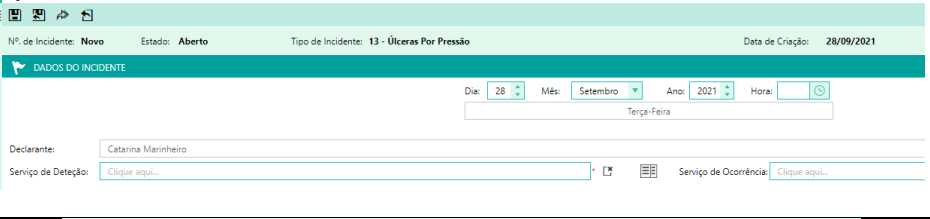
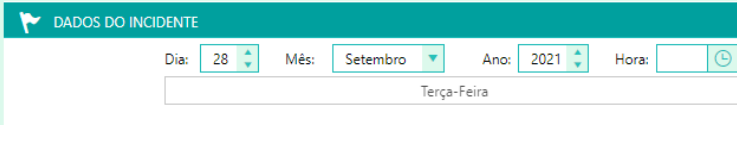
- Desenvolver e implementar uma cultura de segurança do doente, com recurso a uma abordagem sistémica;
- Implementar um sistema de notificação para identificação de riscos e de ações que visam diminuir/eliminar as causas;
- Definir o processo de comunicação e notificação de eventos quase-incidente e eventos adversos.

## 2. Âmbito

- Aplica-se a todos os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.

## 3. Descrição





- A aplicação funciona em ambiente WEB, sendo que os utilizadores acedem à aplicação através de um *browser*.

<p>1. Aceder ao sistema de notificação “HER+”, disponível no ambiente de trabalho. Aceder à plataforma, introduzindo as credenciais de acesso institucionais e clicar em “ENTRAR”.</p>	
<p>2. Selecionar o módulo “Incidentes”, se tiver acesso a mais do que um módulo.</p>	
<p>3. Iniciar o registo de incidente selecionando “Registo de Incidentes” no menu do canto superior esquerdo. 3.1 - Selecionar a tipologia de incidente que se pretende relatar</p>	
<p>4. É possível fazer a seleção do tipo de incidente recorrendo à caixa de texto, pesquisando por palavras-chave.</p>	
<p><b>Dados do Incidente</b></p>	
<p>5. Preencher os dados do formulário de registo. Todos os campos assinalados com asterisco são de preenchimento obrigatório.</p>	
<p>6. Preencher a data de ocorrência. (Se a data de registo na aplicação for diferente da data de ocorrência, registar data de ocorrência)</p>	

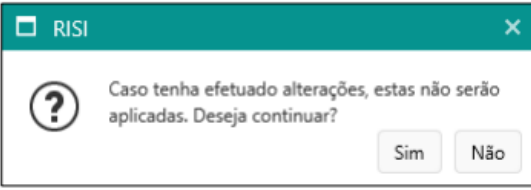
## Instrução de Trabalho: Registo de Incidentes

<p>7. Preencher o “<b>Serviço de Detecção</b>” com o local onde foi detetada a ocorrência. Selecionar a Unidade e serviço e clicar em “<b>Confirmar</b>”</p>	<p>Serviço de Detecção: <input type="text" value="Clique aqui..."/> * </p> <p style="text-align: center;"><b>Clique aqui...</b></p>	
<p>8. Preencher o “<b>Serviço de Ocorrência</b>” com o local onde se deu a ocorrência. Selecionar a Unidade e serviço e clicar em “<b>Confirmar</b>”</p>	<p>Serviço de Ocorrência: <input type="text" value="Clique aqui..."/> * </p> <p style="text-align: center;"><b>Clique aqui...</b></p>	
<p>9. Preencher o “<b>Serviço de Ocorrência</b>” com o local onde se deu a ocorrência. Selecionar a Unidade e serviço e clicar em “<b>Confirmar</b>” Selecionar a opção “<b>Outro</b>”, caso não exista na estrutura o local desejado e especificar o local na caixa de texto.</p>		
<p>10. Caso o serviço de deteção seja o mesmo que o da ocorrência, definir o “Serviço de Detecção” e clicar no botão de cópia</p>	<p style="text-align: center;"><b>Copiar Serviço de Detecção para Serviço de Ocorrência.</b></p>	
<b>Inserção de Lesados</b>		
<p>11. Inserir o módulo e o nº de episódio do utente e clicar no botão “<b>Inserir</b>” <b>11.1</b> Caso o lesado seja um profissional, clicar no botão “<b>Procurar</b>” e fazer a pesquisa.</p>		
<p>12. Preencher os campos e clicar na lupa, até que a aplicação devolva apenas o nome de um profissional e clicar em “<b>OK</b>” 13. Para inserir mais do que um lesado, realizar novamente os passos anteriores.</p>		
<b>Edição de Lesados</b>		
<p>14. Para editar os dados de um lesado inserido, selecionar o registo e clicar em “<b>Editar</b>”</p>		
<b>Eliminação de Lesados</b>		

## Instrução de Trabalho: Registo de Incidentes

<p>15. Para eliminar um lesado inserido, seleccionar o registo e clicar em “Anular”</p>	
<p><b>Descrição da Ocorrência</b></p>	
<p>16. Preencher os campos relativos à descrição do ocorrido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Categoria Profissional do Declarante</li> <li>- Local da Ocorrência</li> <li>- Descrição dos Factos (descrever o que aconteceu, como e porquê)</li> <li>- Fase do Processo</li> <li>- Houve dano?</li> <li>- Nível de gravidade</li> <li>- Probabilidade do incidente ocorrer novamente</li> <li>- Fatores Atenuantes do Dano</li> <li>- Nível de probabilidade</li> <li>- Tipificação de Ações de Correção Imediatas</li> <li>- Fatores contribuintes</li> <li>- Ações de melhoria imediatas</li> <li>- Ações de melhoria preventivas</li> <li>- Evidências (Fotos, Documentos)</li> </ul>
<p><b>Envio da Ocorrência</b></p>	
<p>17. Clicar em “Gravar” para gravar o registo, permanecendo o formulário para prosseguir com o preenchimento.</p>	
<p>18. Clicar em “Gravar e Sair” para gravar o registo e sair do formulário para a lista de incidentes.</p>	
<p><i>“Gravar” e “Gravar e Sair” permite que a notificação fique gravada, mas não é enviada para análise. Estas opções apenas estão disponíveis para utilizadores que se identifiquem no sistema.</i></p>	
<p>19. Clicar em “Enviar” para enviar o registo para análise por parte dos elementos que compõe o grupo de análise, sem permitir edição posterior.</p>	

## Instrução de Trabalho: Registo de Incidentes

20. Ao selecionar o botão "Voltar", surge a seguinte mensagem:	
21. Ao selecionar a opção "Sim", o formulário é perdido, pois <u>não é gravado, nem enviado</u> .	

### 4. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração		28/09/2021	
Validação	N/A	N/A	Não aplicável na primeira versão.
Aprovação	Conselho de Administração		

**Apêndice VIII** – Aplicação da Nursing Activities Score na UCI-CT em  
tabela

		Utentes													
		M, 49A, RM (x2), 1ºPO	M, 53A, Plastia Mitral, 1ºPO	F, 77A, SVAo, 3ºPO	M, 81A, SVAo, 1ºPO	M, 76A, SVAo + RM (x2), 3ºPO	F, 62A, RM (x2), 1ºPO	M, 76A, SVAo + RM (x2), 4ºPO	F, 67A, Pericardiectomia, 1ºPO	M, 69A, RM (x2), 1ºPO	M, 57A, SAoA p/ conduto, 1ºPO	M, 67A, Florida Sleeve, 1ºPO	M, 72A, SPA + SPM (x2), 1ºPO	M, 53A, RM (x2), 1ºPO	
Atividades da Nursing Activities Score (1)	1	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	
	2	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	
	3	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	
	4	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	
	5	1,8	1,8		1,8				1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	
	6	5,5	5,5	5,5	5,5	12,4	5,5	12,4	5,5	5,5	5,5	5,5	12,4	5,5	
	7	4,0		4,0	4,0		4,0		4,0		4,0	4,0		4,0	
	8	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	
	9	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4		1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	
	10		1,8			1,8	1,8	1,8				1,8	1,8		
	11					4,4		4,4				4,4			
	12	1,2		1,2			1,2				1,2	1,2	1,2		
	13														
	14														
	15														
	16														
	17	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	
	18														
	19														
	20														
	21					1,3		1,3							
	22												2,8		
	23						1,9	1,9							
Score total		43,6	40,2	41,8	42,4	51,0	44,1	52,9	42,4	38,4	43,6	49,8	51,1	42,4	

(1) Correspondência da numeração da tabela às atividades da NAS

1. Controle e monitorização
2. Colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia
3. Medicação, com exceção de fármacos vasoativos
4. Procedimentos de higiene
5. Cuidados prestados a drenos (todos, exceto sonda gástrica)
6. Mobilização e posicionamentos, incluindo procedimentos tais como: alternância de decúbitos, mobilização do doente, levantar para o cadeirão, mobilização do doente em equipa
7. Apoio e cuidados aos familiares e doentes, incluindo procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas, aconselhamento
8. Atividades administrativas e de gestão
9. Suporte ventilatório: qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva (PEEP), com ou sem a utilização de relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem PEEP, com ou sem tubo endotraqueal e oxigenioterapia por qualquer método
10. Cuidados a vias aéreas artificiais: tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia
11. Técnicas para melhorar a função pulmonar: cinesiterapia respiratória, espirometria, aerossolterapia, aspiração endotraqueal
12. Terapêutica vasoativa, independentemente do tipo ou dose
13. Reposição endovenosa de grande perda de fluidos. Administração de fluidos superior a 3L/m<sup>2</sup>/dia, independentemente do tipo de fluido administrado
14. Monitorização da pressão na aurícula esquerda: cateter da artéria pulmonar, com ou sem avaliação do débito cardíaco
15. Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluindo murro precordial)
16. Técnicas de hemofiltração, técnicas dialíticas
17. Avaliação do débito urinário
18. Avaliação da pressão intracraniana
19. Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada
20. Nutrição parentérica
21. Nutrição entérica por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal
22. Intervenções específicas na unidade de cuidados intensivos: entubação endotraqueal, colocação de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica.
23. Intervenções específicas realizadas fora da unidade de cuidados intensivos: procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico.

**Apêndice IX** – Overview sobre a Carga de Trabalho dos Enfermeiros numa UCI Monovalente – Poster- apresentação à equipa



# OVERVIEW SOBRE A CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NUMA UCI MONOVALENTE

## Introdução

A avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros tem sido, cada vez mais, usada como método de gestão de recursos a nível hospitalar. A carga de trabalho consiste no esforço físico, cognitivo e o tempo necessários para prestar cuidados diretos e indiretos aos doentes e cuidados não relacionados com o doente. Este fenómeno é influenciado pelos doentes, unidades, características organizacionais e enfermeiros, podendo aumentar ou diminuir significativamente o tempo e esforço necessários para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e melhorar os seus resultados.

O aumento da carga de trabalho tem-se revelado um fator de risco para um maior predomínio de eventos adversos, para o desenvolvimento de infecção, úlceras por pressão, erros de medicação e, consequentemente, na mortalidade dos doentes.

## Objetivo

Refletir sobre a carga de trabalho dos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica, através do instrumento de avaliação Nursing Activities Score (NAS).

## Método

Ao longo de um mês foi avaliada a carga de trabalho de doentes internados na UCI de Cardiotorácica, com recurso à NAS. A escala foi aplicada aos doentes que permaneciam na UCI há mais de 24 horas.

## Resultados

Os resultados da aplicação da NAS na UCI apresentam-se no Quadro 1. O Score equivale à percentagem de tempo/dia que o enfermeiro dedica ao cuidado de determinado doente. A apresentação em horas corresponde ao valor do score da NAS x 14,4 minutos de cuidados /dia.

Sexo/Idade/Procedimento cirúrgico/Dia PO	NAS	H/dia
M, 49A, RM (x2), 1ºPO	43,6	10,5
M, 53A, Plastia Mitral, 1ºPO	40,2	9,6
F, 77A, SVAo, 3ºPO	41,8	10,0
M, 81A, SVAo, 1ºPO	42,4	10,2
M, 76A, SVAo + RM (x2), 39ºPO	51,0	12,2
F, 62A, RM (x2), 1ºPO	44,1	10,6
M, 76A, SVAo + RM (x2), 43ºPO	52,9	12,7
F, 67A, Pericardiectomia, 1ºPO	42,4	10,2
M, 69A, RM (x2), 1ºPO	38,4	9,2
M, 57A, SAoA p/ conduto, 1ºPO	43,6	10,5
M, 67A, Florida Sleeve, 1ºPO	49,8	12,0
M, 72A, SPA + SPM (x2), 1ºPO	51,1	12,3
M, 53A, RM (x2), 1ºPO	42,4	10,2

O Score médio da NAS das avaliações feitas foi de 44,9, correspondente a uma média de 10,8 horas de cuidados/dia a cada doente internado.

## Discussão

A recolha de dados decorreu durante um curto período de tempo, limitando o número de recolhas. No entanto permite uma breve reflexão acerca da carga de trabalho dos enfermeiros neste contexto tão específico, em cada um dos doentes.

Os valores obtidos vão de encontro ao descrito em artigos com realidades semelhantes à portuguesa. Pela rápida visualização dos resultados,

vemos que em média apenas um doente ocupa cerca de 45% dos tempos dos enfermeiros em determinado turno, podendo facilmente ultrapassar os 50%. Desta forma, podemos concluir que o número de doentes aos quais um enfermeiro presta cuidados (1:2) não pode aumentar.

### **Conclusão**

A literatura expressa poucos resultados relativos a UCI Monovalentes. Esta reflexão evidencia a necessidade de avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros neste contexto, justificando as necessidades de recursos humanos e contribuindo para a constante melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, seria relevante realizar uma recolha de dados com mais observações e com outras variáveis que também possam influenciar a carga de trabalho.

### **Referências Bibliográficas**

Chang LY, Yu HH, Chao YC. The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *J Nurs Res.* 2019;27(1):1-9.

Fasoi G, Patsiou EC, Stavropoulou A, Kaba E, Papageorgiou D, Toylia G, et al. Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units (ICU) Using the Nursing Activities Score (NAS) Scale. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;18(1).

Macedo, A. P. M. d. C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista brasileira de enfermagem*, 69, 881-887.

Padilha, K. G., Stafseth, S., Solms, D., Hoogendoorn, M., Monge, F. J., Gomaa, O. H., . . . Miranda Ddos, R. (2015). Nursing Activities Score: an updated guideline for its application in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*, 49 Spec No, 131-137. doi:10.1590/s0080-623420150000700019

Penedo J, Ribeiro A, Lopes H, Pimentel J, Pedrosa J, Sá R, et al. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Relatório Final Disponível em: [http://www.acss.minsaude.pt/publicacoes/Cuidados\\_Intensivos/Relat%20B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Nacional%20das%20UCI.2013;202013](http://www.acss.minsaude.pt/publicacoes/Cuidados_Intensivos/Relat%20B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Nacional%20das%20UCI.2013;202013).



**Apêndice X** – Impresso para submissão do projeto de investigação à comissão de ética



**IMPRESSO para SUBMISSÃO de PROJETO de INVESTIGAÇÃO à  
COMISSÃO de ÉTICA do [REDACTED]**

Os documentos devem ser submetidos à CES com uma antecedência mínima de 2 meses, para garantir uma apreciação atempada do documento.

**1. Identificação da investigação/trabalho**

**a) Nome do investigador principal:**

[REDACTED]

**b) Contactos:**

Telemóvel: 967100182

Endereço eletrónico: [REDACTED]

**c) Nome do orientador (se aplicável):**

[REDACTED]

**d) Título da investigação/trabalho**

Adaptação Cultural e Validação do Modelo *Nursing Operation Workload* para a População Portuguesa

**e) Âmbito do trabalho**

ACADÉMICO

PROFISSIONAL

**e) Serviço(s) onde será realizada a investigação/trabalho**

Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (██████████)

**f) Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?**

SIM  NÃO

**g) Tempo previsto para o decurso da investigação/trabalho**

Investigação com tempo previsto de 6 meses.

**h) Objetivos da investigação/trabalho**

Adaptar e validar o modelo *Nursing Operation Workload* para a população portuguesa.

**i) População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)**

Enfermeiros do SMIP, escolhidos aleatoriamente, com doentes que seja expectável que permaneçam durante todo o turno.

**j) Tipo de amostragem**

Amostragem aleatória

**k) Variáveis consideradas (se aplicável)**

Variáveis independentes: sociodemográficas (género e idade) e clínicas (tipo de admissão, IMC, score de APACHE III, tipo de turno, tempo de internamento e comorbilidades.

Variável dependente: carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, avaliada através da tradução do modelo NOW.

**l) Método de colheita de dados (questionário, entrevistas ...)**

Questionário sociodemográfico e clínico; tradução portuguesa do modelo *Nursing Operation Workload*.

**m) Quem colhe os dados?**

Equipa de investigação do SMIP.

## 2. Riscos/Benefícios

a) A investigação/trabalho envolve:

Doentes X      Acompanhantes/família       Profissionais X  
Outros       Quais? \_\_\_\_\_

b) Que benefícios poderão advir para os participantes?

Os participantes poderão vir a ter disponível um modelo mais eficaz na avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, para melhor gestão de recursos.

c) Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?

A presente investigação não apresenta qualquer risco ou incómodo para os participantes.

## 3. Confidencialidade e anonimato

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?

SIM X      NÃO

## 4. Consentimento

a) Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?

SIM X      NÃO       NÃO Aplicável

b) Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objetivos, riscos e benefícios decorrentes desta investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?

SIM X      NÃO       NÃO Aplicável

c) A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício da autonomia (menores ou pessoas com incapacidade provisória ou permanente para decidir)?

NÃO  SIM

d) Se SIM, que razões justificam esse envolvimento?

e) Como pretende obter o consentimento?

O consentimento será obtido através da assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, que segue em anexo.

## 5. Propriedade dos dados

a) A investigação/trabalho exige a constituição de uma base de dados?

NÃO  SIM

Se SIM, como é efetuado o acesso aos dados e garantida a sua anonimização? \_\_\_\_\_

O acesso aos dados é exclusivo dos investigadores. Os enfermeiros observados e os doentes alvo dos cuidados serão anonimizados por não serem registados dados que permitam a sua identificação.

b) Qual o prazo de conservação dos dados ou, caso não seja possível referi-lo neste momento, quais os critérios usados para definir esse prazo?

Os dados serão mantidos até o término da sua análise e conclusão da investigação. Posteriormente, serão eliminados.

c) Quem é responsável pela base de dados e como é controlado o acesso?

Apenas os investigadores terão acesso à base de dados. O acesso será controlado através da atribuição de *password* de entrada no documento.

d) Está prevista a transferência de dados pessoais para países terceiros ou organizações internacionais?

NÃO  SIM



Se SIM, como está garantido o nível de proteção de dados das pessoas singulares de acordo com a legislação em vigor?

e) Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?

SIM  NÃO

## 6. Aspetos financeiros

a) A investigação/ trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?

NÃO  NÃO Aplicável

SIM  Quem suportará os custos? \_\_\_\_\_

---

---

---

b) A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?

NÃO  NÃO Aplicável

SIM  Quem suportará os custos? \_\_\_\_\_

---

---

---

c) Esta investigação/trabalho é financiado?

NÃO  NÃO Aplicável

SIM  Por quem? \_\_\_\_\_

---

---

---

## 7. Conflito de interesses

SIM  NÃO

## 8. Termo de Responsabilidade

Eu, [REDACTED], na qualidade de Investigador Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_\_

O investigador principal/autor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quando aplicável é obrigatório anexar:**

- Exemplar do Consentimento Informado
- Exemplar do (s) instrumento (s) de colheita de dados.

**Apresentar o relatório final do estudo à CES, devendo ser enviado por email para:**

[REDACTED]

**Nota:** Não mudar a apresentação do documento aquando do preenchimento

**Apêndice XI** – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

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

**Título do estudo:** Adaptação Cultural e Validação do Modelo *Nursing Operation Workload* para a População Portuguesa

**Enquadramento:** A carga de trabalho dos enfermeiros é medida através da quantidade de tempo e esforço necessários para prestar cuidados aos doentes. O *Nursing Operation Workload* foi criado com o objetivo de avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros de forma mais eficiente, explicando 89% do tempo real de prestação de cuidados – mais do que os instrumentos atualmente utilizados em Portugal. A adaptação e validação deste modelo é um estudo de tradução e medição das suas propriedades métricas, permitindo avaliar a sua validade e confiabilidade, ainda não realizado no contexto português. Serão colhidos os dados no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do [REDACTED].

**Explicação do estudo:** Será preenchido um questionário sociodemográfico e clínico especificamente desenvolvido para avaliar a tipologia de doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. Será aplicada a tradução portuguesa do modelo *Nursing Operation Workload* a enfermeiros com doentes atribuídos que seja expectável permanecerem ao longo de todo o turno. Os enfermeiros aleatoriamente escolhidos serão observados por um investigador que monitorizará o tempo que o enfermeiro leva a cumprir cada atividade/intervenção de enfermagem, ao longo de um turno completo de trabalho.

**Condições e financiamento:** O presente estudo não é financiado. A participação dos enfermeiros é de carácter voluntário e recusa de participação não implica prejuízo de qualquer tipo. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

**Confidencialidade e anonimato:** O anonimato e confidencialidade dos participantes serão garantidos, assim como o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Não será registado qualquer tipo de dado de identificação que possa comprometer o anonimato dos participantes. Todos os dados serão eliminados após a conclusão da investigação.

**Pedir consentimento para publicação do estudo:** Os dados serão submetidos para publicação ou apresentados noutras formas de divulgação científica apenas de forma anonimizada, sendo que os participantes não poderão, de forma alguma, ser identificados.

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Agradecimentos:** Agradece-se ao Conselho de Administração do [REDACTED] e aos profissionais do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente deste centro hospitalar por contribuírem para a realização deste estudo que, sem eles, não seria possível.

**Identificação Investigador**

Nome: [REDACTED]

N.º Cédula Profissional: [REDACTED]

Assinatura:

---

**Identificação da pessoa que pede o consentimento (preencher se for diferente do investigador)**

Nome:

N.º Cédula Profissional:

Assinatura:

---

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m. 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 de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: \_\_\_\_\_ Processo Clínico n.º \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE ... PÁGINA/S, É FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**Apêndice XII – Abstract “Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura”**



## **Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura**

Catarina Marinheiro<sup>1,2</sup>; Irene Oliveira<sup>1</sup>; [REDACTED]<sup>2,3</sup>; [REDACTED]<sup>2</sup>; [REDACTED]<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Porto;

<sup>2</sup> [REDACTED]

<sup>3</sup> [REDACTED]

**Introdução:** A carga de trabalho é usualmente mensurada através da quantidade de tempo e esforço necessários para prestar cuidados aos doentes. Apesar das várias tentativas, nenhum instrumento tem-se mostrado suficientemente dinâmico para ser sensível a todas as variações do trabalho dos enfermeiros em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Até 2020, as duas escalas comumente aceites e validadas para a população portuguesa foram a *Nursing Activities Score* (NAS) e a *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS).

**Objetivos:** O objetivo desta revisão é perceber qual das escalas existentes, a mais adequada para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI.

**Materiais e Métodos:** Para responder à questão “Qual das escalas existentes é a mais adequada para a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI?”, foi utilizada a base de dados *Medline* e incluídos os resultados entre os anos de 2016 a 2021; em humanos, adultos com 19 ou mais anos de idade. Foi utilizada a *search query* “((nursing AND workload) AND (measurement instruments) AND (intensive care)) NOT COVID”. Foram analisados os títulos de 20 publicações e lidos os resumos de 10, sendo escolhidos 5 para análise.

**Resultados:** Dos 5 artigos analisados, surgiram 4 instrumentos de avaliação de carga de trabalhos dos enfermeiros em UCI, sendo que apenas 2 estão validados para a população portuguesa. Estes instrumentos mostram sensibilidades tão dispersas quanto 22.7% e 89% do tempo do trabalho dos enfermeiros. Ênfase para as duas escalas mais eficazes, NAS e *Nursing Operation Workload* (NOW), com sensibilidades de 81% e 89%, respetivamente.

**Conclusão:** Das escalas analisadas, a mais promissora é a NOW que apresenta um modelo mais eficiente e próximo da realidade existente nas UCI. É importante realizar a validação portuguesa deste instrumento/modelo de forma a avaliar eficazmente a carga de trabalho neste contexto. Esta revisão contribuiu para a melhor avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros nas UCI. Verificar o alinhamento do texto à direita



**Apêndice XIII** – Póster Científico “Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura”



# Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura

Catarina Marinheiro<sup>1,2</sup>; Irene Oliveira<sup>1</sup>; [REDACTED]

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde-Porto; [REDACTED]

## INTRODUÇÃO

A carga de trabalho é usualmente mensurada através da quantidade de tempo e esforço necessários para prestar cuidados aos doentes. Apesar das várias tentativas, nenhum instrumento se tem revelado suficientemente dinâmico para ser sensível a todas as variações do trabalho dos enfermeiros em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Até 2020, as duas escalas comumente aceites e validadas para a população portuguesa foram a *Nursing Activities Score* (NAS) e a *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28). Recentemente, surgiu outra escala a *Nurse Operation Workload* (NOW), ainda não validada para a população portuguesa. Dado o exposto consideramos pertinente realizar uma revisão da literatura sobre a temática.

## OBJETIVO

O objetivo desta revisão foi, no âmbito das escalas existentes, identificar a mais adequada para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para responder à questão "Qual das escalas existentes é a mais adequada para a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI?", foi utilizada a base de dados *Medline* e incluídos os resultados entre os anos de 2016 a 2021, adultos com 19 ou mais anos de idade. Foi utilizada a search query "(nursing AND workload) AND (measurement instruments) AND (intensive care) NOT COVID". Foram analisados os títulos de 20 publicações e lidos os resumos de 10, sendo escolhidos 5 para análise. Para cada estudo foi realizada tabela de evidência, cujo resumo se apresenta no Quadro 1, para ilustração sumária dos resultados.

## RESULTADOS

Os 5 artigos analisados relacionados com instrumentos de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, correspondiam a estudos observacionais.

O objetivo de um dos estudos foi desenvolver e validar um novo modelo de avaliação de carga de trabalho baseado em medição do tempo (Margadant, et al., 2020), três dos estudos tinham como objetivo fazer uma adaptação cultural de diferentes escalas (Wang, et al., 2018; Ayan & Türkmen, 2020; Macedo, et al. 2016) e outro fazer uma comparação entre duas das escalas mais utilizadas (Ferreira, et al., 2017).

No que diz respeito à amostra, todos os estudos foram desenvolvidos com doentes de UCI, embora com critérios de elegibilidade diferentes. O estudo de Ferreira et al. (2017) considera uma amostra de 40 doentes, com um tempo mínimo de internamento na UCI de 24 horas de um hospital privado, tendo utilizado a NAS. O estudo de Margadant et al. (2020) considerou 287 doentes sob a responsabilidade de enfermeiros de sete UCI da Holanda, tendo utilizado a NOW. Wang et al. (2018) incluiu 91 doentes, com 18 ou mais anos de idade e um tempo de internamento superior a oito horas numa UCI da China. Ayan & Türkmen (2020) consideraram 432 doentes admitidos num hospital privado de Istambul. O estudo de Macedo et al. (2016) considerou 67 doentes internados em UCI de hospitais portugueses por tempo superior a 24 horas.

Como instrumento de recolha de dados, o primeiro estudo recorreu a um formulário de registos sociodemográficos, informação clínica dos doentes; score do NAS e ao sistema de classificação de pacientes relativa ao grau de dependência, segundo Perroca. O segundo fez monitorização direta do tempo total de todas as atividades dos enfermeiros presentes no NAS, no TISS-28 e atividades acrescentadas pelos investigadores. O terceiro estudo aplicou o TISS-28 a vários grupos. O quarto estudo recorreu ao sistema de classificação de pacientes de Perroca, incluindo dados como.

idade, sexo, diagnóstico e comorbilidades dos doentes. O último estudo desenvolveu um questionário clínico e sociodemográfico para avaliar a tipologia dos doentes, assim como a versão portuguesa do NAS.

No Quadro 1 são apresentadas as principais conclusões de cada estudo analisado.

TÍTULO/AUTOR/ANO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
<b>Classification of patients and nursing workload in intensive care: comparison between instruments</b> Ferreira, et al. (2017)	O número de horas de cuidados de enfermagem identificadas por meio da média do NAS foi quase o dobro daquelas estimadas pelo sistema de classificação de pacientes de Perroca, com uma diferença de 7,3 horas. Conclui-se que o instrumento direto NAS é mais apropriado para medir a carga de trabalho quando comparado com o instrumento indireto de Perroca.
<b>Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study</b> Margadant, et al. (2020)	Demonstra-se uma correlação de Pearson de 0,89 em relação às atividades de enfermagem; 0,90 em relação às atividades de enfermagem e case mix e 0,64 no complexo: correlação de case mix por atividade de enfermagem. Conclui-se assim que o novo modelo desenvolvido supera os restantes na medição da carga de trabalho de enfermagem, prevendo 89% do tempo real de cuidados ao doente, ao mesmo tempo que inclui um menor número de atividades e consequente diminuição da carga de registo.
<b>Evaluation of the simplified therapeutic intervention scoring system: Chinese version</b> Wang, et al. (2018)	Existe correlação positiva significativa entre TISS-28 e APACHE II. Encontra-se uma diferença significativa entre a pontuação média do TISS-28 no primeiro dia de internamento em cuidados intensivos e no último dia. Identifica-se uma correlação significativa entre os scores do TISS-28 monitorizados pelos investigadores, demonstrando assim a validade do TISS-28 na cultura à qual foi adaptado o modelo.
<b>The transcultural adaptation and the validity and reliability of the Turkish Version of Perroca's Patient Classification Instrument</b> Ayan & Türkmen (2020)	Revela-se um índice de validade do conteúdo da escala de 0,93, com o teste de validade com dez especialistas. Obteve-se um coeficiente alfa de Cronbach geral de 0,86 e coeficiente kappa de Cohen de 0,826. Conclui-se que a versão turca do sistema de classificação de pacientes de Perroca é um instrumento válido e fiável para avaliar os níveis de dependência dos doentes turcos.
<b>Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units</b> Macedo, et al. (2016)	Obtém-se um valor médio da carga de trabalho de 63,04%. Revela-se um Alpha de Cronbach de 0,71, na escala total, indicando uma fidelidade aceitável. A análise fatorial confirmatória sugere um ajuste adequado entre o modelo e os dados, indicando uma fidelidade aceitável do modelo adaptado à cultura.

Quadro 1: Principais conclusões dos estudos analisados

## CONCLUSÃO

Dos estudos analisados, verificamos que a escala que aparenta ser mais promissora é a NOW, que apresenta um modelo mais eficiente e próximo da realidade existente nas UCI. Apesar de ser desejável aumentar a abrangência da revisão de literatura acerca da temática, consideramos que os resultados indiciam a eventual pertinência em realizar a validação portuguesa do instrumento/modelo referido, de forma a avaliar eficazmente a carga de trabalho neste contexto. Esta revisão contribuiu para uma melhor compreensão acerca das escalas para medição da carga de trabalho dos enfermeiros nas UCI.

## REFERÊNCIAS

- Ayan, E., & Türkmen, E. (2020). The transcultural adaptation and the validity and reliability of the Turkish Version of Perroca's Patient Classification Instrument. *J Nurs Manag*, 28(2), 259-266. doi:10.1111/jnm.12918
- Ferreira, P. C., Machado, R. C., Martins, O. C. S., & Sampaio, S. F. (2017). Classification of patients and nursing workload in intensive care: comparison between instruments. *Revista gaúcha de enfermagem*, 32.
- Macedo, A. P. M. d. C., Mendes, C. M. F. S., Candias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista brasileira de enfermagem*, 69, 881-887.
- Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *Int J Nurs Stud*, 118, 103780. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103780
- Wang, Z. W., Zheng, J., You, L. M., Wang, Y. X., Gao, M. R., & Guan, X. D. (2018). Evaluation of the simplified therapeutic intervention scoring system: Chinese version. *Intensive Crit Care Nurs*, 45, 85-90. doi:10.1016/j.iccn.2017.08.009



## **Anexo I – Pedido de autorização à autora para validação da NOW**



---

**De:** Hoogendoorn, Marga  
**Enviado:** 1 de outubro de 2021 12:50  
**Para:** Catarina Andrade Marinheiro  
**Cc:** [REDACTED] ioliveira@[REDACTED]  
**Assunto:** FW: Nurse Operation Workload (NOW) - Portuguese Cultural Adaptation

---

**Van:** marga.hoogendoorn@gmail.com <marga.hoogendoorn@gmail.com>  
**Verzonden:** dinsdag 28 september 2021 06:46  
**Aan:** Hoogendoorn, Marga <m.e.hoogendoorn@isala.nl>  
**Onderwerp:** Fwd: Nurse Operation Workload (NOW) - Portuguese Cultural Adaptation

Dear Catarina,

Due to a holiday-period there is a delay in my answer. Coming back to you soon!

Kind regards,

Marga

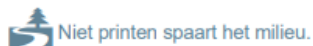
**M.E. Hoogendoorn, ND, MSc**  
Vakgroep Manager  
Anesthesiologie & Intensive Care



(038) 424 3053  
(038) 424 4245

Dr. Van Heesweg 2, 8025 AB Zwolle  
Postbus 10400, 8000 GK Zwolle

[www.isala.nl](http://www.isala.nl)



**Van:** Catarina Andrade Marinheiro <[REDACTED]@saude.pt>  
**Datum:** 24 september 2021 om 23:37:20 CEST  
**Aan:** [marga.hoogendoorn@gmail.com](mailto:marga.hoogendoorn@gmail.com)  
**Kopie:** [REDACTED]  
Irene Oliveira <ioliveira@[REDACTED]>  
**Onderwerp:** Nurse Operation Workload (NOW) - Portuguese Cultural Adaptation

Hello dear Marga Hoogendoorn, PhD.

I'm writing this email to show our great interest in your workload model. My name is Catarina Marinheiro and I'm a MSc Nursing student in Portugal. Our intensive care Chief, [REDACTED] has been trying to develop an

effective way of measuring nursing workload, working towards better nursing care and resources. After an overview of the existing measurements and models, we agreed that your model is the one that fits properly.

Me, along side [REDACTED] team will be working on a Transcultural adaptation of your model, and we would be very pleased if we could collaborate during this process. For our adaptation to be smoother, we write you to request more information about the model and the evaluation itself. We appreciate your work and contributions to enlighten nursing care and want to extend this important model to our culture.

Best Regards,  
Catarina Marinheiro

## **Anexo II – Aceitação do Poster**



---

**De:** I Simposium de Saúde

**Enviado:** 22 de outubro de 2021 14:52

**Para:** Catarina Andrade Marinheiro

**Assunto:** Aceitação de Poster - I Simposium em Saúde – O Paradigma do Doente Crítico no [REDACTED]

Boa Tarde

A Comissão Científica do I Simposium em Saúde – O Paradigma do Doente Crítico no [REDACTED] vem por este meio informar que o Póster: *Avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos: Revisão de Literatura* – foi **ACEITE**.

Relembra-se que o póster deverá ser afixado no dia 29 de outubro de 2021, até às 9 horas e retirado neste mesmo dia, imediatamente depois do encerramento. A organização não se responsabiliza pelos pósteres não retirados no período definido.

O Secretariado disponibiliza material para afixação do póster, sendo que a mesma será da responsabilidade dos autores.

O póster deverá ser alocado ao local de afixação **n.º5**.

Os autores deverão, tanto quanto possível, permanecer junto aos pósteres durante o primeiro coffee-break para a avaliação.

A apresentação dos resultados dos pósteres realiza-se imediatamente antes da sessão de encerramento.

Obrigado pela participação

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão Científica