



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A INFLUÊNCIA DA EXCELÊNCIA DO CUIDADO NAS TRANSIÇÕES DE VIDA SAUDÁVEIS

THE INFLUENCE OF EXCELLENT CARE ON HEALTHY LIFE TRANSITIONS

Por

Carla Alexandra dos Santos Pacheco

Lisboa 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A INFLUÊNCIA DA EXCELÊNCIA DO CUIDADO NAS TRANSIÇÕES DE VIDA SAUDÁVEIS

THE INFLUENCE OF EXCELLENT CARE ON HEALTHY LIFE TRANSITIONS

Por

Carla Alexandra dos Santos Pacheco

Sob orientação da Prof.^a Doutora Filipa Veludo

Lisboa 2023

Tenho em mim todos os sonhos do mundo.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração aos meus filhos, à minha enteada e ao meu marido pelo apoio incondicional, pela paciência que tiveram durante este percurso e por terem vibrado comigo perante as minhas conquistas. Pelo amor que sempre senti e pela compreensão e incentivo. Obrigada Nuno por teres lido e relido comigo este relatório. Aos meus pais um agradecimento cheio de amor pelo apoio familiar que me deram e por acreditarem sempre em mim e nas minhas capacidades.

À minha amiga Filipa um agradecimento enorme porque me desafiou a percorrer com ela este caminho e por nos mantermos unidas na vida e na profissão.

Agradeço à Sr^a Prof^a Doutora Filipa Veludo pela excelência dos seus ensinamentos, por estar sempre disponível e à distância de um telefonema e pela amizade dispensada. Permitiu que este laborioso e complexo percurso fosse mais simples e tranquilo.

Aos fantásticos Enfermeiros orientadores que se cruzaram comigo e que me permitiram crescer e ser eu mesma.

Às minha queridas colegas e amigas do bloco operatório que me toleraram quando estava mais cansada, pelos abraços apertados e palavras de apoio.

Aos meus amigos mais chegados por me apoiarem neste caminho e por respeitarem a minha ausência.

Não posso deixar de agradecer a todos as pessoas clientes que tive o privilégio de CUIDAR e que me ajudaram a ser melhor enfermeira e pessoa. Um bem-haja especial ao Pedro que foi um verdadeiro desafio como cliente e que se tornou um amigo.

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi proposta a elaboração do presente relatório como objeto de apreciação e discussão pública. Este relatório pretende demonstrar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios efetuados, fazendo referência ao processo evolutivo das diferentes competências no cuidado de excelência à pessoa em situação crítica.

Transversalmente ao percurso de aprendizagem clínica foi elaborada uma Scoping Review no âmbito da influência dos estilos de liderança na motivação e satisfação dos profissionais de saúde. A evidência ressalva que a liderança influencia os profissionais de saúde na motivação e satisfação profissional, podendo provocar alterações na autonomia, rotatividade nos serviços e gerar stresse e síndrome de burnout.

Centrei a minha prática no paradigma da transformação incidindo o meu pensamento em Enfermagem na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que possibilitou o desenvolvimento do cuidado de excelência. Este percurso permitiu-me integrar a teoria no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, contribuir para desenvolver competências de Enfermeira Especialista. Foi realizado em dois contextos de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Atendimento Urgente. Na Unidade de Cuidados Intensivos, a par da aquisição de competências específicas e técnicas, incidi o cuidado no estabelecimento de uma relação de confiança e cooperação para com o cliente e família, apoiando nos processos de mudança nomeadamente na comunicação com o cliente ventilado e família. Na Unidade de Atendimento Urgente abordei a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e efetuei a gestão da dor e da comunicação de más notícias.

A realização deste curso de Mestrado possibilitou-me a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na minha aprendizagem profissional, permitindo-me, de forma crítica e consciente conceber cuidados de enfermagem especializados baseados em conhecimentos que emergem da investigação.

Palavras chave: Excelência, Cuidar, Enfermagem, Transição, Conforto, Família, Pessoa, Cliente, Comunicação, Liderança, Satisfação, Motivação.

ABSTRACT

In the context of the Curricular Unit "Final Internship and Report", integrated in the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing - area of Nursing in Critical Condition, of the Nursing School of Lisbon of the Institute of Health Sciences of the University Católica Portuguesa, the preparation of this report was proposed as the object of public assessment and discussion. This report aims to critically and reflectively demonstrate the activities developed throughout the internships, making reference to the evolutionary process of the different skills in the excellent care provided to critically ill patients. A Scoping Review was conducted across the clinical learning pathway within the scope of the influence of leadership styles on the motivation and satisfaction of health professionals. The evidence shows that leadership influences health professionals in terms of motivation and job satisfaction, and may also cause changes in autonomy, service rotation, and generate stress and burnout syndrome. I centered my practice on the paradigm of transformation, focusing my thinking in Nursing on Afaf Meleis' Theory of Transitions, which enabled the development of excellent care.

The course developed allowed me to integrate theory into the specialised care provided to critically-ill patients and, consequently, contribute to developing the skills of Nurse Specialists. It was carried out in two internship contexts: Intensive Care Unit and Urgent Care Unit. In the Intensive Care Unit, along with the acquisition of specific and technical skills, care focused on establishing a relationship of trust and cooperation with the client and his/her family, supporting change processes and establishing a therapeutic relationship and communication with the ventilated client and family. In the Urgent Care Unit one of my focuses was the prevention and control of healthcare-associated infections and I carried out pain management and bad news communication. The completion of this Master's course allowed me to consolidate knowledge and develop skills in my professional learning, allowing me to critically and consciously design specialised nursing care based on knowledge emerging from research.

Key words: Excellence, Caring, Transition Nursing, Comfort, Family, Person, Client, Communication, Leadership, Satisfaction, Motivation.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLA

A B C D E - Airway Breathing Circulation Disability Exposure

ACT - Tempo de coagulação ativada

APTT - Tempo de tromboplastina parcial ativada

BIA – Balão Intra Aórtico

CAA - Comunicação Alternativa e Aumentativa

cc – centímetro cúbicos

° C - graus centígrados

CVC - Cateter venoso central

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation

H - Hora

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

Kg - Kilograma

MRSA -Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAM - Pressão Arterial Média

PBCI - Precauções básicas do controlo de infeção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorespiratória

SABA – Solução alcoólica de base antisséptica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SO- Sala de Observações

Sr. / Sra.- Senhor / Senhora

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UI/kg/h - Unidade/Kilograma/hora

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE GERAL.....	Pág.
0- INTRODUÇÃO.....	15
1- ENQUADRAMENTO.....	21
1.1- Enquadramento Conceptual.....	21
1.2- Enquadramento do Fenómeno em estudo.....	24
2- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA PARA A CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA.....	29
2.1- Na Unidade de Cuidados Intensivos.....	31
2.2- Na Unidade de Atendimento Urgente.....	53
3- CONCLUSÃO.....	67
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE 1- A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE LIDERANÇA NA SATISFAÇÃO E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: <i>UMA</i> <i>SCOPING REVIEW</i>	87
APÊNDICE 2- TABELA - ESTRATÉGIA DE PESQUISA BOLEANA.....	129
APÊNDICE 3- RESUMO DO POSTER APRESENTADO NO V SEMINÁRIO DO MESTRADOM EM ENFERMAGEM.....	133
APÊNDICE 4 – POSTER APRESENTADO NO V SEMINÁRIO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM.....	143
APÊNDICE 5 – PROMOVER O CONFORTO EM BLOCO OPERATÓRIO NOS CLIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA – REFLEXÃO.....	147
ANEXOS.....	155
ANEXO 1 – DO ZERO AO INFINITO (REFLEXÃO DE UM CLIENTE CRÍTICO EM UCI)	157
ANEXO 2 - CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL- LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS.....	167

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO POSTER
NO V SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM -
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UMA VOZ PARA O
HUMANISMO.....171

0- INTRODUÇÃO

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” da 15ª edição deste Curso do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Lisboa, foi-me proposto desenvolver o presente relatório final que tem como finalidade obter o título profissional de Enfermeiro especialista e grau académico de mestre em enfermagem através da sua discussão em prova pública.

Há alguns anos que era minha vontade iniciar este percurso, ainda assim, algumas situações pessoais impediram-no. Tenho sempre em mente que as situações nos acontecem no tempo certo e mais uma vez o sinto. Com 29 anos de profissão, senti-me capaz de abraçar este projeto grandioso e superá-lo. A minha maturidade pessoal e profissional, adquirida com a experiências anteriores e variadas, permitiu-me desenvolver inúmeras e complexas competências com mais facilidade. Quando o conhecimento refina através das experiências anteriores e da teoria conhecida o cuidado é efetuado de uma forma natural e atempado, prevendo, inclusive, situações problema (Benner et al., 2001).

Cuidar não abrange somente responsabilidades, devem ser garantidos cuidados de qualidade que caminham para a excelência. Na procura permanente da excelência do exercício profissional, é exigida uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001a). A qualidade exige reflexão na e sobre a prática para definir objetivos e delinear estratégias para os atingir (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Neste contexto o enfermeiro distingue-se pela formação específica e pela experiência, permitindo-se ter capacidade para dar resposta a novas situações ao longo da vida (Benner et al., 2001).

Conforme o artigo 109º - Da excelência do exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) , é exigido na prática diária um conhecimento baseado na melhor evidência disponível. A crescente necessidade da melhoria contínua suscitou a necessidade da especialização do cuidado de enfermagem em algumas áreas que se tornaram emergentes tendo em consideração os destinatários, assim, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros identificou os Títulos de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Há que adquirir e/ou aperfeiçoar a habilidade na tomada de decisão, bem como o saber especializado, que se caracteriza por um amplo conhecimento num domínio de

competências específicas, conferindo ao enfermeiro especialista um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem (Diário Da República No 26/2019 - 2a Série, 2019).

Optei por escolher a especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica por estar no âmbito da minha atuação há vários anos. Outros motivos existiram para esta escolha. Toda a legislação e a evidência da sua importância foram fatores decisivos. Tenho um percurso profissional bastante alargado, estive colocada num serviço de cirurgia, num serviço de urgência, em técnicas de gastroenterologia e em Unidade de Cuidados Intensivos, e posteriormente, e até à atualidade tenho feito o meu percurso em Bloco Operatório, onde também cuido de pessoas em situação crítica do foro cirúrgico. Neste contexto a minha escolha não podia ter sido outra pois esta especialidade permitiu-me aprimorar competências e adquirir outras que contribuíram para o meu crescimento profissional.

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados continuamente à pessoa em risco imediato de falência orgânica, que permitem manter as suas funções básicas de vida e prevenir complicações, de forma a limitar incapacidades e com a finalidade da sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica integram as competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio. Consoante o alvo e contexto de intervenção são definidas mais especificamente as competências atribuídas a cada área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Segundo o artigo 3º do Regulamento nº 429/2018 as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são: Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e 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, o que representa toda a minha experiência profissional nos últimos 29 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O enfermeiro diferencia-se pela formação académica e pela

experiência, que integradas permitem a sua capacitação para um cuidado distinto, capacitando-o para situações novas e facilitando uma relação interpessoal com a pessoa e família, respeitando os seus valores e crenças (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ordem dos enfermeiros, 2015a).

Quando se pesquisa o conhecimento da génese de uma enfermagem baseada na evidência, surge-nos Florence Nightingale, que deixou um importante legado com a sua paixão pela estatística e a capacidade de organizar o pensamento de modo sistemático. Desenvolveu, em plena guerra, um pensamento crítico fazendo a análise de problemas e implementou ações com resultados positivos. Desenvolveu a prática de enfermagem baseada em dados mensuráveis, apresentou documentação detalhada e fez análise estatística e defesa política da reforma dos sistemas de saúde (Medeiros et al., 2015). Historicamente verifica-se a importância do trabalho desenvolvido por todas as teóricas de enfermagem. Baseando a minha prática na evidência disponível pretendo contribuir para a qualidade do cuidado colaborando e efetuando novos estudos com o objetivo de cooperar para a consolidação da Disciplina de enfermagem.

Defini como objetivo geral para este relatório: Demonstrar a acreditação de competências de Enfermeira Especialista e Mestre.

Como objetivos específicos: Transmitir de forma clara algumas vivências, aprendizagens e competências adquiridas ao longo dos estágios; Demonstrar capacidade de análise de situações complexas e específicas pela reflexão crítica construtiva do meu percurso, incluindo as competências desenvolvidas; Descrever os contextos de aprendizagem clínica; Fundamentar o processo de decisão; Ser capaz de conseguir estimular o leitor, somente com a leitura, a viver comigo as situações descritas; Apresentar a síntese de evidência que suportou o meu percurso de aprendizagem clínica; Elaborar um suporte para a atribuição do título de Enfermeiro especialista e grau académico de Mestre.

A prática de enfermagem e o ser enfermeiro têm como pilar fundamental o Código Deontológico, onde estão enunciados os princípios e deveres que fundamentam o cuidado e as responsabilidades que a profissão assume (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). O saber estar, o saber fazer e o saber ser são competências individuais que o enfermeiro adquire ao longo do seu percurso e que se baseiam nos conhecimentos, nas habilidades e nas atitudes (Penedos et al., 2012). Estas dimensões permitem ao enfermeiro atuar num contexto holístico, fornecendo-lhe capacidade para a compreensão das transições de vida

como um processo dinâmico, com desequilíbrios, incertezas, conflitos e perturbações. Com esta crença e através da experiência profissional que tenho desenvolvido identifico-me fielmente com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, apesar de também considerar Jean Watson com a sua Teoria do Cuidado Humano. Ambas permitem um cuidado de excelência, inserindo-se no paradigma da transformação, detêm uma orientação face ao mundo, considerando os fenómenos como únicos e em interação com o contexto onde decorrem (Costa, L., 2016 ; Evangelista et al., 2020).

Transversalmente ao percurso clínico elaborei, integrada numa equipa de investigação com duas mestrandas e uma Prof.^a Doutora, uma Scoping Review onde abordámos “A influência dos estilos de liderança na motivação e satisfação dos profissionais de saúde”. Objetivamos mapear o conhecimento relativamente à influência dos estilos de liderança nos profissionais de saúde e que alterações podem provocar no que respeita à sua satisfação/motivação, à realização profissional, à autonomia, à rotatividade nos serviços e inclusive poderem ser geradores de stresse e de síndrome de burnout.

Durante o presente relatório está salvaguardada a confidencialidade e o anonimato das instituições onde estagiei, motivo pelo qual algumas referências bibliográficas e respetivas fontes serão omitidas. Estão também salvaguardados os princípios éticos para os clientes referidos nas reflexões e, na salvaguarda da proteção de dados, apenas serão descritas nas situações vividas, as informações imprescindíveis para a devida compreensão. Somente o cliente abordado nas minhas reflexões da Unidade de Cuidados Intensivos fez questão e consentiu a sua exposição, conforme pode ser comprovado em anexo 1, numa reflexão elaborada pelo próprio onde descreve os seus sentimentos perante a situação que viveu durante o internamento na mesma. Fez questão de partilhar comigo a sua reflexão permitindo a publicação da mesma neste relatório.

Desde o início deste percurso que já tinha definido os locais de estágio onde pretendia estagiar. Tendo equivalência ao estágio de Vigilância e Decisão Clínica por apresentar 20 anos de exercício profissional em bloco operatório, optei por dividir as 360 horas curriculares de “Estágio Final e Relatório” em dois 2 contextos de estágios extremamente enriquecedores. O primeiro num hospital com valência em doença coronária, que me permitiu adquirir e consolidar vários conhecimentos e novas competências. A segunda opção passou por um serviço de urgência, onde vivenciei situações novas e lidei

diretamente com experiências e novas aprendizagens como a Triagem de Manchester permitindo-me ter uma visão mais concreta da mesma.

Narro algumas das situações vivenciadas fazendo uma análise crítica e reflexiva das mesmas, de forma a demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em situação crítica e do cumprimento do objetivo geral e objetivos específicos propostos para esta Unidade Curricular. Não serão descritas todas as experiências vividas em ambos os locais de estágio, na medida em que justificam as mesmas competências. Opto por referir as situações que mais me sensibilizam como pessoa e profissional e que me fizeram crescer do ponto de vista emocional, profissional e académico. Pessoas, famílias e situações que influenciaram o meu percurso, que ficarão para sempre no meu coração e na minha memória e que me fizeram sentir que realmente fiz a diferença nas suas vidas (anexo 1).

Ao ler este relatório irá encontrar 3 capítulos, ainda assim, muitas emoções e sentimentos. No decorrer do próximo capítulo (capítulo um) abordo o enquadramento, onde faço referência ao meu pensamento em enfermagem e me identifico com duas teorias de enfermagem e respetivas Teóricas de Enfermagem e posteriormente descrevo o enquadramento do fenómeno em estudo. No segundo capítulo faço uma abordagem mais detalhada dos locais de estágio, assim como justifico a razão da sua escolha. Completo o diagnóstico de situação com uma descrição e análise dos indicadores de qualidade, tipos de liderança, método de trabalho, dotação segura e planos de emergência existentes. Nos subcapítulos subsequentes descrevo mais pormenorizadamente cada local de estágio e as suas características físicas e funcionais. Descrevo em contexto crítico e reflexivo os momentos mais relevantes que demonstram o desenvolvimento de competências, primeiramente na Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente na Unidade de Atendimento Urgente. O capítulo três refere-se à conclusão, onde efetuo a apreciação global dos campos de estágio, faço a apreciação dos objetivos propostos e descrevo quais os principais contributos desta formação para a minha prática profissional enquanto enfermeira especialista, bem como quais as dificuldades e limitações encontradas durante este percurso.

Convido-vos a entrar neste mar de emoções comigo e por fim a relaxar numa conclusão intensa e inundada de projetos.

1- ENQUADRAMENTO

Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, sendo abordado primeiramente o enquadramento conceptual da Enfermagem e numa segunda parte será feito o enquadramento do fenómeno em estudo sobre “*A Influência dos Estilos de liderança na Satisfação e Motivação dos Profissionais de Saúde*”.

1.1- Enquadramento conceptual

Enquanto enfermeira com quase 3 décadas de experiência profissional posso assumir que já passei por várias fases do que é ser enfermeira e da forma como vejo e me enquadro em algumas teorias e escolas de pensamento. As experiências anteriores permitem a reflexão, aperfeiçoar os comportamentos, adquirir novos conhecimentos baseados na evidência e conseqüentemente efetuar o cuidado de uma forma natural e atempado, prevendo, inclusive, situações problema. Atualmente consigo ter uma visão alargada e concreta do cuidado em enfermagem e perceber e colocar em prática a teoria de enfermagem com a qual mais me identifico, dirigindo o meu pensamento em enfermagem e a minha prática nesse sentido (Benner et al., 2001; Tomey et al., 2004)

O meu percurso formativo inicial (Bacharelato) foi orientado por dois referenciais teóricos, a escola das necessidades baseada na teórica Virgínia Henderson e as doze atividades de vida diária de Nancy Roper (Fonseca et al., 2017).

No entanto cresci e amadureci pessoal e profissionalmente, continuando a cuidar das pessoas da mesma forma genuína e sempre atenta aos pormenores, respeitando todos os seus valores e crenças, ainda assim, alterei o paradigma com o qual me identifico. Atualmente centralizo-me na escola da interação onde me identifico diariamente, a interação que desenvolvo com as pessoas e família com quem cuido, o sentimento de competência que demonstro, a segurança que sinto transmitir e o conforto que tenho necessidade de oferecer a quem está ao meu cuidado, o tempo que dispenso de forma genuína à pessoa que precisa falar, desabafar e partilhar angústias e medos. Mantenho o foco sempre na pessoa e família que precisa do cuidado, seja em situação preventiva, de doença instalada, na sua aceitação e adaptação ou seja em fase de recuperação.

À luz de diversas teorias de enfermagem os conceitos que formam o metaparadigma da enfermagem consistem em pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Para este relatório escolhi abordar o conceito pessoa e defini a pessoa doente como cliente, na medida em

que me refiro ao cliente dos cuidados de saúde. Quando surgiu o paradigma da transformação, na década de setenta, começou a reconhecer-se as pessoas como agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes diziam respeito e conseqüentemente parceiros nos processos de transição. Na perspectiva de Afaf Meleis a disciplina de enfermagem está relacionada com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção (Ribeiro et al., 2018). A teoria das transições de Meleis identifica estes processos de mudança e a necessidade de apoio que as pessoas/famílias apresentam durante o mesmo (Guimarães & Silva, 2016; Marriner Tomey et al., 2004). A teoria de médio alcance desenvolvida por Afaf Meleis identifica a transição como o foco principal do seu quadro conceptual, definindo transição como uma passagem entre dois períodos de tempo ou dois estados, que conduzem o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas que podem causar instabilidade no próprio e na família (Gabriela & Costa, 2016).

A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas por processos de desenvolvimento ou eventos significativos da vida, que exigem adaptação, como por exemplo, a doença (Guimarães & Silva, 2016).

O meu foco está igualmente conectado ao cuidado, baseia-se e respeita a pessoa no seu todo, como um ser que vive em harmonia com o seu corpo, alma e espírito, como define o modelo do cuidado humano de Jean Watson (Escola do cuidar). A integração destas dimensões promove um cuidado mais efetivo, o cuidado que transcende o tempo, o espaço e a matéria da pessoa e do enfermeiro para que estejam em sintonia. A genuína intenção de cuidar apoia-se na empatia, considerada a capacidade mais adequada para proporcionar uma relação de ajuda e confiança (Saviato & Leão, 2016).

Enquanto enfermeira tenho como prioridade proporcionar transições saudáveis nos processos de saúde-doença-saúde ou durante mudanças de papel no seio familiar, tendo desenvolvido competências que me capacitam para ser elemento facilitador dos processos de transição que ocorrem durante os ciclos de vida das pessoas com quem cuido, como descrevo em situações vivenciadas nos campos de estágio no capítulo dois. Desde que nascemos até ao final da vida estamos sujeitos a mudanças muitas vezes desafiadoras. Uma transição de saúde-doença-saúde pode necessitar de apoio e muitas vezes o enfermeiro surge como elo de ligação aos serviços de saúde e como agente facilitador desse processo, quer para o cliente quer para a família (Costa, L., 2016).

Transições são resultados de mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e no ambiente envolvente, e que, apesar de serem motivo de apreensão para a enfermagem, pelo risco potencial que a sua experiência pode colocar sobre as pessoas, são também um enorme desafio. Isto porque são um processo dinâmico que obriga os enfermeiros a desenvolverem inteligência emocional de elevado nível, assim como permitem adquirir experiências e desenvolver competências no cuidado, na comunicação e no relacionamento. Desta forma conseguimos consciencializar o indivíduo das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais e conseqüentemente envolvê-lo num processo de transição saudável (Guimarães & Silva, 2016). Todas as pessoas são dotadas de singularidades próprias e cada uma com diferentes dificuldades nos processos de transição, exercendo uma forte influência na enfermagem. A enfermagem é uma prática baseada na evidência e no cuidado humano, que nos permite adquirir ferramentas para cuidar com qualidade. Enquanto ciência a enfermagem requer uma investigação aplicada à clínica que permita um caminhar para o cuidado de excelência baseado na evidência. Enquanto cuidado humano a enfermagem estuda/investiga a vida das pessoas, valorizando e compreendendo a sua natureza e respeitando os seus padrões de vida, valores e crenças (McEwen & Wills, 2014).

As transições são antecipadas por acontecimentos importantes que exigem um confronto com várias estratégias, o desenvolvimento de novas competências, funções e relações. A teoria das transições norteia o enfermeiro para o auto-conhecimento de forma a conseguir ser parceiro no cuidado e facilitar os processos de transição da pessoa ao seu cuidado, planeando ações que favoreçam resultados positivos à saúde. A pessoa pode vivenciar mais do que um tipo de transição ao mesmo tempo devendo o enfermeiro ser capaz de fazer essa identificação priorizando cuidados e atitudes (Gabriela & Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016).

Segundo Meleis a consciência é uma característica definidora de transição uma vez que influencia o nível de envolvimento da pessoa no seu próprio processo e o consciencializa de todas as mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais que poderão ocorrer. Todas as transições envolvem mudança, ao passo que nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição. Quando a pessoa não se consciencializa desses processos de mudança, surgem as transições insalubres que movem o indivíduo na direção de vulnerabilidade e risco. É neste contexto que a presença do enfermeiro se torna ainda mais

importante sendo sua responsabilidade planejar, implementar e efetuar a avaliação das ações que delineou (Gabriela & Costa, 2016).

Ao conhecer mais pormenorizadamente a teoria das transições apercebi-me da sua importância e do quão importante podemos ser, enquanto profissionais, para os clientes e sua família e que a sua utilização no quotidiano da prática do cuidado é indispensável para impedir consequências negativas e favorecer resultados positivos à saúde (Costa, L.,2016). Para que consigamos, enquanto profissionais que caminham para o cuidado de excelência, cuidar cada vez melhor e compreender todas as transições e necessidades dos nossos clientes é importante ter consciência de que a prática reflexiva é um importante meio de desenvolvimento e sistematização do saber em enfermagem, permitido a aquisição de um profundo conhecimento das práticas sustentadas no saber. A análise regular do trabalho efetuado (reflexão crítica) está implícita na excelência do exercício permitindo reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Netto et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

“Transição” constitui um conceito central em enfermagem. Na perspetiva da autora a disciplina de enfermagem está relacionada com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção (Gabriela & Costa, 2016).

Acredito que sou, enquanto enfermeira, uma agente facilitadora dos processos de transição e promovo o cuidado transicional, valorizo e respeito o indivíduo ao meu cuidado, permitindo o seu desenvolvimento humano mediante equilíbrio e estabilidade (Palmira & Zagonel, 1999). No decorrer deste relatório irão encontrar várias evidências da minha prática que demonstram o quão importante é, foi e sempre será, proporcionar transições saudáveis a quem se cruza no meu caminho, enquanto enfermeira.

1.2- Enquadramento do fenómeno em estudo

Numa realidade cada vez mais exigente e por vezes pouco salutar deparamo-nos no dia-a-dia com colegas de profissão desanimados, cansados e até com situações de doença, sendo muitas vezes provocada pela incapacidade de gerir vários acontecimentos de forma simultânea. Frequentemente é dentro do nosso meio que existem essas fontes desmotivadoras. A liderança assume um papel fulcral na motivação e satisfação

profissional, pois o líder, através da manifestação do seu poder e autoridade consegue influenciar o grupo e consequentemente a sua prestação/qualidade do cuidado, as competências, o absentismo e a rotatividade e/ou permanência num serviço (Parreira et al., 2017). A Liderança compreende competências e habilidades que visam o desenvolvimento, a visão dos objetivos e das intervenções institucionais, e apesar de advir de experiências anteriores pode e deve ser aprimorada. Desde meados do século XX que a liderança é motivo de estudo, sendo atualmente vista como um processo influenciador de indivíduos com a finalidade de melhorar relacionamentos entre líderes e liderados e consequentemente de aperfeiçoar o desempenho profissional e a produtividade (Mondini et al., 2020). Foram, então, descritos vários estilos de liderança e percebido que a liderança pode ser um atributo de todos os profissionais de saúde e não somente da pessoa que exerce o poder de liderança (Mondini et al., 2020; Vieira et al., 2013). Para uma melhor compreensão do contexto definem os principais estilos de liderança encontrados. A liderança transacional, define objetivos orientados para a organização. Este líder consegue influenciar os comportamentos e as atitudes dos subordinados através de recompensas como, reconhecimento, promoções ou bônus (Mc Guire & Kennerly, 2006). A liderança transformacional é favorável quando aplicada na enfermagem. Este líder inspira, motiva e capacita os enfermeiros para o alcance de resultados comuns aos próprios e às organizações de forma extraordinária (Pereira et al., 2020). A liderança autêntica compreende quatro dimensões: autoconsciência, transparência, moral e ética. Assim é um líder que objetiva manter um clima organizacional positivo, valorizando as capacidades e estabelecendo confiança, otimismo e resiliência (Mondini et al., 2020). Na liderança passiva ou *laissez faire*, o líder permite que os subordinados definam os seus próprios objetivos e resolvam os seus conflitos internos. Delega o poder de decisão evitando responsabilidades e envolvimento nas situações (Specchia et al., 2021).

Para que a liderança se exerça, a equipa, explicita ou implicitamente, precisa de consentir a influência do líder e de admitir (a si mesmo) ser influenciado. Exercer influência é, assim, exercer autoridade, influência feita de aceitação voluntária (Parreira et al., 2017).

O que faz uma boa liderança? Eis uma questão tão complexa e, no entanto, sem resposta concreta. Ainda assim, sabe-se que a liderança pode ter um impacto positivo ou negativo na satisfação e motivação dos profissionais de saúde.

A escassez de líderes com competências e habilidades profissionais e pessoais desejáveis para direcionar uma equipa, provoca no mesmo inseguranças, que cedo são desencandadoras de comportamentos abusivos com consequências irreparáveis. Na maioria dos casos a liderança ineficaz resulta da insatisfação dos próprios líderes, levando-os a executar estratégias mal concebidas e muitas vezes a colocar a sua própria satisfação à frente da dos subordinados. Desta forma demonstram desprezo pelas necessidades dos liderados e consequentemente aumentam a insatisfação profissional, os conflitos, as hostilidades verbais e o absentismo. Esta desmotivação faz com que o profissional concentre a energia na sua própria “sobrevivência”, diminuindo a qualidade e quantidade do trabalho a efetuar (Abelha et al., 2020). Uma liderança tóxica e ineficaz traduz-se no fracasso no que respeita ao alcance de metas e na recorrência de problemas legais. A existência de uma má liderança manifesta consequências negativas individuais para os liderados como, déficits do seu bem-estar físico e psicológico, queda de produtividade e insatisfação, insegurança, frustração e desânimo, desmotivação, elevada rotatividade de profissionais, absentismo, prejuízo na partilha de conhecimentos e competências entre pares, maior grau de conflitos, impactando o envolvimento no trabalho. No que respeita à equipa, uma má liderança provoca um desempenho deficiente e produtividade reduzida, desintegração e desunião, insatisfação do cliente, mau relacionamento entre pares, perda de interesse e agilidade no trabalho. No desenvolvimento do trabalho a má liderança impacta o mesmo reduzindo a produtividade, os resultados e a qualidade, aumentando a tensão (Abelha et al., 2020; Guimarães & Silva, 2018).

Os líderes devem desenvolver competências no sentido de serem mais participativos, orientados para a equipa e para as questões humanas.

O estudo deste fenómeno permitiu a identificação de cinco estilos de liderança: transacional, transformacional, situacional, autêntica e passivo ou *laissez faire*.

De acordo com os vários ambientes encontrados, verificou-se que alguns estilos de liderança apresentavam uma influência mais positiva que outros. O que nos remete para questão e partida: Qual a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde?

O estilo de liderança que mais satisfaz e motiva os profissionais de saúde e que apresenta melhores resultados organizacionais é o transformacional. Este líder consegue influenciar positivamente os subordinados no que respeita a mudanças nos próprios e nas

organizações, consegue promover um sentido de compromisso (Araújo et al., 2019). Verifica-se uma forte admiração e respeito pelo líder transformacional, sendo considerado de confiança pelos seus subordinados.

O estilo de liderança transacional por si só não satisfaz os profissionais de saúde prestadores do cuidado porque está fortemente direcionado para a satisfação organizacional. No entanto ainda se verifica que a maioria dos gestores demonstraram ter um estilo transacional (Araújo et al., 2019; Parreira et al., 2017).

A evidência mostra que o líder deve ter o equilíbrio entre a liderança transformacional e transacional para um bom funcionamento do serviço, para conseguir atingir os objetivos organizacionais e para aumentar a satisfação dos profissionais. Ainda assim o estilo transformacional é preferido em relação ao transacional (Araújo et al., 2019; Parreira et al., 2017).

A liderança autêntica promove a satisfação profissional e potencia ambientes de trabalho eficazes quando associada a dotação e cargas de trabalho adequadas. Facilita o desenvolvimento da equipa, gera um ambiente de trabalho positivo; reduz a exaustão e aumenta a satisfação profissional. Promove um comportamento proactivo dentro de uma organização; aumenta a resiliência e melhora a confiança e a capacidade de resolver problemas de uma forma construtiva; utiliza uma cultura não punitiva e origina o desenvolvimento de ações em grupo, aumentando a autoconfiança do mesmo (Parreira et al., 2017).

Os estilos de liderança passivo ou laissez faire mostraram uma influência negativa na satisfação profissional, dado que são estilos onde prevalece uma liberdade demasiado evidente e pouca comunicação, o que leva à desmotivação (Araújo et al., 2019). Embora possa ser positivo para os profissionais com autonomia e criatividade para outros é necessária alguma orientação e tutoria. Uma gestão deficiente e a falta de supervisão surgem como fatores organizacionais determinantes para o aumento da insatisfação profissional.

Apesar de ter sido identificado o estilo de liderança situacional em alguns dos estudos seleccionados, não se verificou referência ao mesmo como objeto de estudo.

Alguns líderes optaram por complementar dois estilos de liderança diferentes para obter melhores resultados, nomeadamente manter os profissionais de saúde satisfeitos e

motivados e cumprir com os objetivos organizacionais. Perante a análise dos dados verifica-se que a liderança é um fator contextual modificável.

Através da análise da evidência, compreendeu-se que as principais competências de líder reconhecidas pelos profissionais de saúde são de domínio ético e moral, a comunicação, o planeamento, a organização e transparência (Parreira et al., 2017; Reis & Oliveira, 2012). O aperfeiçoamento contínuo do líder aliado ao conhecimento técnico-científico e habilidades proporciona uma prática clínica reflexiva e participativa, ao mesmo tempo que corresponde às expectativas da organização e da equipa, proporcionando um ambiente saudável.

Em síntese, concluímos que o estilo de liderança que mais satisfação produz nos profissionais de saúde é a liderança transformacional, no entanto deverá ser complementada à transaccional para que os resultados positivos sejam transversais às organizações. As relações pessoais e a comunicação dos líderes com os profissionais prestadores de cuidados são um fator muito importante para a satisfação no trabalho, a permanência no emprego e a qualidade dos cuidados prestados. A liderança eficaz melhora a qualidade do cuidado, inspira e motiva a equipa, incentiva o trabalho em equipa e reduz o desgaste emocional e o stress. Uma cultura flexível é mais benéfica para a satisfação no trabalho.

2- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA PARA A CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Neste capítulo irei descrever várias reflexões, decorridas nos dois campos de estágio, que são referentes a situações por mim vivenciadas. Simultaneamente farei uma análise crítica das mesmas que permitirão mensurar as competências académicas de Mestre e profissionais de Enfermeira Especialista.

Ao longo de toda a minha vida profissional sempre considerei que a reflexão diária integra momentos de aprendizagem pessoal e por esse motivo é um procedimento que tenho mantido ao longo dos anos e que pratiquei durante estes estágios. A prática reflexiva constitui-se como um importante meio de capacitação dos profissionais na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das práticas (Netto et al., 2018). A análise regular do trabalho efetuado (reflexão crítica) está implícita na Excelência do Exercício, permitindo reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Todas as situações que descrevo foram acontecimentos marcantes e determinantes para mim enquanto profissional e pessoa, considerei-as pertinentes para o desenvolvimento e demonstração das minhas competências de enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica - Pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a) também baseadas na Responsabilidade profissional, ética e legal, na Melhoria contínua da qualidade, na Gestão dos cuidados e no Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República & Ordem dos Enfermeiros, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A minha experiência profissional de 29 anos foi um fator facilitador para o desenvolvimento de competências à pessoa em situação crítica e sua família e para a aquisição de novas aprendizagens. Neste momento sou, no meu local de trabalho enfermeira perita, porque tenho a capacidade de passar do estado de compreensão da situação ao estado de ato apropriado, compreendo intuitivamente cada situação detetando o problema com rapidez, quase que de forma inata (Benner et al., 2001). Por este motivo e pela excelente receptividade dos profissionais foi relativamente fácil integrar-me numa equipa no cuidado à pessoa em situação crítica em ambos os locais de estágio. À medida

que os dias foram passando fui-me sentindo parte integrante da equipa, sentimento esse que considero recíproco por parte dos profissionais, havendo momentos de partilha de conhecimentos anteriores e inclusivamente fui identificada como elemento de referência em algumas situações ou procedimentos.

No contexto da minha formação académica como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, defini como objetivo geral para os dois locais de estágio: Desenvolver competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, regulamentadas e publicadas em Diário da República 2.^a série, N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011, pelo Regulamento n.º 124/2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na descrição dos locais de estágio irei abordar temas como liderança, métodos de trabalho, dotação segura e planos de catástrofe e emergência, como forma de abrangência do pensamento necessário ao enfermeiro especialista.

A maioria das definições de Liderança remetem-nos para um processo onde uma influência intencional é exercida sobre indivíduos para guiar, estruturar e facilitar as atividades e relações nos grupos e organizações (Vieira et al., 2013; Parreira et al., 2017). Existe uma distinção entre líder e estilo de liderança. O líder é o indivíduo de um grupo à qual foi atribuída, formal ou informalmente, uma posição de responsabilidade para dirigir e coordenar atividades e pessoas, sendo o principal responsável pelos resultados obtidos pela sua influência (Moscovici, 1997). A liderança é a forma pela qual uma pessoa na posição de líder influencia as demais pessoas no grupo (Parreira et al., 2017).

A dotação adequada na enfermagem contempla a necessidade de estarem sempre disponíveis enfermeiros, em número e com competências adequadas, para uma resposta com qualidade às necessidades dos clientes promovendo um ambiente seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O trabalho dos enfermeiros durante longas horas afeta claramente a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados, assim como a satisfação dos enfermeiros, afetando-os e podendo aumentar o risco de exaustão emocional, stress e insatisfação profissional (Freitas & Parreira, 2013; Stimpfel et al., 2012).

O método de trabalho constitui uma das bases do exercício profissional, com diversas implicações e fatores que podem concorrer para a qualidade e segurança do cuidado de enfermagem. Permite a divisão do trabalho conduzindo a tomadas de decisão

considerando a interação entre os profissionais de saúde presentes (Ventura-Silva et al., 2021).

Ambos os locais de estágio têm definido um Plano de Emergência Interno onde está enumerado o organigrama de estrutura da organização para emergência e todo o pessoal interveniente com respetivo contacto telefónico. O plano de emergência está disponível para consulta e existe plano de formação obrigatória para todos os funcionários. Considerado um instrumento preventivo e de gestão operacional, pois identifica riscos, estabelece os meios para fazer face ao acidente e define a composição das equipas de intervenção, atribuindo-lhes missões (Leal, 2018). Um dos défices mais comuns dos planos de emergência é a deficiente formação em contexto prático, nomeadamente a realização de simulacros, que devem ser planeados, executados e avaliados, com a colaboração eventual do corpo de bombeiros ou de delegados da proteção civil (DRE, 2020). Não tive conhecimento da existência de simulacros nos dois locais de estágio onde estive. Infelizmente é uma prática pouco comum o que pode prejudicar os comportamentos no caso da existência de um episódio de catástrofe.

2.1- Na Unidade de Cuidados Intensivos

Um dos contextos selecionados para a realização da Unidade Curricular Estágio e Relatório foi uma Unidade de Cuidados Intensivos do foro cardíaco. A escolha deste local de estágio prendeu-se pela visão, missão, valores e qualidade da instituição a que pertence e ainda pela diferenciação e especificidade apresentada, sendo uma mais-valia para o desenvolvimento de competências no âmbito da pessoa em situação crítica e sua família e um desafio para mim enquanto enfermeira com 20 anos de bloco operatório. Teve início a 9 de setembro e término a 26 de outubro de 2022 com a duração de 180 H.

Este Hospital iniciou atividade com o objetivo de colmatar carências sentidas em Portugal na prestação de cuidados diferenciados nas áreas de cardiologia e nefrologia. Considerado uma referência para toda a região centro e sul do país no âmbito da Cardiologia de Intervenção. Hospital acreditado com a Acreditação Hospitalar Nível 1, pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), com a última recertificação no ano de 2022. A Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral) faz parte desta unidade hospitalar sendo utilizada a escala de NIHSS (National Institutes of Health Stroke scale) (Direção geral da saúde, 2017). Tem incorporado um Heliporto para receção e evacuação de clientes em

situação crítica/emergente, seja transporte primário ou secundário em Portugal Continental e Ilhas.

A UCI é uma unidade de nível III, constituída por equipas com competências complexas e diferenciadas (médica e de enfermagem), com assistência 24h por dia, onde existe acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta às urgências e aos restantes serviços do Hospital (Diário da República, 2018). Está inserida no serviço de Cardiologia com vertente de enfermaria e UCI (Unidade de Cuidados Intensivos). A UCI é composta por 2 salas com 6 e 2 unidades de internamento respetivamente. A sala maior tem luz natural, com janelas amplas, é uma unidade aberta permitindo melhor e maior vigilância clínica e monitorização, no entanto tem algumas desvantagens como menor privacidade, maior risco de infeção cruzada e maior perceção do ruído. O balcão de enfermagem situa-se em frente às unidades centrais, sendo demasiado perto das mesmas. É aqui que se procede à transição de cuidados de saúde, tornando-a pouco privada, podendo algumas pessoas conscientes percecioná-la e o ruído efetuado pelos enfermeiros torna-se, às vezes, demasiado evidente (Direção Geral de saúde, 2017). O ruído produzido na UCI influencia negativamente as necessidades de repouso e o tratamento da pessoa em situação crítica. A capacidade dos profissionais de fornecerem um ambiente favorável e adequado faz a diferença na recuperação dos clientes (Medeiros et al., 2015).

Esta UCI diferencia-se pela avaliação e tratamento de pessoas portadoras de cardiopatias graves, em situações agudas ou crónicas descompensadas. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nesta UCI consistem em ansiedade, dor aguda, alterações da perceção sensorial e visual, insónia, intolerância à atividade, débito cardíaco diminuído, risco de infeção, eliminação urinária prejudicada, déficit do autocuidado para higiene íntima e integridade de pele prejudicada, decorrentes de diagnósticos médicos como enfarte agudo do miocárdio (EAM), endocardite, tromboembolismo pulmonar (TEP), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), choque cardiogénico e insuficiência valvular (Herdman et al., 2021).

As pessoas em situação de doença crítica que aqui permanecem podem estar conscientes e só dependentes de uma vigilância hemodinâmica mais rigorosa com monitorização básica, ou necessitarem de oxigenoterapia, altoflow, ventilação não invasiva (VNI), ventilação mecânica invasiva (VMI), Ecmo (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) ,

Impella (dispositivo de assistência ventricular esquerda), Heart mate3 (dispositivo de assistência ventricular esquerda portátil), BIA (balão Intra aórtico) ou hemodiafiltração veno-venosa contínua.

Nesta unidade existe protocolo e mala de transporte de pessoa em situação crítica pois são efetuadas transferências para outros hospitais, quando estáveis e sem risco de vida, acompanhados pelos enfermeiros. Existem também variados protocolos, normas de procedimento e instruções de trabalho, quer para administração de terapêutica, quer para cuidados a ter com a pessoa submetida a procedimentos invasivos (ECMO, BIA, ventilação invasiva, hemodiafiltração, punções arteriais e venosas e outras técnicas invasivas), escalas avaliação da dor, estado de consciência e sedação (RASS).

A equipa é composta por sessenta enfermeiros distribuídos por seis equipas de dez a doze elementos cada uma com horários rotativos e nas quais existe um Enfermeiro chefe de equipa. Em toda a equipa existem quatro Enfermeiros Especialistas e um enfermeiro com grau académico de Mestre. Quase todos os enfermeiros circulam entre a UCI e as enfermarias de cardiologia. O rácio máximo é um a dois clientes por enfermeiro, dependendo do número de internados e dos enfermeiros escalados. O rácio adequado enfermeiro/cliente numa UCI polivalente nível III é de 1/1 (Ordem dos Enfermeiros, 2014a).

Os cuidados de Enfermagem são prestados de forma individualizada e personalizada, utilizando-se o método de trabalho individual. A responsabilidade do cuidado prestado, a tomada de decisão e a priorização das intervenções é de um enfermeiro em particular (Ventura-Silva et al., 2021). Verifica-se muita colaboração, ajuda e apoio moral e emocional entre todos os elementos da equipa.

O líder identificado neste contexto de estágio é autocrático, tem atitudes decisivas, sendo exigente no cuidado ao cliente e no respeito pelas normas e procedimentos. Possui um nível de intervenção alto, fixa as tarefas de cada um e determina o modo de concretizá-las (Amestoy et al., 2014; Parreira et al., 2017). Durante o meu estágio verifiquei que o estilo de liderança não era bem aceite por uma parte da equipa, principalmente pelos elementos mais jovens. A observação que fiz permite-me dizer que a, ainda, reduzida maturidade e inteligência emocional e profissional não permite uma visão abrangente da importância de uma boa liderança. Constatei que os profissionais que considerei terem uma inteligência emocional madura lidavam e geriam bem o estilo de liderança existente.

As visitas aos clientes da UCI são efetuadas através de marcação e facilitada a entrada de mais de um familiar, inclusive em simultâneo, tendo em conta o estado do cliente e o estado emocional da visita.

De forma a pormenorizar o objetivo principal, dividi-o em dois objetivos específicos: Desenvolver competências técnicas, éticas e relacionais de Enfermeira Especialista no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de UCI; Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da influência dos estilos de liderança de enfermagem na satisfação/motivação dos profissionais de saúde.

De seguida irei descrever algumas das situações vividas definindo as problemáticas identificadas, assim como as atividades que desenvolvi em cada um dos contextos e respetivos resultados obtidos. Por fim descrevo as competências de enfermeira especialista que considero ter desenvolvido com esses exemplos da minha aprendizagem clínica.

O meu primeiro objetivo para este estágio abrangeu diretamente o cuidado à pessoa em situação crítica, que se entende por ser a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Emergiu da necessidade pessoal de adquirir um nível de excelência no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família, em ambiente de cuidados intensivos e no aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos nesta área do cuidado. Foi crucial, para cumprir este objetivo a integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, que considero ter sido muito positiva. Senti-me desde o primeiro momento parte da equipa e a minha experiência profissional de 29 anos foi, também, um fator facilitador para o desenvolvimento de competências à pessoa em situação crítica, e para a aquisição de novas aprendizagens. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. As pessoas em situação crítica internadas em UCI e sua família, experienciam vários tipos de transição nos diversos contextos do cuidado ao longo do seu percurso hospitalar, ocorrendo também mudanças nos processos familiares. (Azevedo, 2019; Gabriela & Costa, 2016). Cabe ao enfermeiro ajudar os elementos da família a comunicar, tomar decisões, identificar formas de gerir as fontes de stress, reduzir

dificuldades no desempenho do papel e localizar os recursos necessários (Kaakinen et al., 2010).

No início de uma tarde, durante a transição de cuidados de saúde, observei um cliente jovem que apresentava pele pálida e suada, alguma agitação e um traçado eletrocardiográfico com evidência de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. Esta situação alertou-me como sendo um potencial foco de instabilidade, tendo-a identificado como **situação problema**. Atendendo à minha experiência profissional anterior, apercebi-me da situação sob uma perspetiva global e não em termos isolados, mobilizando a minha intuição perante a situação vivida (Benner et al., 2001). Apesar de estar na unidade há pouco tempo tive essa perceção, pelo que considero o meu nível de competência de competente (Benner et al., 2001).

Reconheci como sendo uma **problemática** na medida em que era um foco de instabilidade eminente. Minutos depois, ainda no decorrer da transição de cuidados de saúde o cliente desencadeou uma paragem cardiorespiratória (PCR) sendo de imediato socorrido com manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) pelos enfermeiros ao seu cuidado, havendo necessidade de colaboração extra. Inicialmente afastei-me, pois, apesar de ter experiência em situações idênticas não me sentia conhecedora das rotinas e procedimentos da unidade. Ainda assim, vendo a agitação e necessidade de apoio de uma médica para abordar a via aérea de forma invasiva (estava a ser ventilado de forma não invasiva com recurso a ambú) desenvolvi várias **atividades**, tendo-me oferecido para ajudar e intervi como elemento da equipa de reanimação, utilizando conhecimentos anteriores para ajudar numa situação de emergência (Benner et al., 2001). Colaborei na entubação orotraqueal, verificando a permeabilidade do tubo orotraqueal e procedendo à sua fixação com nastro (em volta da cabeça do cliente). Apesar da agitação instalada a comunicação com o Team Leader (o médico intensivista) era clara e precisa e a cada orientação sua todos efetuavam coordenadamente a sua função (Sinz et al., 2021) Após a entubação bem-sucedida e estando o cliente adaptado à prótese ventilatória, passei a efetuar a administração de terapêutica, pois era o elemento mais próximo do acesso venoso e com competências anteriores para efetuar esse procedimento. Todas as minhas atitudes foram tomadas baseadas nas competências adquiridas anteriormente com a evidencia científica e com a prática clínica (Apóstolo, 2017). Antes da administração da medicação confirmava em voz alta o fármaco administrado a dose, e a hora (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde melhora a segurança do cliente e contribui para a diminuição dos eventos adversos. As falhas mais

comuns de comunicação entre os profissionais de saúde estão relacionadas com omissão ou engano na passagem de informação, sendo a causa de eventos adversos na saúde em 70% dos casos (Direção Geral de saúde, 2017). Para uma reanimação bem-sucedida é essencial que as equipas de reanimação estejam capacitadas e treinadas, e que cada elemento esteja comprometido com a sua função. Equipas de alto desempenho são essenciais para reanimações bem-sucedidas (Sinz et al., 2021). Na continuidade da reanimação foi necessário dar apoio aos procedimentos invasivos, como colocar acessos venosos periféricos e centrais, nos quais colaborei diretamente, dei assistência e executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica, demonstrando conhecimentos e habilidades em SAV de acordo com os meus conhecimentos e experiências profissionais anteriores em situações de emergência (Benner et al., 2001). Apesar de ser uma estudante em estágio não houve momento algum em que alguém me abordasse nesse sentido, demonstrei numa situação de emergência, mesmo a quem não me conhecia, que tinha conhecimentos e competência para estar no centro da reanimação. Depois do cliente estar estabilizado, o enfermeiro orientador abordou-me elogiando e agradecendo a minha prestação e reconhecendo as minhas competências nesse âmbito. Mantive-me sempre integrada na equipa na prestação do cuidado, prestando cuidados com raciocínio clínico autónomo e em parceria com o meu orientador e a equipa médica.

O fato de ter frequentado, a convite do Enfermeiro orientador, uma formação sobre a função cardíaca, intitulada “Leitura de traçados cardíacos” foi um fator coadjuvante para me sentir ainda mais capacitada e preparada para o cuidado numa unidade diferenciada em patologia coronária. A Prática Baseada na Evidência (PBE) possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Inserida no contexto em que estava a estagiar permitiu-me identificar com mais celeridade os focos de instabilidade e estar preparada para atuar em qualquer evento que ocorresse. Após toda a situação estar estabilizada, num momento de pequena reflexão entre mim e o Enfermeiro orientador, efetuámos uma avaliação primária do meu desempenho na equipa, na medida em que, a PBE incorpora também a competência clínica do profissional para as tomadas de decisão (Galvão & Sawada, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2012) (Anexo 2).

Nesse turno foi-me atribuído esse cliente, pelo que colaborei intensamente em todas as intervenções necessárias. Quando iniciei o cuidado, encontrava-se hemodinamicamente instável tendo sido necessário proceder a manobras invasivas de suporte cardiovascular,

nomeadamente colocação de cânulas para ECMO e BIA nas quais colaborei, quer na preparação do material necessário como no apoio à canulação, sem dificuldade.

Após os procedimentos invasivos e iniciada a administração via endovenosa de todos os fármacos inotrópicos e cronotrópicos necessários foi necessário proceder a todas as medidas de conforto até então não prioritárias. Apesar da sua instabilidade hemodinâmica, procedi a ligeiros cuidados de higiene e conforto com toalhetes próprios para esse efeito, nomeadamente, a higiene da boca e lábios e de algumas zonas do seu corpo que estavam sujas de sangue devido aos procedimentos efetuados. Substitui todos os pensos que estavam repassados e a descolar e o resguardo da cama que se encontrava sujo e molhado, colocando resguardos absorvíveis junto aos acessos vasculares pois estavam sangrantes, para desta forma conseguir manter os lençóis o mais secos possíveis. Depois destes procedimentos coloquei um lençol limpo a tapar o seu corpo desnudo, salvaguardando a sua privacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Os cuidados pós PCR são fundamentais para uma recuperação mais célere. Um dos cuidados essenciais é a recuperação/manutenção da normotermia, devido ao elevado grau de exposição durante a PCR. O controle direcionado da temperatura é um cuidado de excelência e que trás benefícios para o cliente do ponto de vista neurológico, cardiovascular, respiratório e renal (Sinz et al., 2021). A temperatura deve ser mantida entre os 32°C (graus centígrados.) e 36°C durante pelo menos 24h de forma a manter estáveis todas as funções vitais após a PCR. Para supervisionar continuamente a temperatura corporal do cliente, procedi à colocação do termómetro axilar com monitorização contínua. Desta forma providenciei cuidados diretos à pessoa em situação crítica, tanto no contexto de reanimação como nos cuidados pós PCR, demonstrando competências técnicas e proficiência (Benner et al., 2001; Sinz et al., 2021).

Tendo conhecimentos das complicações da hipotermia em todos os sistemas do organismo, tive o cuidado de, após verificar a primeira temperatura corporal, avaliar/vigiar outros sinais que pudessem evidenciar situações problema, nomeadamente, a existência de shivering, a pressão artéria média (PAM), a oxigenação e ventilação, a glicémia capilar e a função renal (Capelo, 2017). Não verifiquei intercorrências. A atenção plena no cuidado à pessoa em situação crítica obriga o enfermeiro à antecipação de atitudes e à mobilização de conhecimentos e recursos de forma a oferecer cuidados de grande complexidade (Benner et al., 2001).

Durante todos os cuidados de conforto as cortinas da unidade do Sr. P. estiveram sempre fechadas, proporcionando respeito pela sua individualidade, privacidade e dignidade humana, consideradas como o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Os **resultados** obtidos após estas abordagens consistiram na entubação orotraqueal com sucesso e adaptação a prótese ventilatória, na recuperação dos sinais vitais, mantendo uma frequência cardíaca mais estabilizada, na colocação de acessos venosos periféricos e centrais e acesso arterial e na manutenção da temperatura corporal entre 35 e 36° C.

Com este exemplo da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Nomeadamente, na identificação precoce de focos de instabilidade, atuando de forma rápida e antecipando situações problema; na colaboração e execução cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica, demonstrando ter conhecimentos e habilidades em SAV; na comunicação em contexto de emergência (comunicação assertiva e atenta na equipa de reanimação); na priorização de intervenções especializadas e na prevenção de complicações atempadamente e com segurança; na promoção de um ambiente seguro, proteção dos direitos humanos, privacidade e dignidade do cliente; na mobilização de conhecimentos e habilidades proporcionando cuidados de qualidade; na capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar; na autoconsciência enquanto enfermeira e pessoa; na intervenção fundamentada pela evidência existente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Todo o cliente submetido a canulação e a ECMO necessita de suporte a vários níveis pois trata-se de uma técnica que acarreta vários riscos, nomeadamente a formação de coágulos (Chaica et al., 2020). Neste caso o cliente estava sedo-analgesiado e ventilado, por também falência cardíaca, encontrando-se polimedicado, medicação essa a ser infundida por cateter venoso central. Identifiquei várias **situações problema** com necessidade de intervenção diferenciada.

A oxigenação por membrana extracorporeal é um recurso utilizado em contexto de falência cardíaca ou pulmonar quando as medidas convencionais se tornam limitadas para o suporte vital. A oxigenação por membrana extracorporeal não constitui uma resolução permanente para o problema identificado, é utilizada como uma medida temporária de

suporte, permitindo a recuperação cardio-pulmonar. Pode também ser utilizada como ponte para uma solução permanente como dispositivos de assistência ventricular esquerda ou até o transplante pulmonar e/ou cardíaco (Chaica et al., 2020). Nesta situação foi utilizada a oxigenação extracorporeal venoarterial porque apresentava falência cardíaca. A pessoa em situação crítica sob oxigenação por membrana extracorporeal exige cuidados de enfermagem diferenciados e altamente especializados (Maurer & Souza, 2020). Perante a **problemática** do cliente submetido a ECMO, tive oportunidade de desenvolver várias **atividades**, intervindo diretamente no cuidado. Realizei a avaliação integral do circuito, verifiquei se este se encontrava permeável, as conexões bem-adaptadas, considerando particularmente a membrana do circuito, visualizando se existiam coágulos ou depósitos de fibrina que determinassem a sua substituição. Realizei colheita de sangue para estudo da coagulação em diversos momentos, de acordo com o protocolo do serviço. O estudo da coagulação é um parâmetro de controlo rigoroso em pessoas sob ECMO devido à perfusão contínua de terapêutica anticoagulante (Maurer & Souza, 2020).

A adequada gestão de terapêutica é uma preocupação permanente para o enfermeiro, dada a sua responsabilidade na gestão de protocolos terapêuticos complexos, como terapêutica sedativa, analgésica, vasopressora e vasodilatadora da qual dependia a sua vida (Vitorino, 2020). Neste contexto e para que o cliente não tivesse momentos de agitação ajustei a terapêutica sedo analgésica para obter um nível equilibrado de sedação, mantendo-o em coma terapêutico de forma a proteger todos os tratamentos invasivos de que estava a ser alvo. Efetuei pelo menos duas a três vezes por turno a avaliação pela escala de coma de Glasgow, onde verificava a capacidade de abertura dos olhos, a resposta motora e verbal apresentada perante o estímulo efetuado. O estímulo utilizado era chamar pelo seu nome, pedir para fazer algum movimento e/ou ligeiros toques nos ombros ou braços para verificar a sua reação. Após cada avaliação procedi ao registo informático do valor apresentado e qual a reação exibida (Baptista, 2003; Guerreiro et al., 2015).

Torna-se importante conhecer toda a farmacologia ao dispor do cliente para ser capaz de reconhecer/prever efeitos secundários dos fármacos. Sempre grandemente dependente de fármacos inotrópicos, cronotrópicos e aminas, com ECMO e BIA, era necessária a avaliação periódica da temperatura e perfusão periférica dos membros inferiores para despistar sinais de compromisso neuro circulatório, nomeadamente a palpação manual dos pulsos pediosos ou com o auxílio de um doppler, que efetuava duas vezes por turno e que se manteve sempre dentro dos limites normais. Também duas vezes por turno

verificava a integridade e limpeza dos pensos dos locais de inserção dos cateteres de grande calibre e sempre que era necessário eram substituídos e, nesse momento, verificava os locais de inserção dos mesmos, despistando sinais inflamatórios ou de hemorragia. Este género de cliente crítico necessita de cuidado especializado e competente (Maurer & Souza, 2020). Toda a evidência demonstrada nestas avaliações periódicas foi registada em processo clínico, assim como todas outras intervenções realizadas, inclusive as medidas de conforto. Os registos de enfermagem compreendem informação objetiva, importante e asseguram a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2014b).

A infusão intravenosa contínua de heparina é o método mais comumente utilizado para anticoagular os clientes submetidos a ECMO, sendo necessário verificar frequentemente os valores analíticos da coagulação sistémica. Os métodos para o controlo da anticoagulação são: o tempo de coagulação ativada (ACT), o tempo de trombolastina parcial ativada (APTT) e a dosagem do fator anti-Xa4. O ACT apresenta baixo custo e é facilmente realizado junto ao cliente, o que facilita a tomada de decisão no ajuste da perfusão da heparina. No entanto, é sensível a influências como hipotermia, hemodiluição, anemia, hipofibrinogénia, trombocitopénia e outras deficiências de fatores de coagulação. A dosagem do fator anti-Xa é considerada o “ex libris” no controlo da anticoagulação, porém é pouco utilizada pelo seu custo elevado (Strong & Tralhão, 2019). A equipa médica e de enfermagem atua no controlo dos níveis de anticoagulação com o objetivo de promover adequação rápida na administração de heparina, visando atingir os níveis adequados de anti coagulação de acordo com alvos pré-estabelecidos para o tratamento de cada cliente. Neste caso foi iniciada a perfusão de heparina segundo o protocolo da Unidade. A heparina não fracionada (HNF) é o anticoagulante de eleição, porque apresenta um início de ação rápido e uma semivida curta (30-90 minutos) com a possibilidade de monitorização frequente existindo um fármaco de reversão (sulfato de protamina). Foi iniciada perfusão de heparina pelo cateter venoso central na diluição de 25000 UI/50 cc de soro fisiológico, a perfundir inicialmente, a 5 UI/kg/h (podendo ser aumentada, se necessário, até uma dose máxima de 20 UI/kg/h), cerca de 2 horas após o bólus inicial e a canulação. Quatro horas após o início da perfusão efetuei uma colheita de sangue para avaliação do APTT, segundo protocolo existente na unidade. O valor de referência do APTT para clientes submetidos a ECMO é de 50-75 segundos. Sempre que se verificava uma alteração nos valores de APTT, a perfusão era ajustada pelos

enfermeiros responsáveis pelo cliente. Nesse dia fui eu a responsável por esse ajuste, sendo inicialmente difícil a sua gestão, recorrendo ao raciocínio clínico partilhado com o Enfermeiro orientador. No entanto e com o decorrer das horas e dos dias fui sendo cada vez mais autónoma nesse raciocínio. Sempre que a dose era reajustada, efetuava-se nova colheita de sangue e avaliação do APTT após 4 h (Strong & Tralhão, 2019).

Os clientes submetidos a ECMO veno arterial sustentam riscos potenciais como: hemorragia (30 a 56%), infeção secundária, hemólise (5 a 18%), lesão renal aguda (33 a 55%), síndrome de resposta inflamatória sistémica, pós carga do ventrículo esquerdo, riscos vasculares (20 a 30%), riscos neurológicos e alterações da farmacocinética dos fármacos utilizados (Strong & Tralhão, 2019; Guglin et al., 2019). Por estes motivos a vigilância destes clientes é permanente e todos os fármacos administrados, quer em perfusão contínua ou em bólus têm de ser obrigatoriamente monitorizados, assim como todas as suas funções vitais (Maurer & Souza, 2020). Para despiste de complicações efetuei avaliação horária do débito urinário e suas características, avaliação periódica (duas vezes por turno) da função respiratória através da gasometria arterial e monitorização permanente da sua adaptação à prótese ventilatória, monitorização permanente dos sinais vitais e conseqüente débito cardíaco, avaliação do tempo de preenchimento capilar (uma a duas vezes por turno), avaliação da temperatura, integridade e coloração da pele (uma a duas vezes por turno), avaliação do estado de consciência (Escala de comas de Glasgow) e avaliação periódica dos pensos (Maurer & Nogueira De Souza, 2020; Strong & Tralhão, 2019).

A ECMO tem sido utilizada desde a década de 70 e tornou-se o dispositivo preferido para suporte hemodinâmico de curto prazo em pacientes com choque cardiogénico e síndrome de doença respiratória aguda. Apesar de ser uma técnica dispendiosa apresenta uma relação custo/benefício/anos de vida muito satisfatória, vários estudos evidenciam uma taxa de sobrevivência dos clientes submetidos a ECMO de 40 a 60% (Guglin et al., 2019; Lavezzo et al., 2022; Ribeiro, 2021). Os **resultados** obtidos compreenderam uma boa permeabilidade do filtro do ECMO, o equilíbrio entre todas as perfusões de fármacos mantendo uma PAM entre 55 e 65 mmHg (milímetros de mercúrio), valores de APTT entre os 50 e 60 segundos, pulsos pediosos mantidos bilateralmente, o tempo de preenchimento capilar (TPC) inferior a 2 segundos, a temperatura corporal entre 35 e 36° C e uma avaliação Glasgow de 9.

Com este exemplo da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que diz respeito ao diagnóstico e despiste precoce de complicações resultantes da administração de terapêutica complexa, gerindo conhecimentos e utilizado vários géneros de medicação e suas compatibilidades; efetuei uma avaliação correta e atempada das respostas obtidas após o cuidado; utilizei a evidência científica como suporte para a prática da clínica; apliquei princípios, valores, normas, protocolos e evidência científica como base para a tomada de decisão e avaliei os resultados inerentes às tomadas de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Vitorino, 2020).

No seguinte dia de estágio, verifiquei que o cliente continuava quase no mesmo estado, com o mesmo suporte cardio-pulmonar, tendo ficado responsável por todos os cuidados e tomadas de decisão. A avaliação inicial pormenorizada do seu estado geral e parâmetros hemodinâmicos, identificada como situação **problema**, foi efetuada pela abordagem A B C D E (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) verifiquei toda a panóplia de perfusões que estavam em curso e a necessidade de antecipar a preparação de alguma medicação, à qual procedi. A abordagem A B C D E compreende a avaliação da via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição. Considerei a avaliação A B C D E como **problemática** na medida em que requer muita perícia e experiência, sendo crucial uma avaliação cuidadosa para um cuidado de excelência. Permite sistematizar o cuidado inicial ao cliente crítico, ajudando a focalizar as prioridades para a sua abordagem (Guimarães et al., 2015). As **atividades** que desenvolvi passaram por avaliar a via aérea, verificando a permeabilidade do tubo orotraqueal, a pressão do cuff com o cufómetro e sua adaptação à prótese ventilatória. Consequentemente avaliei a qualidade e quantidade dos ciclos respiratórios, nomeadamente a frequência respiratória, a amplitude torácica e a simetria de ambos os hemitorax, confirmando a otimização da ventilação e respetiva oxigenação. O cliente em situação crítica está sujeito a monitorização hemodinâmica permanente, permitindo uma avaliação global e fidedigna (Costa, A., 2012). Efetuei uma apreciação cuidadosa de todos os locais de inserção das cânulas e cateteres e respetivos pensos, despistando sinais de hemorragia. Observei a coloração da sua pele e mucosas, despistando sinais de baixa oxigenação periférica ou compromisso neurocirculatório, que não foram verificadas. O TPC permite uma avaliação fiel da volémia do cliente que associado à avaliação de outros parâmetros vitais permite uma apreciação segura sobre o estado circulatório e respiratório do mesmo. A avaliação do TPC e da temperatura da pele são bons preditores de perfusão periférica (Ponte &

Adriana, 2014). A avaliação neurológica estava ligeiramente comprometida devido à sedação profunda à qual estava sujeito. Ainda assim observei a reatividade, tamanho e simetria pupilar despistando sinais de lesão neurológica. Foi também avaliada a escala de Glasgow e registados todos as avaliações efetuadas (Baptista, 2003; Guimarães et al., 2015). A exposição a que estava sujeito dependia dos procedimentos ou do cuidado a ser efetuado, respeitando sempre a sua privacidade, intimidade e dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). O conforto pressupõe ausência de preocupação, dor e sofrimento físico ou psicológico, é considerado uma experiência holística (Kolcaba et al., 2006; Veludo, 2018). Durante o cuidado efetuei uma observação direta e pormenorizada do cliente e tive o cuidado de o abordar sempre pelo nome. Apesar do seu grau de sedação solicitei sempre autorização para os procedimentos e/ou informei-o do que iria fazer na medida em que todas as intervenções devem ser efetuadas de acordo com a pessoa, uma vez que esta é a principal interveniente nas decisões de saúde que lhe dizem respeito. O dever de informar está implícito no cuidado de enfermagem, assim como o consentimento. O fato de informar e pedir consentimento ao cliente e família torna-os parceiros nos períodos de transições (Assembleia da República, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Desta forma salvaguardei os princípios éticos, morais e legais integrando-os no meu cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Mantive uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente respeitando-o, independentemente do seu estado de consciência e capacidade de aceitação (Gouveia, 2017; Rodrigues, 2013a). Ao proporcionar todas as medidas de conforto e bem-estar consegui minimizar alguma dor presente. Apesar do cliente não conseguir manifestar verbalmente qualquer palavra, a observação que fiz de forma direta e a intuição que tenho adquirida permitiram-me perceber a dor enquanto desconforto, nomeadamente pela monitorização dos sinais vitais, observação pupilar e pela própria expressão/reacção ao toque (Benner et al., 2001; Santos et al., 2015).

No decorrer do turno, a médica responsável alterou alguns parâmetros ventilatórios, pelo que considerei pertinente repetir uma gasometria arterial cerca de 1h depois, para avaliar a resposta fisiológica do cliente à nova situação, tendo verificado valores dentro da normalidade. Tomei esta atitude de forma responsável e consciente, argumentando o procedimento baseando-me em evidências científicas e conhecimentos anteriores. As decisões e os atos praticados são responsabilidade do enfermeiro enquanto cuidador (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Como **resultados** consegui fazer uma avaliação hemodinâmica completa e pormenorizada, despistando outras situações problema que

pudessem surgir. Apresentava-se bem-adaptado à prótese ventilatória, sem sinais visíveis de hemorragias, um Glasgow de 9, boa permeabilidade capilar e com medidas de conforto e bem-estar adequadas respeitando a sua dignidade.

Com este exemplo da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que diz respeito ao estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica reconhecendo as transações existentes, à tomada de decisão respeitando os princípios éticos, morais e os valores e normas deontológicas; à tomada de decisão e autonomia no cuidado; ao respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais e na avaliação dos resultados das tomadas de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Lourenço et al., 2022).

Na segunda semana de estágio o Sr. P. encontrava-se sob VMI, embora consciente, estava desorientado na pessoa, no tempo e no espaço. Existe um sentimento de impotência na maioria das pessoas submetidas a VMI por serem incapazes de expressar verbalmente a dor e os sentimentos que têm o que me levou a identificar neste contexto a **situação problema**. A literatura descreve que pessoas que estiveram internadas em UCI referem que gritavam de dor por dentro não o conseguindo comunicar com os profissionais (Martinho, 2016). A dificuldade existente na comunicação entre os clientes sob VMI e os profissionais nas UCI evidencia uma **problemática**. Segundo alguns estudos, cerca de 62% dos clientes manifestaram elevados níveis de frustração devido à dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde durante o período de VMI. Grande parte dos clientes considerou que os profissionais envolvidos no seu cuidado se esforçavam por os entender, ainda assim, muitas vezes não tinham sucesso na descodificação e compreensão das mensagens não verbais. A comunicação é maioritariamente iniciada pelos enfermeiros (86,2%) e o sucesso da comunicação ronda 70%, ainda assim, 40% dos clientes referiram dificuldades de comunicação, principalmente quando a mensagem a transmitir se referia à dor (Martinho, 2016).

Ao verificar a sua agitação, aproximei-me, toquei-lhe no braço e abordando-o pelo nome apresentei-me, dizendo o meu nome e que seria a enfermeira responsável por ele naquele turno. O toque é muitas vezes simbólico caracterizando o cuidar. À semelhança de qualquer outra forma de comunicação o toque transmite numerosas mensagens e deve ser utilizado com respeito e discernimento (Benner et al., 2001). O respeito pela dignidade humana é o pilar do qual nascem princípios e valores que devem estar presentes em todas as situações inclusive em situações de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2015^a). O

Sr. P. dirigiu o olhar na minha direção, expliquei-lhe onde estava, e o que lhe tinha acontecido, tendo pedido que me respondesse com um aceno de cabeça (movimentos de sim ou não) e que me apertasse a mão às minhas questões e esclarecimentos, tendo conseguido acalmá-lo temporariamente. A comunicação é o principal veículo que permite desenvolver e manter a relação enfermeiro/cliente, sendo componente essencial do papel terapêutico (Matos, 2012; Direção Geral de saúde, 2017; Martinho, C. 2016). Consegui obter feedback sentindo que naquele momento o meu objetivo foi cumprido, deixando-o mais tranquilo, pois demonstrou compreender o que lhe disse. Eu senti-me bastante realizada pois consegui manter uma comunicação assertiva, empática e positiva (Gomes, B., 2020; Matos, 2012).

Durante os momentos de sedação profunda a comunicação tornou-se mais difícil pois não obtive qualquer tipo de resposta, no entanto, a minha abordagem baseou-se sempre no respeito e nas suas necessidades. As **atividades** desenvolvidas nesses momentos basearam-se em abordá-lo sempre pelo seu nome, dizendo bom dia e quem eu era, explicando cada procedimento e “alertando -o” para algum desconforto que pudesse sentir. Durante o meu percurso profissional fui desenvolvendo competências e aprendizagens que me forneceram capacidades perçecionais adquiridas através de experiências anteriores e da teoria conhecida, sendo o cuidado efetuado de forma natural e atempada, prevendo, inclusivamente, situações problema (Benner et al., 2001).

Sempre que estava a fazer turno na Unidade, fui a enfermeira responsável pelo Sr.P., pelo que fui o elemento de referência para ele e família, acompanhando os seus processos de transição. O meu envolvimento nesta situação de saúde-doença e no cuidado que direcionei ao cliente e família proporcionou um processo de transição saudável para todos, na medida em que me tornei um elemento de confiança e segurança. Transcrevo, com a devida autorização verbal do Sr. P., uma mensagem recebida por ele após a alta clínica, que justifica as minhas palavras anteriores: *“A par da minha família foste sem dúvida a pessoa mais importante na minha recuperação, eras o meu farol ali dentro, a pessoa que eu procurava, a pessoa que me fazia sentir em casa e em que eu mais confiava. Desde o início que senti uma grande segurança e confiança quando estavas a cuidar de mim e gerou-se uma grande empatia entre nós, às vezes bastava trocarmos um olhar para eu me sentir mais confortável e confiante. São sentimentos difíceis de explicar por palavras”*.

O cuidado de enfermagem é fortemente influenciado pelas transições revelando-se numa tarefa desafiante uma vez que proporcionar transições saudáveis depende das singularidades de cada indivíduo, da sua consciência e do nível de envolvimento que tem na sua recuperação e nos cuidados (Costa, L., 2016; Tomey et al., 2004).

Quando os pais ou a esposa do Sr. P. o iam visitar, observei comportamentos de dor e medo. Algumas vezes fui abordada e abordei-os para esclarecer dúvidas e receios, explicando-lhes que se podiam aproximar, tocar-lhe e até beijá-lo, só tendo cuidado com a panóplia do desconhecido à sua volta. No sentido de proporcionar maior proximidade baixei a grade da cama e estive sempre ao seu lado demonstrando confiança e tranquilidade, incentivando ao toque e à comunicação. Existe evidência de que uma das dificuldades apresentadas pela família na UCI é saber como se comportar quando está junto do familiar por medo do desconhecido, ainda assim torna-se fundamental que a família seja parceira no cuidado (Rodrigues, 2013b).

A comunicação com a família também é um fator facilitador das transições na medida em que facilita o processo familiar e mantém os níveis de stress reduzidos, pelo que sempre que os familiares estavam presentes eu aproximava-me e abordava-os no sentido de estar e me mostrar disponível para qualquer esclarecimento de forma clara, honesta e perceptível. Era evidente o alívio que mostravam quando me mantinha em contato, no entanto deixava alguns momentos para que pudessem estar junto do seu familiar sem interferências, incentivando-os sempre a manterem alguma comunicação, explicado que a audição é um sentido que poderá estar sempre alerta (Direção Geral de saúde, 2017; Rodrigues, 2013b).

Durante algumas conversas com a família conheci os gostos do Sr. P. pela leitura e pela música e que era professor de Filosofia. Desta forma, tornou-se mais fácil abordar outros temas com o mesmo, após reduzida a sedação. Conseguia perceber na expressão dele que o próprio sabia que eu conhecia algo do seu mundo, inclusive o nome da esposa e do filho. Conhecer a estrutura familiar é fundamental sendo através desta que o enfermeiro conhece a pessoa de quem cuida, as suas crenças religiosas e espirituais e as práticas culturais permitindo a personalização do cuidado (Azevedo, 2019; Rodrigues, 2013a). Assim, com comunicação não verbal conseguíamos “falar” de outros assuntos, havendo, no entanto, alguns momentos de ansiedade e agitação pois a incapacidade de comunicar afetava-o. O facto de me ouvir e não conseguir responder da mesma forma provocou alguns momentos de ansiedade, descritos na literatura como situações de stress, medo,

sofrimento físico, frustração, impotência e despersonalização (Matos, 2012). O estabelecimento de uma relação de confiança e cooperação entre o cliente, a família e os profissionais é fundamental pois permite perceber quais as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável. Esta relação baseia-se numa comunicação positiva, essencial para proporcionar apoio e tranquilidade perante a situação de doença (Direção Geral de saúde, 2017; Martinho, 2016). Os **resultados** obtidos através das atividades que desenvolvi incluíram uma comunicação positiva com a família, uma relação de confiança com o cliente e família, o conhecimento da estrutura familiar e os gostos do cliente, consegui obter um dirigir do olhar na direção da minha voz e resposta motora através do aperto da mão.

Com este exemplo da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que diz respeito à comunicação com a pessoa em situação crítica e sob VMI e respetiva família, adaptando a mesma à complexidade da situação; à gestão de sentimentos pessoais transmitindo confiança e segurança a quem tinha ao meu cuidado e família; à demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa e família em situação crítica; ao desenvolvimento de estratégias e habilidades facilitadoras de comunicação com o cliente ventilado e sua família, estabelecendo uma relação terapêutica com os mesmos, reconhecendo e respeitando todos os momentos de medo e ansiedade vividos e desenvolvendo uma relação de ajuda (Direção Geral de saúde, 2017; Matos, 2012; Martinho, 2016).

Chegou o dia em que o Sr. P. ia ser extubado e após lhe ter sido comunicado a sua ansiedade aumentou. Identifiquei este acontecimento como **situação problema** na medida em que era um acontecimento novo para ele e desencadeador de medos e ansiosos. O desmame da VMI tem sido foco da investigação clínica. A evidência demonstra que o desmame ventilatório orientado por protocolo reduz a duração média da VMI, a duração do tempo de desmame ventilatório e o tempo de internamento em UCI (Martins, M., 2019). É considerado um dos procedimentos mais difíceis de gerir no cuidado ao cliente crítico, evidencia-se que cerca de 40% do tempo utilizado no mesmo é despendido no desmame ventilatório (Melo, 2022). A sua complexidade e sucesso podem considerar-se uma **problemática** exigindo um trabalho coordenado entre enfermeiros e médicos. A gestão do desmame ventilatório exige conhecimentos e habilidades para fornecer

cuidados seguros e de qualidade minimizando o risco de complicações (Martins, 2019; Melo, 2022).

Após pequena reunião entre mim, o enfermeiro orientador e os médicos responsáveis, decidiu-se que seria eu a profissional responsável pelo procedimento. Iniciei imediatamente algumas **atividades** nesse sentido e dirigi-me ao cliente explicando-lhe calmamente quais seriam os passos para o procedimento. Que era necessário coloca-lo primeiro a respirar sozinho com o apoio de oxigénio e que ao fim de 15 minutos iríamos fazer uma análise, estando bem repetir-se-ia a situação nos 15 minutos seguintes. Durante esta explicação estivemos sempre em contato direto com o olhar e num certo momento ele agarrou na minha mão procurando o conforto que precisava e eu correspondi.

Conhecendo o seu gosto pela música e após o seu consentimento coloquei o meu telemóvel junto à sua cabeceira com música Jazz, ficando mais tranquilo e relaxado. Desde muito cedo na história do Homem que a música é encarada como fonte terapêutica, sendo-lhe atribuída a capacidade de afastar os espíritos malignos responsáveis pelas doenças (Arenas, 2021). A música permite um melhor controlo da ansiedade em clientes sob VMI sendo possível reduzir significativamente o consumo de sedativos e analgésicos (Gomes & Simões, 2014; Shambo et al., 2015). A utilização de música pode ser utilizada como um instrumento terapêutico de intervenção não farmacológica para aumentar o relaxamento e reduzir a ansiedade dos clientes em UCI, promovendo a sua recuperação desde que apreciada por quem a ouve (Arenas, 2021). Enquanto ouvia música fui-lhe explicando pormenorizadamente como se iria proceder à extubação, que inicialmente iriam ser aspiradas algumas secreções que poderia ter no tubo e do desconforto provocado. Posteriormente disse-lhe que ia desinsuflar um balão que estava a fixar o tubo à sua traqueia e que posteriormente seria retirado com um movimento contínuo e relativamente rápido e que esse movimento seria desagradável, podendo provocar tosse. Alertei-o sempre que todo o desconforto que poderia sentir era normal, para não ficar preocupado. Por fim expliquei-lhe que não iria conseguir falar de imediato pois as suas cordas vocais estavam destreinadas e magoadas. Que não seria problemático e que não deveria esforçar-se para falar. Naquele momento senti que fui capaz de transmitir força e energia fazendo-o desejar e fornecendo-lhe capacidade para melhorar (Benner et al., 2001). Os efeitos da musica interferem diretamente nas funções fisiológicas e emocionais, dos clientes e dos profissionais de saúde, contribuindo para um relacionamento saudável entre ambos durante o período de internamento (Almerud & Petersson, 2003). Chegado

o momento da extubação foram-lhe recordados todos os passos. Fui eu que o extubei (com a colaboração do Enfermeiro orientador) mantendo sempre o contato visual direto. O procedimento não teve intercorrências e foi colocado em ventilação espontânea com aporte de oxigénio. As intervenções de enfermagem devem ser baseadas no ser com a pessoa, através das suas experiências, ritmo e caminho que escolher (Azevedo, 2019; Costa, 1999). Para mim foi um momento muito gratificante poder ter contribuído para a evolução clínica do Sr. P. e emocionalmente feliz quando vi reconhecido nos seus olhos a felicidade de não estar dependente de um ventilador. Segurou no meu braço e levou-o junto de si, quase como um abraço, um agradecimento. Os **resultados** obtidos durante e após este procedimento foram de compreensão e colaboração por parte do cliente, havendo uma enorme confiança. A extubação teve o sucesso pretendido ficando em ventilação espontânea com suporte de oxigénio através de máscara facial e com boas saturações periféricas.

Com este exemplo da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que respeita à capacidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrando conhecimentos e habilidades perante situações diferenciadas; à capacidade de comunicar em contexto de decisão clínica e de trabalhar em equipa multidisciplinar; à aptidão para comunicar assertivamente e de forma a transmitir tranquilidade e confiança ao cliente em situação crítica; à habilidade para gerir momentos de medo e ansiedade proporcionando um ambiente tranquilizador; à capacidade para criar e manter uma relação terapêutica de confiança, reconhecendo o processo de transição em causa e avaliando a evolução da situação; à utilização de conhecimento baseado na evidência para o cuidado ao cliente em situação crítica (Alves, P. 2012; Direção Geral de saúde, 2017; Galvão & Sawada, 2003; Lourenço et al., 2022).

Logo após a extubação o cliente quis falar, no entanto, a sua voz não “saía”, tendo identificado este episódio como **situação problema**. Relembrei-o que era uma situação normal e reversível, ainda assim estava preocupado. Os sintomas fonatórios após extubação orotraqueal prolongada são auto limitados e desaparecem num período de tempo entre 24 a 48 horas. Os sintomas/sinais mais frequentes são a rouquidão (14,4% a 50%) e a paralisia de uma das cordas vocais (1% a 39%). A voz é fraca e débil, resultando num cansaço e esforço muscular exaustivo durante a fonação (Mota et al., 2012; Vilelas et al., 2011). Perante a **problemática** evidenciada de incapacidade vocal, de reduzida

motricidade fina e do seu estado de ansiedade para comunicar defini a execução de algumas **atividades** facilitadoras, começando por lhe fornecer material de escrita, após ter questionado se concordava. Apesar de haver um esforço da sua parte, não foi fácil pois a sua motricidade fina estava diminuída. A Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) contribui para ultrapassar barreiras à comunicação, principalmente quando a verbal está impedida e/ou prejudicada, apoiando a comunicação bidirecional, tendo-me fundamentado neste contexto (Pina et al., 2020). Furneci-lhe a minha caneta e uma folha de papel apoiada numa placa para que pudesse escrever, e letra a letra foi comunicando comigo enquanto verbalmente eu lia o que escrevia. Com alguma insistência da sua parte e dedicação minha consegui perceber algumas das suas preocupações. Consegui perceber os seus medos e dúvidas, não sabia o que tinha acontecido, não se lembrava, queria saber mais, tendo-o esclarecido. Fiz por me colocar no seu lugar, considerando que a empatia é a capacidade de compreender o que a outra pessoa está a experienciar a partir do seu quadro de referência, ou seja, proporcionar cuidados de enfermagem de excelência, com respeito e dignidade (Matos, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No início da comunicação senti-me frustrada por não o perceber porque sabia que o estava a deixar ansioso. O fato de se expressar com tanta dificuldade e esforço provocou em mim quase que uma obrigação de o entender, no entanto era muito difícil. Ainda assim mantive-me firme e focada, não desistindo e com o decorrer da comunicação comecei a entender qualquer coisa sendo nítido o alívio que sentia expresso pelo seu fácies emagrecido. Este meu sentimento atenuou-se e senti-me capaz de proporcionar um cuidado e conforto mais seguro e de melhor qualidade, estávamos os dois com o mesmo foco, o de o fazer perceber a razão do seu internamento e da presença da sua família, mesmo quando estava profundamente sedado (Alves, 2012). Como **resultados** consegui entender o cliente, esclarecer a suas dúvidas e manter uma comunicação não verbal que foi crucial para o esclarecer e tranquilizar.

Com estes exemplos da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, reconhecendo o impacto da mesma na pessoa e família, personalizando-a e efetuando a sua avaliação; à utilização de estratégias e técnicas facilitadoras e alternativas para uma comunicação positiva de acordo com capacidades e necessidades do cliente naquele momento; à capacidade de gerir as emoções do cliente e família após o momento de extubação; à capacidade de adequar a relação de ajuda e apoio

ao cliente e família de acordo com a situação vivenciada; à aptidão para pesquisar e aplicar a evidência científica na prática clínica; à capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades caminhando para o cuidado de excelência e ao aperfeiçoamento da inteligência emocional gerindo eficazmente as minhas emoções (Alves et al., 2012; Direção Geral de saúde, 2017; Duarte & Leitão, 2014; Galvão & Sawada, 2003; Vasconcelos, 2020).

No dia em que o Sr. P. teve alta fui visitá-lo à enfermaria tendo sido muito gratificante ouvir as suas palavras de agradecimento e confiança. Ser enfermeira é para mim uma vocação fazendo parte do meu percurso o saber ser, o saber fazer e o saber estar. Em conversa com ele tive conhecimento que fui um pilar muito importante na sua recuperação. A confiança que transmiti no cuidado prestado, o bom profissionalismo, a dedicação e o esforço que sentiu da minha parte provocaram nele sentimentos de resiliência, perseverança e vontade de vencer. Todas as experiências que vivemos como seres humanos permitem a compreensão das diferentes formas de ver o mundo, não podendo ser medidas, apenas podem ser explicadas na forma como são percebidas. A pessoa ao vivenciar o acordar após uma situação de doença salienta a importância do papel da presença da enfermagem, a sua atividade, a importância da relação enfermeiro/pessoa/cliente e a ajuda na tentativa de comunicação (Alves, 2012b; Caldeira, 2002; Costa, 1999).

Eu tive a oportunidade de perceber e conhecer os sentimentos, os medos e as memórias vivenciadas pelo Sr.P., enquanto estava sob VMI, foram-me relatados numa conversa que tivemos na enfermaria quando já se encontrava com alta clínica agendada.

Este estágio permitiu-me crescer profissionalmente e ter um conhecimento mais aprofundado dos processos de transição da pessoa e família a vivenciarem processos patológicos de etiologia cardiopulmonar e do cuidado ao cliente em situação crítica, associando a capacidade de resposta rápida em situações de emergência. É muito gratificante saber que o esforço e dedicação genuinamente oferecidos têm uma influência tão positiva nas pessoas com quem cuido. Saio deste estágio de coração cheio, com competências aperfeiçoadas e outras adquiridas. Apesar de alguns sentimentos de impotência que surgem durante o percurso do cuidado à pessoa em situação crítica e das dificuldades que possam surgir, existe sempre um sentimento de vitória.

Carla Pacheco

É extremamente gratificante acompanhar o pós alta de alguns dos clientes com quem cuidamos e perceber o quão fomos importantes para essa pessoa e família. É com muito orgulho e gratidão que transcrevo uma mensagem recebida pelo Pedro (que me autorizou a escrever o seu nome) após o seu regresso a casa:

“Estou muito feliz, Carla. Quis muito estar aqui e houve momentos em que tive medo, que pensei que não ia conseguir. Fizeste alguém muito feliz, não te esqueças disso quando fores trabalhar e quando te custar estudar e aprender mais”. Pedro Carvalho

O meu segundo objetivo específico definido para este estágio consistia em contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da influência dos estilos de liderança de enfermagem na satisfação/motivação dos profissionais de saúde. Para a concretização deste objetivo decidi elaborar uma Scoping Review, estando nesta fase realizada a pesquisa de literatura preliminar, definidas as bases de dados de pesquisa preliminar e definidos os descritores booleanos. Foi realizada a pesquisa nas bases de dados escolhidas inicialmente e construída a questão de investigação, definidos os critérios de inclusão e exclusão e identificada a população, o contexto e o conceito baseados na mnemónica “PCC” (População, Conceito, Contexto), de acordo com as recomendações do JBI (Joanne Briggs Institute) para as revisões scoping (Fortin, 1999; JBI, 2021). Após este processo de escolha foram selecionados os artigos de acordo com o interesse para o estudo em questão, através do título e resumo e posteriormente foi elaborado e apresentado o Protocolo de Revisão.

Este estágio foi motivador e importante para a construção do fenómeno em estudo, tendo sido durante o mesmo que se iniciou a pesquisa preliminar e foi definida a questão de investigação. Tornou-se cada vez mais pertinente na medida em que percecionei, através de conversas a relevância do mesmo e a importância que era demonstrada pelos enfermeiros prestadores de cuidados.

Existiram algumas conversas com os enfermeiros prestadores de cuidados, com os enfermeiros chefes de equipa e com a enfermeira gestora de forma a percecionar as dificuldades sentidas na prática. Foi nesta linha de pensamento que seguimos a nossa investigação (Apêndice 1) procurando na evidência qual a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Nesta altura ainda não tínhamos resultados do estudo.

2.2- Na Unidade de Atendimento Urgente

A segunda escolha para a realização do estágio da Unidade Curricular Estágio e Relatório recaiu sobre uma Unidade de Atendimento Urgente de um Hospital em Lisboa. Teve início a 27 de outubro e término a 16 de dezembro de 2022 e duração de 180H. Instituição que se distingue por ter uma visão inovadora aliada a um forte espírito de melhoria contínua, excelência e rigor para alcançar a excelência com dedicação, de uma forma ética e humana. A visão, a missão e os valores desta Instituição foram determinantes para a minha escolha, associado ao facto de ser acreditado pela Joint Commission International (JCI), distinção esta, que é um instrumento eficiente de gestão e avaliação da saúde e segurança hospitalar, reforçando a inovação e diferenciação no cuidado (Joint Commission International, 2020). É um Serviço de urgência polivalente que se caracteriza por apresentar um nível diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência. Dispõe de urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria e ainda valências de gastroenterologia; cardiologia de intervenção; cirurgia; cardiorádica; cirurgia plástica e reconstrutiva; cirurgia vascular; neurocirurgia; imagiologia com angiografia digital e Ressonância magnética nuclear (RMN) e patologia clínica com toxicologia (Despacho 18 459/2006, 2006). Os serviços de urgência e emergência são serviços multidisciplinares com multiprofissionais que visam o cuidado em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas e cirúrgicas. Consideram-se situações de urgência e emergência aquelas que exigem uma intervenção médica imediata (Direção Geral da saúde, 2001; Despacho N° 18 459/2006, 2006).

Existe um Plano de Catástrofe Externa com o objetivo de providenciar uma resposta médica rápida e eficaz ao maior número de vítimas possível, com três níveis de atuação (alerta verde, alerta amarelo, alerta vermelho) e deve colaborar com a proteção civil respeitando ordens e orientações. À semelhança do contexto anterior, a implementação de simulacros compreende uma área de melhoria.

A Urgência situa-se no piso -1 deste Hospital, tendo acesso direto da rua. Após ser efetuada a admissão os clientes são atendidos pelo enfermeiro do posto de trabalho de triagem, onde são avaliados segundo o Protocolo de Manchester, após o qual são encaminhados para a sala de espera anexa onde aguardam a primeira observação clínica, de acordo com as regras de encaminhamento e fluxo de clientes (Direção Geral da Saúde,

2018). Foi implementado neste hospital para uniformizar os procedimentos de triagem e a melhoria de uma assistência com qualidade e segurança. A triagem é efetuada por enfermeiros com competências no Protocolo de Manchester. O sistema de Triagem pelo Protocolo de Manchester permite atribuir uma prioridade clínica e não um diagnóstico (Direção Geral da Saúde, 2018). Implementado em Portugal em 2000 tem como objetivo a definição do nível de prioridade clínica e gravidade de uma forma objetiva e sistematizada. Diretamente interligadas à Triagem de Manchester estão as Vias Verdes, denominadas como circuitos (extra e intra-hospitalares), com o objetivo de sistematizar os passos, os procedimentos e as responsabilidades ao longo da cadeia de cuidados e de situações que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbidade de uma abordagem estruturada e precoce (Grupo Português de Triagem, 2011). Estive alguns dias a acompanhar a enfermeira orientadora no posto de triagem, onde identificámos algumas necessidades urgentes/emergentes, que foram rápida e eficazmente priorizadas e analisadas. É no posto de triagem que se verifica a necessidade de um enorme investimento no sentido de ser desenhado um circuito de encaminhamento eficaz dos clientes, que seja benéfico na identificação precoce das patologias consideradas nas Vias Verdes. Esta atuação deve ser efetuada em equipa desde o primeiro contato com o cliente até à realização e interpretação dos resultados de exames auxiliares de diagnóstico e tratamento adequado (Direção Geral da Saúde, 2018; Grupo Português de Triagem, 2011). Os sistemas de triagem de prioridades têm exercido um impacto significativo nos cuidados de saúde na medida em que modificam condutas e procedimentos que influenciam positivamente o desfecho das situações (Grupo Português de Triagem, 2011). A via verde colo do fémur é a única que atualmente está totalmente instituída nesta unidade hospitalar, tendo como objetivo geral a realização da cirurgia em virtualmente 100% dos clientes nas primeiras 24-48h pós fratura, de forma a reduzir a morbidade e mortalidade dos clientes com fraturas da extremidade proximal do fémur.

Fisicamente, a Urgência é composta por dois Gabinete administrativos, três salas de espera, dois gabinetes de triagem, três salas de tratamentos, uma sala de especialidades (otorrinolaringologia e Oftalmologia), uma sala de pequena cirurgia, uma sala de reanimação, uma sala de observação (SO) e uma sala de pausa. No SO existem 10 unidades onde são alocados os clientes que necessitam de internamento, aguardam transferência para os serviços, salas de exames especiais, procedimentos específicos ou bloco operatório. Todos estes clientes estão monitorizados e vigiados por telemetria. As

unidades têm a vantagem de proporcionar maior privacidade e conforto, reduzir o ruído e a probabilidade de ocorrência de infecções cruzadas. No entanto a vigilância é reduzida, apesar da telemetria, exigindo um maior número de recursos humanos. Todas as unidades estão sob luz artificial o que poderá ser um fator desencadeante de alterações do ritmo circadiano e equilíbrio sensorial dos clientes que aí permanecem alguns dias, influenciando os batimentos cardíacos, o funcionamento intestinal e a temperatura corporal (Tamura & Krüger, 2016). A ausência de luz natural provoca nos profissionais de saúde alterações físicas e emocionais e se se somatizar à sobrecarga de trabalho, física e psicológica, devido à elevada afluência de clientes e à dificuldade de responder às necessidades das pessoas segundo os padrões de dignidade humana, potenciam-se os fatores de stress dos mesmos (Figueira et al., 2018; Souza et al., 2021; Tamura & Krüger, 2016). O stress envolvido no cuidado à pessoa em situação crítica em contexto de urgência/emergência pode aumentar a sobrecarga emocional e laboral dos enfermeiros (Tamura & Krüger, 2016).

A equipa da urgência é composta por 19 enfermeiros do quadro da instituição e 22 enfermeiros prestadores de serviços, que estão distribuídos por 5 equipas com cerca de 5 a 6 elementos cada uma. Têm horário rotativo sendo a dotação máxima de 6 enfermeiros no turno da manhã e da tarde e 4 no turno da noite. Na equipa existem 4 enfermeiros especialistas com grau académico de Mestre. A equipa de enfermagem é distribuída pelos postos de trabalho existentes, da seguinte forma: 1 ou 2 enfermeiros no SO e 3 enfermeiros responsáveis por dar apoio nas salas de triagem, sala de tratamentos, sala de especialidades e sala de reanimação. A distribuição diária dos enfermeiros, pelos diferentes postos de trabalho é efetuada pela enfermeira gestora. Está instituído o método de trabalho em equipa, os enfermeiros são divididos por grupos sendo coordenados por um líder que garante que as habilidades e qualificações de cada profissional de enfermagem são aproveitadas assim como as capacidades do grupo. Verifica-se colaboração, ajuda e apoio moral e emocional entre todos os elementos da equipa (Ventura-Silva et al., 2021). Com vista à uniformização do cuidado existe instituído a nível do hospital várias normas, procedimentos e protocolos. A transição de cuidados de saúde é efetuada em cada posto de trabalho na presença dos elementos por eles distribuídos. No SO ocorre à entrada de cada unidade. O rácio adequado de enfermeiros num serviço de urgência é calculado por "Posto de Trabalho" adaptado ao conhecimento

casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês (Ordem dos Enfermeiros, 2014a, 2019).

Identifiquei a existência de uma liderança transacional e transformacional, na medida em que os colaboradores são motivados apelando a valores como honestidade, responsabilidade, reciprocidade e honra. A influência do líder neste serviço permite o desenvolvimento de conhecimentos aptidões e eficácia do grupo. O líder fomenta o benefício dos colaboradores na medida em que os ajuda a ultrapassar os seus autointeresses em prol dos objetivos da organização, obtendo o seu empenho e produzindo grandes mudanças e desempenho elevado (Vieira et al., 2013; Araújo et al., 2019).

De forma a pormenorizar o objetivo principal, para este estágio defini como objetivos específicos: Desenvolver competências técnicas, éticas e relacionais de Enfermeira Especialista no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Urgência; Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da influência dos estilos de liderança de enfermagem na satisfação/motivação dos profissionais de saúde.

Abordo, de seguida, em contexto reflexivo a prevenção e controlo das Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

A circulação de clientes pelos diferentes níveis de cuidados de saúde criou a necessidade do desenvolvimento de recomendações e princípios para controlo de infeções. Surgiu, assim, o conceito de Precauções Básicas Padronizadas (Standard Precautions), medidas a ser adotadas no cuidado a todos os clientes onde quer que seja prestado o cuidado (Direção Geral de saúde, 2014).

Todos os clientes transferidos de outras instituições de saúde podem ser vetor de infeções cruzadas e nosocomiais, sendo submetidos a exames de rastreabilidade para pesquisa de microrganismos existentes em contexto hospitalar, com indicação de isolamento (Direção Geral de saúde, 2014). O MRSA (Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina). é o microrganismo patogénico multirresistente mais frequentemente isolado nos hospitais em muitas partes do mundo. A nível hospitalar a fonte de transmissão cruzada desta bactéria são os clientes infetados ou colonizados. A via de transmissão primária intra-hospitalar é de cliente para cliente e através das mãos dos profissionais de saúde (Direção Geral de saúde, 2014). O isolamento, identificado como **situação problema**, é o estabelecimento

de barreiras físicas que evitam a transmissão de agentes infecciosos tendo sempre por base as Precauções Básicas (Afonso, 2019). As precauções básicas são um conjunto de recomendações aplicadas por todos os profissionais de saúde, a todos os clientes, em todos os momentos da prestação do cuidado (Direção Geral de Saúde, 2012).

Durante um dos turnos tive ao meu cuidado uma cliente que se encontrava internada no SO, em isolamento, aguardando o resultado da pesquisa de MRSA, pelo que identifiquei esta situação como **problemática**. O rastreio de portadores de MRSA é realizado na admissão através de zaragatoa nasal e ou amostra de ferida cutânea (se existir), devendo o cliente permanecer em isolamento de contacto até conhecimento do resultado da pesquisa (Direção Geral de saúde, 2014). Encontrava-se relativamente debilitada e com necessidade de apoio na mobilização e na alimentação. As **atividades** que desenvolvi neste contexto respeitaram todas as medidas de isolamento preconizadas e antes de entrar na unidade da cliente coloquei um avental, desinfetei as mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e calcei um par de luvas. A máscara fazia parte da indumentária no contexto intra-hospitalar (Direção Geral de saúde, 2014). Entrei na unidade e após apresentar-me questioneei se queria comer, e à sua afirmação alimentei-a. Nessa manhã desloquei-me várias vezes à unidade da Sr^a respeitando sempre as medidas de proteção individual. Sempre que saí da unidade descartei o equipamento de proteção individual (EPI) no saco de lixo adequado, executando de seguida a higienização das mãos. De cada vez que as luvas são retiradas deve proceder-se à higienização das mãos. Em todos os momentos que estive no interior da unidade a conceder o cuidado que a Sr^a necessitava troquei de luvas para cada procedimento diferente, desde alimentar, posicionar, trocar fralda, reposicionar a máscara de oxigénio e simplesmente, ainda assim de elevado grau de conforto, ajeitar a almofada (Direção Geral de Saúde, 2014).

Verifiquei que alguns profissionais não procediam à higienização das mãos com SABA após retirar as luvas, assim como algumas não conformidades na utilização das mesmas. Penso que ainda há muita falta de informação e/ou formação e conhecimento acerca deste assunto que é de extrema importância e que pode ser resolvido com um simples gesto. Consciente da importância deste momento fui elemento informador que deveriam ter esse cuidado pois faz parte de um dos 5 momentos de higienização das mãos, assim como tive a oportunidade de fazer ensino a alguns profissionais menos experientes sobre este tema (DGS, 2019).

A principal dificuldade para um enfermeiro iniciado reside no facto de não ter nenhuma experiência profissional comparativa com a que está a viver, pelo que lhe têm de ser fornecidas regras que orientem os seus atos ainda que possam não ir ao encontro de um comportamento correto (Benner et al., 2001). Neste contexto e no âmbito da supervisão clínica e da qualidade do cuidado, tive a oportunidade de atuar como elemento de referência, fazendo ensino sobre PBCI. Perante a necessidade de efetuar uma recolha de amostra de sangue a uma cliente, verifiquei que a colega havia esquecido de efetuar a desinfeção das mãos com SABA antes do procedimento – **situação problema**. Perante esta **problemática** (falha no respeito pelos “5 Momentos” para a Higienização das Mãos), desenvolvi algumas **atividades** no sentido de melhorar este procedimento. Comecei por convidar a colega para um local isolado e de forma tranquila e não punitiva alertei-a para a importância de respeitar os “5 Momentos” para a Higienização das Mãos. Lembrei-a que as mãos contaminadas dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos relacionados com as Infecções associadas aos cuidados saúde (IACS) e que a higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para as reduzir (Direção Geral de Saúde, 2019), aproveitando a oportunidade demonstrei o procedimento da desinfeção das mãos com SABA. Foi muito gratificante perceber a atenção e dedicação da enfermeira iniciada, pois, no contexto de supervisão de pares torna-se pertinente existir uma relação de confiança baseada nas palavras, ações e decisões do outro (Homem, 2012; Regulamento de Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica - 429/2018, 2018). A adesão às práticas de higienização das mãos é baixa em todos os níveis de cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde, 2019). Os “5 Momentos” para a Higienização das Mãos são: antes do contacto com o cliente; antes de um procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após o contacto com o cliente; após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do cliente. A mesma norma ainda refere que a lavagem das mãos é imprescindível quando se apresentam visivelmente sujas, antes da preparação e administração de fármacos e entre outras, imediatamente após a remoção de luvas (Direção Geral de Saúde, 2019).

Verifiquei que havia, por parte da gestora, interesse em fornecer formação adequada no contexto das precauções básicas de prevenção e controlo de infeção e que todos os profissionais tivessem acesso às normas existentes e disponíveis todos os recursos

necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas (Direção Geral de saúde, 2020). Constatei que os profissionais de saúde respeitam, as PBCI, nomeadamente na preparação e administração de injetáveis e utilizam tabuleiros, previamente higienizados para a preparação individual de terapêutica. Assegurei que haviam somente dois tabuleiros e solicitei à enfermeira gestora se era possível adquirir mais, para haver um número adequado de acordo com as necessidades do serviço e em menos de 24h já existiam. Nas salas de tratamento havia um reduzido número de sacos de lixo branco e a localização dos mesmos era desenquadrada dos locais onde era efetuado o cuidado, pelo que sugeri a colocação dos mesmos junto aos carros de apoio utilizados para as recolhas de produtos e administração de medicação, que foi aceite. Devem ser reportadas ao superior hierárquico as falhas de stock dos EPI, as deficiências detetadas nos equipamentos, ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das PBCI (Direção Geral de Saúde, 2012).

Nos últimos anos as IACS surgem como prioridade para a segurança dos clientes. Os EPI reduzem, mas não eliminam totalmente o risco de transmissão cruzada de microrganismos e só são eficazes se usados corretamente e em cada contacto, não substituindo qualquer uma das outras recomendações que integram as PBCI (Direção Geral de Saúde, 2012; Pina et al., 2019). Como **resultados** perante estas situações consegui respeitar as precauções básicas de isolamento mantendo a cliente em segurança, obtive feedback positivo através dos alertas e do ensino efetuado no que respeita às PBCI, em contexto integrado no cuidado, verifiquei o respeito pelas PBCI; foram colocados em utilização mais tabuleiros de preparação de terapêutica e alocados sacos de lixo nos carros de apoio às colheitas de produtos sanguíneos.

Com estes exemplos da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que respeita ao conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, nomeadamente no diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção; na demonstração de conhecimentos do Plano Nacional de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos; ser elemento de referência para a equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, demonstrando conhecimentos específicos na área de infeção hospitalar; salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos; e na

supervisão de tarefas de forma a garantir segurança e qualidade. Ainda atuei como elemento de referência na UAU, respeitando os valores, princípios éticos, deontológicos e normas legais da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Otimizei o ambiente e os processos terapêuticos efetuados aos clientes fazendo a gestão do risco perante cuidados especializados e salvaguardando a segurança dos mesmos (Diário Da República 2ª Série, 2021; Direção Geral de Saúde, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Outra situação com que me deparei em contexto clínico e que considerei uma **situação problema** foram as emoções das pessoas que recorrem ao serviço de urgência. As emoções são inatas ao ser vivo caracterizando-se por ser um conjunto de respostas químicas e neurais que surgem quando o cérebro sofre um estímulo ambiental, o qual produz um sentimento (Castro et al., 2011). As emoções e a dor são aqui identificadas como **problemática**. As emoções sentidas pela Sr^a A, ao receber a notícia da necessidade de internamento foram tão perturbadoras que o seu fâcies se alterou completamente ficando com a pele mais enrugada e olheiras mais marcadas. Tinha-se deslocado ao serviço de urgência por tosse e dor pleurítica (dor no peito que acompanha os movimentos, respiratórios, relacionada com doença pulmonar), sendo triada com pulseira amarela (Direção Geral da Saúde, 2018). Após observação clínica, foi prescrita a realização de análises, RX de tórax e terapêutica analgésica. Chamei-a à sala de tratamentos e as **atividades** que desenvolvi incluíram inicialmente a explicação do que ia ser necessário efetuar. Após ter o seu consentimento procedi à punção da veia periférica e no mesmo gesto à recolha de sangue para análises, de seguida coloquei a medicação analgésica em perfusão. A cliente apresentava dor nível 5, segundo a escala numérica da dor e o seu fâcies estava alterado expondo uma comunicação monossilábica, evidenciava-se dor na sua postura (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor é um sintoma complexo que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, sendo o seu controlo eficaz um dever dos profissionais de saúde, um direito dos clientes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (Direção Geral da Saúde, 2003). A dor é contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional influenciada por fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais. O seu controlo permite a efetivação do bem-estar físico e conforto emocional e espiritual (Direção Geral da Saúde, 2003; Santos et al., 2015). Após terminar o analgésico dirigi-me à Sr^a A. questionando se estava melhor para realizar o RX. O sucesso da estratégia

terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor. A avaliação e o registo da sua intensidade devem ser efetuados de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais (Direção Geral da Saúde, 2003).

As equipas de enfermagem enfrentam numerosos desafios na avaliação da dor devido a uma multiplicidade de fatores e a uma grande variabilidade na perceção e expressão da mesma, face a uma mesma estimulação dolorosa. É exigido um compromisso da equipa de enfermagem na abordagem da dor com o objetivo de efetuar uma boa avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento devendo incluir a participação da pessoa que sente dor e da família enquanto parceiros de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2003; Mateus et al., 2007). O envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia, ou seja, a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que a afeta (ordem dos enfermeiros, 2015b).

Existem vários instrumentos para avaliação da intensidade da dor como a “Escala Visual Analógica”, a “Escala Numérica” e a “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”. São aplicadas a clientes conscientes e colaborantes a partir dos 3 anos de idade. O profissional de saúde deve assegurar que o cliente compreende o significado e a forma como a escala é aplicada pelo que deverá utilizar uma linguagem comum (Direção Geral da Saúde, 2003).

A Sr^a. A. encontrava-se ansiosa e preocupada pela sua situação associado ao facto de estar no serviço de urgência há várias horas, pois teve necessidade de realizar uma TAC (Tomografia Axial computadorizada) torácica e aguardava, na companhia da família, o relatório da mesma. Apresentava dor melhorada (nível três) de acordo com a escala numérica. Enquanto enfermeira responsável por ela, senti-me numa posição relevante e privilegiada na promoção e intervenção da gestão diferenciada da dor, efetuada através das intervenções de enfermagem, sejam autónomas ou interdependentes, responsabilizando-me pela sua prescrição, execução e avaliação (Diário da República, 1996). Ao abordar a Sra. A. percecionei a sua dor física e emocional pelo que sugeri que se acomodasse num cadeirão, tendo-o recostado de forma a ficar mais confortável e numa posição que reduzisse a dor, simultaneamente questioneei-a se se queria tapar com um cobertor, que aceitou. Era uma hora de muito movimento no serviço de urgência ainda assim, coloquei o cadeirão num corredor onde não havia circuito de pessoas, onde foi possível diminuir a luz artificial e onde o ruído era reduzido, tornando o ambiente mais

propício ao descanso, assim como permiti que o familiar estivesse ao seu lado. Conversei com ambos tentando desmistificar a situação e num dos momentos de conversa consegui um leve sorriso da cliente. Acomodou-se e adormeceu por vários minutos. Intervi de forma autónoma utilizando estratégias não farmacológicas, baseadas em evidências científicas que facilitam e permitem o alívio da dor e que apresentam baixo risco para o cliente assim como baixo custo (Silva et al., 2019; Gomes, 2021). As intervenções não farmacológicas são extraordinariamente benéficas para os clientes no que respeita ao alívio da dor, à diminuição de efeitos colaterais, distúrbios metabólicos, dependência medicamentosa e outras complicações associadas à utilização de medicamentos (Silva et al., 2019). Os **resultados** obtidos foram a redução da dor para nível 3, na escala numérica, a diminuição do nível de ansiedade e o aumento das medidas de conforto.

Com estes exemplos da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no que respeita à gestão adequada e diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa ao meu cuidado, nomeadamente, na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; na demonstração de conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual como resposta às necessidades da pessoa em situação de urgência; na aplicação de conhecimentos, abordagem e gestão diferenciada da dor e bem-estar, implementando medidas farmacológicas de combate à dor; na aplicação de conhecimentos e habilidades na prática de medidas não farmacológicas para o alívio da dor e na implementação de procedimentos práticos baseados em evidência científica (Galvão & Sawada, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008; Silva et al., 2019).

Foi informada pela clínica da necessidade de internamento devido a uma lesão pulmonar de etiologia a esclarecer. A cliente, ao saber, ficou muito transtornada e assustada tendo-se mantido em silêncio, identifiquei como sendo uma **situação problema**. O silêncio está muitas vezes impregnado de emoções e sentimentos que são transmitidos através da expressão verbal e/ou não-verbal podendo transmitir variadas mensagens. Pode ser um recurso defensivo ou um momento reflexivo ou de construção de um sentido para algo. Torna-se necessária uma escuta atenta e sensível aos comportamentos não verbais, sendo relevante conhecer, compreender e estar atento a todas as formas de comunicação (Alves & Luís, 2015; Duarte & Leitão, 2014).

Identifiquei a transmissão de más notícias como a **problemática**. Após ter conhecimento da situação mantive-me atenta e disponível para qualquer necessidade ou gesto sugestível de pedido de ajuda. É importante respeitar o tempo e os limites de cada pessoa e para isso torna-se essencial escutar o silêncio de cada um (Duarte & Leitão, 2014). À chegada da filha, solicitei à médica que lhe fornecesse informação relativa ao internamento da mãe, tendo sido esclarecida. Após conhecimento da hipótese de diagnóstico clínico (neoplasia do pulmão), abordei-as questionando se já tinham sido elucidadas e se precisavam falar. As **atividades** que desenvolvi incluíram a aplicação do protocolo de Spikes. Este protocolo desenvolvido por Buckman permite a comunicação de más notícias, e quando aplicado adequadamente é de grande utilidade para o profissional e para a pessoa e família que recebem a notícia (Cruz & Riera, 2016; Leal, 2003). Já estávamos num local sossegado, num corredor isolado, e a cliente, na presença da filha, conseguiu verbalizar umas palavras e questionar algumas dúvidas que esclareci e informei de acordo com a sua necessidade naquele momento. Só queria que respondesse às suas questões e nada mais que isso, que respeitei, não falando mais que o necessário. Queria saber para onde iria a seguir, se iria efetuar outros exames, ou se iria sentir dor (Neto et al., 2013; Fonseca, 2012). Informei-a que inicialmente ia ficar internada em SO e que assim que houvesse vaga num quarto seria transferida. Ao ouvir as minhas explicações olhava-me nos olhos e de seguida procurava o “colo” nos olhos da filha. Questionei-as se tinha sido esclarecedora ou se tinham mais questões ao que responderam que não. Senti que aquele momento tinha sido reconfortante para ambas de tal forma que a sr^a. A., que referia não ter apetite, de seguida alimentou-se da refeição fornecida para o almoço. Fornecer a informação adequada ao cliente e família é um dever profissional dos enfermeiros (Direção Geral de saúde, 2017; ordem dos enfermeiros, 2015b). O cuidado de enfermagem é baseado na comunicação, onde ocorrem trocas de informações e emoções que influenciam o comportamento e as atitudes dos envolvidos, pelo que os enfermeiros devem ter a competência comunicacional desenvolvida para melhor identificar e avaliar as necessidades do cliente (Coelho, n.d.; Direção Geral de saúde, 2017). A transmissão de más notícias é considerada uma das atividades mais exigentes atribuídas aos profissionais de saúde. Má notícia consiste na informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e que pode influenciar o seu futuro, devendo ser adaptada a cada pessoa, respeitando as suas necessidades e da sua família. A comunicação de más notícias é uma intervenção dos profissionais de saúde que deve ser terapêutica e respeitadora da dignidade do cliente e seus familiares, deve promover o bem sem

provocar dano significativo (Carvalho, 2008; Neto et al., 2013). A utilização do protocolo de SPIKES permitiu organizar o momento da transmissão de má notícia tendo como **resultado** uma comunicação clara e aberta, foi um momento de escuta ativa da minha parte respeitando os silêncios da cliente. Após compreensão da situação houve a aceitação da mesma por parte da cliente e familiares de forma tranquila, sentindo-se acompanhada nesse processo, com diminuição do seu estado de ansiedade. Consegui esclarecer todas as questões e gerir as emoções presentes.

Com estes exemplos da minha aprendizagem clínica considero ter desenvolvido competências de enfermeira especialista no âmbito da gestão da comunicação de más notícias mantendo uma relação terapêutica com a pessoa e família; relativas a conhecimentos comunicacionais facilitadores da comunicação para com a pessoa com “barreiras à comunicação”, adaptando a mesma ao seu estado de saúde, entendimento e vontade de saber; manter uma relação terapêutica respeitando as transações da mesma; utilização das habilidades de relação de ajuda à pessoa e família; gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa/família em situação crítica (Carvalho, 2008; Cruz & Riera, 2016; Fonseca, 2012; Leal, F. 2003; Porta, 2016).

Na continuidade do trabalho efetuado anteriormente e no cumprimento do segundo objetivo específico delineado: contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da influência dos estilos de liderança de enfermagem na satisfação/motivação dos profissionais de saúde, durante este estágio foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos pesquisados, posteriormente procedemos à leitura dos textos integrais dos artigos que cumpriam os critérios de inclusão, foi elaborada uma tabela para extração de resultados e efetuada a extração dos mesmos. Como resultado demonstrativo do trabalho efetuado foi elaborado, enviado para publicação e publicado, em e-book, um resumo do protocolo deste estudo (Apêndice 2; <https://ics.lisboa.ucp.pt/pt-pt/noticias/publicado-e-book-do-v-seminario-internacional-do-mestrado-em-enfermagem-37371>). Foi ainda concluído o preenchimento da tabela de extração de dados através da leitura dos textos selecionados.

Após adquirir um conhecimento superior sobre os diferentes estilos de liderança, foi possível divulgá-los. Considerando a visão, a missão e os valores desta Instituição, que se compromete com o futuro da sociedade no que respeita a uma melhoria contínua do

cuidado, consegui junto da enfermeira gestora unir os objetivos da instituição aos dos enfermeiros de forma a melhorar o cuidado no que respeita às PBCI.

Ao atuar como elemento de referência, fazendo ensino sobre PBCI, com conhecimento da gestora, contribui para o desenvolvimento pessoal de alguns profissionais, cumprindo os seus objetivos de aprendizagem, assim como, para o compromisso de alcançar a excelência no cuidado e cumprir com os objetivos da instituição no que respeita às recomendações da JCI. Consideradas como um instrumento eficiente de gestão e avaliação da saúde e segurança hospitalar, reforçando a inovação e diferenciação no cuidado (Joint Commission International, 2020).

Elaborámos um Poster que foi apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ESPECIALIZADA: Uma voz para o Humanismo (Apêndice 3).

Durante o percurso efetuado neste contexto académico, realizei uma reflexão na Unidade Curricular de Teorias de Enfermagem, intitulada: “*Promover o conforto em bloco operatório nos clientes submetidos a cirurgia eletiva*”, que foi publicada na Revista Nursology (Apêndice 4), sob orientação da Prof^a Doutora Zaida Charepe. A escolha do tema surgiu no contexto do meu ambiente de trabalho, inicialmente como uma auto-reflexão, e que posteriormente, senti necessidade de publicar dada a sua pertinência e importância em contexto de bloco operatório. Sendo que considero o conforto, um tema transversal a todos os cuidados de saúde e em todos os seus momentos. As publicações efetuadas contribuem para demonstrar a importância do cuidar e do conforto, assim como para validar competências de Mestre.

3- CONCLUSÃO

Este relatório representa o desfecho de um percurso muito desafiador e interessante que me motivou a uma pesquisa, não só de literatura, como também a uma viagem ao mais íntimo como pessoa e profissional. Aqui descrevo e analiso em contexto reflexivo e retrospectivo o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A prática reflexiva constitui-se como um importante meio de capacitação dos profissionais na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das práticas (Netto & Silva, 2018). A análise regular do trabalho efetuado (reflexão crítica) está implícita na Excelência do Exercício permitindo reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Diário da República, 1996; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Considero a escolha dos locais de estágio excelente pelo facto de me terem proporcionado momentos de crescimento profissional. A minha experiência profissional de 29 anos foi um fator facilitador para o desenvolvimento de competências à pessoa em situação crítica e para a aquisição de novas aprendizagens. À medida que os dias foram passando fui-me sentindo cada vez mais parte integrante da equipa, sentimento esse que considero recíproco por parte dos colegas havendo momentos de partilha de conhecimentos anteriores e inclusive foram-me feitos pedidos de ajuda e colaboração em alguns procedimentos.

Todo o trabalho realizado pautou-se pela motivação e perseverança constantes sendo fatores determinantes para atingir este desafio. Existiram alguns momentos de cansaço e algumas lágrimas, ainda assim o apoio e compreensão que tive por parte da minha família foram elementos facilitadores e motivadores para seguir em frente. A dificuldade inicialmente sentida em traduzir para a escrita as situações vividas e o desenvolvimento das competências adquiridas foi-se dissipando com a construção do relatório. Hoje considero ter sido muito gratificante e enriquecedor. Escrever sobre o que vivi e os sentimentos que tive só foi possível por ter tido a oportunidade de estagiar em locais de excelência e por ter encontrado no meu percurso pessoas e famílias que necessitavam do meu cuidado e que se deixaram cuidar. O apoio sempre presente dos Enfermeiros Orientadores e da Prof^a. Doutora Filipa Veludo, foram imprescindíveis para o meu crescimento. Os Enfermeiros orientadores em ambos os locais de estágios foram, além de orientadores clínicos, amigos e estiveram sempre disponíveis promovendo o meu

crescimento profissional. Todos os dias deste percurso foram um enorme desafio, que aceitei e vivi cada um deles tranquilamente. As limitações encontradas tiveram a ver com o limite temporal para cumprir com os objetivos, que foram ultrapassadas.

Considero ter sido capaz de demonstrar, através das reflexões críticas que desenvolvi, a minha contribuição para transições de vida saudáveis das pessoas com quem cuidei. Ninguém consegue ser, estar e cuidar em excelência uma só vez, a minha atitude no cuidado está intrínseca na minha pessoa.

Penso ter concretizado com êxito os objetivos propostos para este percurso, sinto que a análise crítica e reflexiva efetuada ao longo deste relatório espelha a aquisição de aprendizagens e competências e demonstra a adequação dos conteúdos teóricos aplicados na prática clínica. Na descrição dos contextos de aprendizagem clínica considero ter fundamentado as minhas decisões baseadas na evidência existente, pelo que considero ter contribuído para uma prática baseada na evidência e simultaneamente ter conquistado uma identidade profissional especializada.

As publicações efetuadas apoiam a minha certificação de competências de Mestre, na medida em que demonstram a minha aptidão de pesquisa, de reflexão crítica assim como me capacitam para a aplicação dos resultados dos estudos no contexto profissional de forma a contribuir para a qualidade do cuidado.

Aprendi a aprender, aprendi a transformar-me e a adaptar-me a novas circunstâncias e realidades e a viver negando a rotina e a acomodação. Avanço para um novo futuro ainda mais atenta à prática de cuidados, comprometida a promover a diferença e a motivar o pensamento crítico nos outros. Acredito que a diferença reside em estar ao lado da pessoa, estar verdadeiramente presente, pois apenas dessa forma o cuidado faz sentido e contribui para uma enfermagem de excelência, prazerosa e mais enriquecedora.

A minha prática atual pauta-se cada vez mais em cuidar com. Sempre orientei a minha prática no respeito pelas pessoas com quem cuido e pela empatia e hoje em dia sou muito mais cautelosa e exigente no meu cuidado e inclusive no dos colegas com quem trabalho diariamente. Tenho uma atitude visionária, percecionando necessidades futuras, não só pelo fato de ser enfermeira há 29 anos, mas também pelas aprendizagens que adquiri neste percurso (Benner et al., 2001).

Com estes indicadores pretendo obter o grau académico de Mestre e título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica

Carla Pacheco

para aperfeiçoar “*a excelência do exercício profissional na profissão em geral e na relação com outros profissionais*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015^a, p.81)

Bem Haja pelo seu tempo.

Carla Pacheco

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelha, Daniel Martins, Cavazotte, Flavia Souza Costa Neves, Niemeyer, Jeane Rodrigues Lucena, Villas Boas, & Otacílio Torres. (2020, August 31). O LADO SOMBRIO DA FORÇA: A MÁ LIDERANÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS INDIVÍDUOS E AS ORGANIZAÇÕES. *Revista Economia & Gestão*, 20(55), 38–57. <https://doi.org/10.5752/p.1984-6606.2020v20n55p38-57>

Almerud, S., & Petersson, K. (2003). Music therapy - A complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(1), 21–30. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00118-0](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00118-0)

Alsharhani, F., & Baig, L. (2015). Effect of Leadership Styles on Job Satisfaction Among Critical Care Nurses in Asser, Saudi Arabia. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 26(5), 366–370.

Alves, A. P. (2012a). A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva- Prespetiva do enfermeiro.

Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Thofehn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. D. L. (2014, May 29). Desafios vivenciados no exercício da liderança por enfermeiros: perspectivas como técnicos de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3), 495. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i3.20501>

Apóstolo, J. L. A. (2017). SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA.

Araújo, L. F., Motta, K. A., Souza, I. F., & Costa, A. A. (2019). PERFIL DE LIDERANÇA: ESTILO TRANSFORMACIONAL, TRANSACIONAL E LAISSEZ-FAIRE.

Arenas, R. P. (2021). Musicoterapia: Um complemento em Cuidados Intensivos.

Assembleia da República. (2001, January 3). Convenção da Biomedicina e Protocolo Adicional. Convenção Para a Proteção Dos Direitos Do Homem e Da Dignidade Do Ser Humano Face Às Aplicações Da Biologia e Da Medicina: .

Azevedo, B. L. B. (2019). O Doente e Família em situação crítica: cuidar em contexto de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência O Doente e Família em situação crítica: cuidar em contexto de Medicina Intensiva e de Urgência.

Balsanelli, A., & Cunha, I. (2016, January). IDEAL AND REAL LEADERSHIP OF NURSES IN INTENSIVE CARE UNITS AT PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/>

Baptista, R. C. N. (2003, May). Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência - Escala de Glasgow. 77–80.

Batista, S. A., Miclos, P. V., Amendola, F., Bernardes, A., & Mohallem, A. G. da C. (2021). Authentic leadership, nurse satisfaction at work and hospital accreditation: study in a private hospital network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0227>

Benner, Patricia., Queirós, A. Albuquerque., & Lourenço, Belarmina. (2001). De iniciado a perito : excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.

Caldeira, S. (2002). Cuidar do homem face à dimensão espiritual. *Nursing Ética*.

Capelo, S. A. D. (2017). Intervenção Especializada da Enfermagem no Controlo Direcionado da Temperatura- A Neuroproteção da Pessoa em Situação Crítica.

Carvalho, J. (2008, January). Conspiração do Silêncio - Contributo na comunicação de más notícias.

Castro, C., Vilelas, J., & Rebelo-Botelho, M. A. (2011, January). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura -The Lived Experience of the Inner Person in ICU: A Systematic Review of Literature. <https://www.researchgate.net/publication/263714934>

Chaiça, V., Pontífice-Sousa, P., & Marques, R. (2020, July). Nursing approach to the person in critical situation submitted to extracorporeal membrane oxygenation: Scoping Review. *Enfermeria Global*, 19(3), 507–546. <https://doi.org/10.6018/eglobal.395701>

Chehuen Neto, J., Sirimarco, M., Cândido, T., Bicalho, T., Matos, B., Berbert, G., & Vital, L. (2013). Health professionals and the delivery bad news: patient perspectives - Profissionais de Saúde e a Comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4). <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130079>

Carla Pacheco

Coelho, M. T. (n.d.). COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS.

Costa, A. F. P. (n.d.). ABORDAGEM DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO.

Costa, J. dos S. (1999). MÉTODO E PERCEPÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.

Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–182.

Creswell, J. W., Rocha, L. de O. da, & Silva, M. I. da C. e. (2007). Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. *Artmed*.

Cruz, C., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. <http://www.saude.sp.gov>.

Cunha, T. (n.d.). O Silêncio na Comunicação. www.bocc.ubi.pt

Currey, J., Sprogis, S. K., Orellana, L., Chander, A., Meagher, S., Kennedy, R., & Driscoll, A. (2019). Specialty cardiac nurses' work satisfaction is influenced by the type of coronary care unit: A mixed methods study. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0367-6>

De, F., & Homem, B. (2012). Supervisão de jovens educadores de pares Desenvolvimento de uma teoria explicativa. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.

Despacho n° 18 459/2006, (2006) (testimony of Ministério da Saúde).

DGS. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde- Norma ° 007/2019 (Direção Geral de Saúde, Ed.). www.dgs.pt

Diário da República. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- Decreto-lei n° 161/96. Decreto de Lei N° 161/96 , 1–6.

Diário da República. (2018, September 6). Despacho n.° 8589- 2018.

Diário da República n° 26/2019 - 2ª série, 4744 (2019) (testimony of Regulamento n° 140/2019 de 6 de fevereiro).

Diário da República, & Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem- Regulamento n° 350/2015 (Diário da república, Ed.).

Carla Pacheco

Direção Geral da saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência.

Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor- Circular Normativa nº09/DGCG. In Ministério da Saúde (Ed.), Circular Normativa nº 09/DGCG.

Direção Geral da Saúde. (2015, April 27). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Metilcilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Integrados.

Direção geral da saúde. (2017). Via-Verde-do-Acidente-Vascular-Cerebral-no-Adulto NORMA DGS. Via Verde Do Acidente Vascular Cerebral. Norma N° 015/2017.

Direção Geral da Saúde. (2018, January 9). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referênciação Interna Imediata. Triagem de Manchester. www.dgs.pt

Direção Geral de saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf

Direção Geral de Saúde. (2012, October 31). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)- Norma 029/2012. Precauções Básicas Do Controle de Infeção.

Direção Geral de saúde. (2014, April 27). Prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma N° 018/2014.

Direção Geral de Saúde. (2014). Uso e Gestão de Luvas nas unidades de saúde- Norma 013/2014 (Direção Geral de saúde, Ed.).

Direção Geral de saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. In Direção Geral de Saúde (Ed.), Norma nº 001/2017. República Portuguesa.

Direção Geral de Saúde. (2019, October 16). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde- Norma 007/2019. www.dgs.pt

Direção Geral de saúde. (2020, January 10). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Norma N° 005/2018.

DRE. (2020, December 29). Portaria n.º 1532/2008, de 29 de dezembro. Simulacros.

Duarte, Í., & Leitão, B. (2014). Descobrimdo o silêncio como possibilidade de comunicação. *Psicologia Argumento*, 32(79), 57–64. <https://doi.org/10.7213/psicol..argum.32.s02.AO05>

Encarnação, V., & Fernandes, R. (2021). LIDERANÇA E SATISFAÇÃO NA EQUIPA DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA LEADERSHIP AND SATISFACTION IN THE NURSING TEAM: NARRATIVE REVIEW. 29, 465–482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). An analysis of jean watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>

Fonseca, César, Coroado, Rogério, Pissarro, & Margarida. (2017). A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Allison Tierney na formação de estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem - The importance of life activities model of in the formation of nursing students. *Journal of Aging and Innovaton*, 6.

Fonseca, R. (2012). Comunicação de más notícias em contexto de urgência.

Fortin, M.-F. (1999). O-processo-de-investigacao-FORTIN (Lusociência, Ed.).

Freitas, M. J. B. D. S., & Parreira, P. M. D. (2013). Safe staffing for nursing practice: operationalization of the concept and its impact on outcomes - Dotação Segura para a Prática de Enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2013(10), 171–178. <https://doi.org/10.12707/RIII12125>

Galvão, Cristina, & Sawada, namie. (2003). PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57–60.

Gomes, A. A., & Simões, M. (2014). Música: correlatos bio-psico-sociais.

Gomes, A. M. da C. C. (2021). Intervenções não Farmacológicas com Utilização do Som no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

Gomes, B. (2020). Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos.

Gouveia, C. P. M. (2017). Cuidado Especializado do Doente Crítico desde o Ambiente Urgente ao Ambiente Cirúrgico.

Grupo Português de Triagem. (2011). Documentação-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes (pp. 1–9).

Guerreiro, E. M., Fernandes, C. A., & Costa, A. J. (2015). Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Avaliação e Estimulação do Doente com Alterações do Estado de Consciência. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), Projeto de melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Hospital Garcia de Orta.

Guglin, M., Zucker, M. J., Bazan, V. M., Bozkurt, B., El Banayosy, A., Estep, J. D., Gurley, J., Nelson, K., Malyala, R., Panjra, G. S., Zwischenberger, J. B., & Pinney, S. P. (2019). Venoarterial ECMO for Adults: JACC Scientific Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(6), 698–716. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.038>

Guimarães, P. V., Haddad, M. do C. L., & Martins, E. A. P. (2015). Validação de instrumento para avaliação de pacientes graves em ventilação mecânica, segundo o ABCDE. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.23178>

Guimarães, & Silva, L. (2016). CONHECENDO A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E SUA APLICABILIDADE PARA ENFERMAGEM. 1–6.

Guimarães, & Silva, L. (2018). COMPETÊNCIAS PARA UMA LÍDERANÇA PERCEBIDA COMO EFICAZ-Líderes e liderados Doutorado em Gestão. Universidade Europeia.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (2021). NANDA International, Inc. nursing diagnoses : definitions and classification (Twelfth Edition, Ed.).

JBIMANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS. (2021).

Jeremias, A. T. N., & Correia, P. M. A. R. (2019). Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 38, 88–109. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc38a5>

Joaquim, P., Queirós, P., & Barbieri-Figueiredo, C. (n.d.). *Enfermagem, de Ciência Aplicada a Ciência Humana Prática: Da Racionalidade Técnica à Prática Reflexiva*. 1–22.

Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *FAMILY HEALTH CARE NURSING- Theory, Practice and Resarch* (F.A. Davis Company. Philadelphia, Ed.; 4th ed.).

Keller, S., Tschan, F., Beldi, G., Kurmann, A., Candinas, D., & Semmer, N. K. (n.d.). *NOISE PEAKS INFLUENCE COMMUNICATION IN THE OPERATING ROOM*. An observational study.

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538–544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>

Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.

Leal, M. T. (2018). Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência: Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação.

Martinho, C. (2016). *A Comunicação dos Doentes Mecanicamente Ventilados nas Unidades de Cuidados Intensivos*.

Martins, M. (2019). *Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências*.

Martins, M. J., & Faria, B. E. M. (2018). Goleman, D. (2012). *A Inteligência Emocional: Rio de janeiro: Objetiva*. In *Psicologia e Saúde em Debate* (Vol. 4, Issue 3, pp. 121–130). <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N3A12>

Mateus, A., Ferreira, B., Monforte, E., Ferreira, F., Alvarenga, M., Silva, A., & Leite, M. (2007). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1st ed.).

Matos, T. (2012). *Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica*.

Maurer, T., & Souza, E. (2020). I Protocolo Assistencial para Pacientes com ECMO Sumário Protocolo de Cuidados para Pacientes Adultos com ECMO (A. C. Fonseca, Ed.). <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>

McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). THEORETICAL BASIS for Nursing (4th ed.).

Mc Guire, E., & Kennerly, S. (2006). Nurse Managers as Transformational and Transactional Leaders. 24(4).

Medeiros, A. B. de A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. D. C. (2015). The Florence Nightingale's Environmental Theory: A Critical Analysis. *Escola Anna Nery*, 19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>

Melo, & Joana Cristina. (2022). O desmame ventilatório do doente crítico sob ventilação mecânica invasiva numa unidade de cuidados intensivos.

Mondini, C. C. da S. D., Cunha, I. C. K. O., Trettene, A. D. S., Fontes, C. M. B., Bachega, M. I., & Cintra, F. M. R. (2020, August). Authentic leadership among nursing professionals: knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180888.

Moscovici, F. (1997). Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo. 1–156.

Mota, L. A. A., Cavalho, G. B., & Brito, V. A. (2012). Complicações laringeas por intubação orotraqueal: Revisão da literatura. In *International Archives of Otorhinolaryngology* (Vol. 16, Issue 2, pp. 236–245). <https://doi.org/10.7162/S1809-97772012000200014>

Netto, L., & Silva, K. L. (2018). Reflective practice and the development of competencies for health promotion in nurses' training. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383>

Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018, February 8). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>

Ordem dos Enfermeiros. (2001a). *Divulgar-Padrões-de-Qualidade-dos-Cuidados de Enfermagem- Enquadramento conceptual - Enunciados Descritivos*.

Carla Pacheco

Ordem dos Enfermeiros. (2001b). Divulgar-Padros-de-Qualidade-dos-Cuidados Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). 12.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia orientador de boa prática (Ordem Enfermeiros, Vol. 1).

Ordem dos Enfermeiros. (2011). REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da Evidência à ação (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2014b). Registo de Penso e Evolução da Ferida. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), Parecer CJ 196/2014 (pp. 1–5).

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem Ordem dos Enfermeiros 2015.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b, September 16). Código Deontológico. Código Deontológico.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 1–24.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b, November 25). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem MÉDICO-CIRÚRGICA.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA PARECER N.º 15 / 2018 ASSUNTO: FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS/SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento N.º 743/2019, 128–155.

Pais, S. A. (2012). O Doente Crítico.

Palmira, I., & Zagonel, S. (1999, July). O CUIDADO HUMANO TRANSICIONAL NA TRAJETÓRIA DE ENFERMAGEM. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 25–32.

Parreira, P., Mónico, L., & Carvalho, C. (2017). *LIDERANÇA E SEUS EFEITOS* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.; 6th ed.).

Penedos, J., Martins, A., Doutora, P., Hansen, M., Basto, L., Correia, F., Da Conceição, M., & Correia, B. (2012). *Processo de Construção de Competências no Enfermeiros de UCI*. Universidade de Lisboa.

Pereira, M. V., Spiri, W. C., Spagnuolo, R. S., & Juliani, C. M. C. M. (2020). Transformational leadership: journal club for emergency and intensive care nurse managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20180504. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0504>

Pina, E., Ferreira, E., & Sousa-Uva, M. de. (2019). Infeções associadas aos cuidados de saúde. In *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (pp. 137–159). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0010>

Pina, S., Canellas, M., Lopes, José, Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito Cândida. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1–6. <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021 (2021) (testimony of Diário da República).

Ponte, & Adriana. (2014). Avaliação do tempo de preenchimento capilar como marcador de gravidade em pacientes neutropénicos febris.

Quesado, A. J., Estanqueiro, M., Melo, M. B., De, I., & Oliveira, J. (2022, July 24). Transformational leadership and nurses' satisfaction with their team: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today*, 243–250

Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - 429/2018, (2018) (testimony of Diário da República).

Reis, A. M., & Oliveira, C. C. (2012, July). Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa? Ethics training of nurses: what is the Portuguese reality? Formación ética de los enfermeros: cómo es la realidad Portuguesa? *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Ribeiro, Á. P. R. (2021, February 28). ECMO A Terapia Que Salva Vidas: Revisão Sistemática / ECMO Life-Saving Therapy: Systematic Review. ID on Line. *Revista de Psicologia*, 15(54), 341–356. <https://doi.org/10.14295/online.v15i54.2974>

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Rodrigues, L. M. (2013a). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*.

Santos, I., Lameiras, M., Faustino, S., Naves, F., & Castanheira, I. (2015). DOR 5º SINAL VITAL IPOLFG Dor 5º Sinal Vital - CONCURSO PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA SECÇÃO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2nd ed.).

Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy - Assistência em Enfermagem e Jean watson: Uma reflexão sobre empatia. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>

Serviço Público Federal. (2012). *GUIA BÁSICO DE PRECAUÇÕES, ISOLAMENTO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE*.

Sevilha, J., Luiz, M., & Campello, C. (n.d.). *Clima e cultura organizacional no desempenho das empresas*.

Shambo, L., Tony Umadhay, D., & Pedoto, A. (2015). Music in the Operating Room: Is It a Safety Hazard? *AANA Journal* February, 83(1), 43–48. www.aana.com/aanajournalonline

Silva, W., Cortês, E., & Silva, P. (2019, November 19). Intervenções não farmacológicas no manejo da dor do paciente adulto em terapia intensiva. *Pessoacoletiva*.

Sinz, E., Navarro, K., Cheng, A., Hunt, E. A., Johnson, S., Brooks, S. C., Cohen, M. G., Jauch, E. C., Livings, S., Menon, V., Morris, S., Slattery, D., Walsh, B. K., Crider, J., em português, E., Penna Guimaraes, H., Gomes Vasque, R., Knopfholz, J., Caldeira, P., & Correia, A. (2021). Suporte avançado de vida cardiovascular MANUAL DO PROFISSIONAL (American Heart Association, Ed.). www.international.heart.org.

Sousa, Paulo. (2019). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras (Fiocruz, Ed.).

Souza, A. M., Aita, K. M. S. C., & Corrrêa, V. A. C. (2021). A COMPREENSÃO DA PESSOA BIOPSISSOCIAL E ESPIRITUAL COMO RECURSO AOS CUIDADOS INTEGRAIS: DIREITOS HUMANOS ASSEGURADOS NO PLANEJAMENTO E AÇÕES EM SAÚDE COLETIVA. *Saúde Coletiva: Avanços e Desafios Para a Integralidade Do Cuidado*, 208–223. <https://doi.org/10.37885/210303851>

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 4, pp. 1–15). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>

Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs (Project Hope)*, 31(11), 2501–2509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1377>

Strong, C., & Tralhão, A. (2019). PROTOCOLO DE ECMO-VA PERIFÉRICO NO ADULTO. *Protocolo de ECMO - VA Periférico No Adulto*, 1–50.

Tamura, C. A., & Krüger, E. L. (2016). Estudo piloto em câmara climática: efeito da luz natural em aspectos de saúde e bem-estar não relacionados à visão. *Ambiente Construído*, 16(2), 149–168. <https://doi.org/10.1590/s1678-86212016000200085>

Tomey, A. M., Alligood, F. M., Tradução, R., Albuquerque, A. R., & Espada, A. P. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (5th ed.). www.lusodidacra.pr

Vasconcelos, Á. M. de. (2020). A influencia da inteligência emocional no desenvolvimento dos estilos de liderança: Uma análise dos estilos segundo o modelo de Dniel Goleman.

Veludo, F. A. (2018). Conforto Enquanto Sensação Análise do conceito Confort as a Sensation Concept Analysis. Universidade Católica Portuguesa.

Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

Vieira, T. D. P., Renovato, R. D., & Sales, C. de M. (2013, March). COMPREENSÕES DE LIDERANÇA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM THE NURSING TEAM'S UNDERSTANDINGS OF LEADERSHIP. *Abr*, 18(2), 253–260.

Vilelas, J., Castro, C., & Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura The Lived Experience of the Inner Person in ICU: A Sistic Review of Literature. <https://www.researchgate.net/publication/263714934>

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2021). Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety – a mixed methods study. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00652-w>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

**A influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação
dos profissionais de saúde: *uma Scoping Review***

Carla Pacheco

**A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE LIDERANÇA NA SATISFAÇÃO E
MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: *UMA SCOPING REVIEW***

**THE INFLUENCE OF LEADERSHIP STYLES ON THE SATISFACTION AND
MOTIVATION OF HEALTH PROFESSIONALS: *A SCOPING REVIEW***

Carla Pacheco¹

Filipa de Almeida¹

Vera Correia¹

Filipa Veludo²

¹Enfermeira; mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

²Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, Enfermeira; Docente do ICS-UCP

Carla Pacheco (1º autor)

RESUMO

Objetivo: Mapear o conhecimento relativamente à influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde.

Introdução: A liderança assume um papel fulcral na motivação e satisfação profissional. O líder, através da manifestação do seu poder e autoridade consegue influenciar o grupo e consequentemente o seu desempenho na qualidade do cuidado, as suas competências, o grau de absentismo e a rotatividade e ou permanência num serviço (Araújo et al., 2019). O que faz uma boa liderança? Esta questão tão complexa não tem resposta certa, ainda assim, sabe-se que a liderança pode ter um impacto positivo ou negativo na satisfação e

motivação dos profissionais de saúde. Liderar com eficácia é um dos principais objetivos dos gestores, induzindo a equipa ao encontro dos objetivos institucionais, desenvolvimento profissional e pessoal e conseqüentemente, ao sucesso das organizações de saúde (Parreira et al., 2017).

Método: Face à natureza da questão de pesquisa e ao estado da arte, optamos pela realização de uma Scoping Review (Apóstolo, 2017). Para a definição dos critérios de inclusão utilizámos a mnemónica “PCC” (População, Conceito, Contexto) de acordo com as recomendações do JBI (Joanne Briggs Institute) para as revisões scoping (JBI, 2021). **POPULAÇÃO:** O âmbito deste estudo não será limitado a uma população específica, estão incluídos todos os profissionais de saúde. **CONCEITO:** Serão considerados todos os artigos que abordem a liderança e a sua influência na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. **CONTEXTO:** São incluídos todos os estudos que abordem a prestação de cuidados em unidades de saúde à pessoa em situação crítica. Foram incluídos 11 artigos nos idiomas: Português, Inglês e Francês.

Resultados: Após a análise dos 11 artigos selecionados para o estudo foram identificados vários estilos de liderança aplicados em diversos serviços e cuidados críticos em vários países. Os estilos de liderança não influenciam somente a satisfação e motivação dos profissionais de saúde, podem também provocar alterações no que respeita à realização profissional, à autonomia, à rotatividade nos serviços e inclusive serem geradores de stresse e até de síndrome de burnout. A comunicação é um fator decisivo na satisfação dos profissionais de saúde. Uma boa, pobre ou inexistente comunicação são influenciadores do ambiente nos cuidados críticos, podendo convergir em conflitos internos e num nível inferior de qualidade de cuidados de saúde. A maioria dos estudos encontrados têm como população enfermeiros cuidadores e enfermeiros gestores.

Conclusão: Uma cultura e liderança flexíveis são mais benéficas para a satisfação e motivação dos profissionais de saúde em contexto de cliente crítico. O foco principal do profissional de saúde é a capacidade de cuidar do cliente. com segurança e qualidade. Quando esta capacidade não se verifica, por fatores externos à sua vontade, surgem sentimentos de insatisfação e desmoralização. É responsabilidade do líder estar atento e agir atempadamente “cuidando” da sua equipa e recorrer à gestão de topo para a resolução de situações desestabilizadoras. Uma gestão de topo deficiente e a falta de supervisão e

comunicação surgem como fatores organizacionais determinantes para o aumento da insatisfação profissional.

Palavras chave: Liderança, Estilos de liderança, Motivação, Satisfação, Profissionais de saúde, Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Objective: To map the knowledge regarding the influence of leadership styles on health professionals' satisfaction and motivation.

Introduction: Leadership plays a key role in professional motivation and satisfaction. The leader, through the manifestation of his or her power and authority, is able to influence the group and, consequently, its performance in the quality of care, its skills, the degree of absenteeism, and the turnover and/or permanence in a service (Araújo et al., 2019). What makes a good leadership? This complex question has no certain answer, yet it is known that leadership can have a positive or negative impact on the satisfaction and motivation of health professionals. Leading effectively is one of the main objectives of managers, leading the team to meet the institutional objectives, professional and personal development and, consequently, the success of health organizations (Parreira et al., 2017).

Method: Based on the nature of the research question and the state of the art, we chose to conduct a Scoping Review (Apóstolo, 2017). To define the inclusion criteria, we used the mnemonic "PCC" (Population, Concept, Context), according to the JBI (Joanne Briggs Institute) recommendations for scoping reviews (JBI, 2021). **POPULATION:** The scope of this study will not be limited to a specific population, all health professionals are included. **CONCEPT:** All articles that address leadership and its influence on satisfaction and motivation of health professionals will be considered. **CONTEXT:** All studies addressing the provision of care in health care units to critically ill patients are included. Fourteen articles in Portuguese, English and French were included.

Results: After the analysis of the 11 articles selected for the study, several leadership styles applied in different services and critical care in several countries were identified. Leadership styles not only influence the satisfaction and motivation of health professionals, but may also cause changes in terms of professional fulfilment, autonomy, service turnover, and even generate stress and burnout syndrome. Communication is a decisive factor in health professionals' satisfaction. Good, poor or non-existent

communication influences the critical care environment and may lead to internal conflicts and a lower level of quality of care. Most of the studies found have nurse caregivers and nurse managers as population.

Conclusion: A flexible culture and leadership are more beneficial for the satisfaction and motivation of health professionals in critical client context. The main focus of the health professional is the ability to provide safe and quality care to the client. When this ability does not occur, due to factors external to their will, feelings of dissatisfaction and demoralisation arise. It is the leader's responsibility to be attentive and act in a timely manner, "taking care" of his team and resorting to top management for the resolution of destabilising situations. A deficient top management and the lack of supervision and communication emerge as determining organisational factors for the increase of professional dissatisfaction.

Key words: Leadership, Leadership styles, Motivation, Satisfaction, Health professionals, Critical care patients.

INTRODUÇÃO

Apesar do crescimento atual dos estudos sobre liderança, este fenómeno remonta aos primórdios da humanidade. A liderança é um conceito basilar na medida em que o gestor/líder precisa de saber conduzir os indivíduos e conhecer as suas motivações (Amestoy et al., 2014; Vieira et al., 2013).

As organizações atuais estão inseridas numa conjuntura complexa em que se verificam mudanças rápidas e constantes de paradigmas sociais, políticos, económicos e tecnológicos. As mudanças de paradigmas influenciam a relação entre as organizações e os profissionais, exigindo uma constante aquisição de novas competências (Reis & Oliveira, 2012). Neste contexto a liderança exerce um papel importante nas organizações e consequentemente no aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências dos profissionais, ao conciliar objetivos de ambos os intervenientes rumo ao sucesso (Parreira et al., 2017).

São várias as definições de liderança, no entanto, selecionamos uma que nos permite compreender de forma simples a razão deste estudo. Segundo a GLOBE (Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness), liderança consiste na

competência de um sujeito para influenciar, motivar e habilitar os outros sujeitos a contribuírem para aumentar a eficácia e o sucesso das organizações a que pertencem (Parreira et al., 2017). A forma como a liderança é exercida e percebida influencia diretamente os resultados, pelo que é da responsabilidade do líder, gerir eficazmente a equipa de forma a desenvolver metodologias que direcionem os profissionais para os objetivos da organização, não descurando a satisfação e motivação profissional e consequentemente a qualidade do cuidado prestado. O líder, através da manifestação do seu poder e autoridade consegue influenciar o grupo e consequentemente o seu desempenho na qualidade do cuidado, as suas competências, o grau de absentismo e a rotatividade e ou permanência num serviço (Araújo et al., 2019).

A liderança pode ter um impacto positivo ou negativo na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Liderar com eficácia é um dos principais objetivos dos gestores, induzindo a equipa ao encontro dos objetivos institucionais, desenvolvimento profissional e pessoal e consequentemente, ao sucesso das organizações de saúde (Araújo et al., 2019).

A eficácia do líder está intimamente ligada à sua capacidade de influenciar, não só os seguidores como também os seus pares ou outros agentes externos. Não depende somente do poder que lhe é conferido como também da forma como o operacionaliza. O poder consiste na capacidade para exercer influência, no entanto, ter poder não significa ter autoridade ou competência, tornando-se mais difícil exercê-lo (Parreira et al., 2017). Uma liderança eficaz consegue influenciar o grupo e ter resultados positivos quando o líder contribui para a sua coesão e consegue conciliar aspetos como a performance, a sobrevivência ou crescimento, a motivação conjunta, soluciona problemas, evita ou apoia na resolução de conflitos, gere crises e oferece soluções e oportunidades de crescimento. Desenvolver uma boa liderança contribui para aumentar a motivação dos profissionais, conquistar a sua confiança de forma a proporcionar, à equipa, o alcance dos objetivos, visão e missão da instituição e consequentemente construir uma equipa de alto desempenho (Martins & Faria, 2018; Vasconcelos, 2020).

Ao se sentirem “cuidados”, os profissionais conciliam a sua criatividade, empenho e energia com o trabalho, sentem-se envolvidos e verificam-se ganhos nas taxas de retenção, na redução do absentismo e na motivação e satisfação (Amestoy et al., 2014).

A liderança é como a comunicação, que necessita de dois intervenientes designados por líderes e liderados. Sem um dos intervenientes não há circulação de energia, ou seja, não há liderança (Parreira et al., 2017; Vasconcelos, 2020).

A escassez de líderes com competências e habilidades profissionais e pessoais desejáveis para direcionar uma equipa provoca no mesmo inseguranças, que cedo são desencandadoras de comportamentos abusivos com consequências irreparáveis. Na maioria dos casos a liderança ineficaz resulta da insatisfação dos próprios líderes, levando-os a executar estratégias mal concebidas e muitas vezes a colocar a sua própria satisfação à frente da dos subordinados. Desta forma demonstram desprezo pelas necessidades dos liderados e conseqüentemente aumentam a insatisfação profissional, os conflitos, as hostilidades verbais e o absentismo. Esta desmotivação faz com que o profissional concentre a energia na sua própria “sobrevivência”, diminuindo a qualidade e quantidade do trabalho a efetuar (Abelha et al., 2020).

Uma liderança tóxica e ineficaz traduz-se no fracasso no que respeita ao alcance de metas e na recorrência de problemas legais. A existência de uma má liderança manifesta consequências negativas individuais para os liderados como, déficits do seu bem-estar físico e psicológico, queda de produtividade e insatisfação, inseguranças, frustração e desânimo, desmotivação, elevada rotatividade de profissionais, absentismo, prejuízo na partilha de conhecimentos e competências entre pares, maior grau de conflitos, impactando o envolvimento no trabalho. No que respeita à equipa, uma má liderança provoca um desempenho deficiente e produtividade reduzida, desintegração e desunião, insatisfação do cliente, mau relacionamento entre pares, perda de interesse e agilidade no trabalho. No desenvolvimento do trabalho a má liderança impacta o mesmo reduzindo a produtividade, os resultados, a qualidade e aumentando a tensão (Abelha et al., 2020; Figueiredo, 2018).

Os líderes devem desenvolver competências no sentido de serem mais participativos, orientados para a equipa e para as questões humanas.

Face a esta problemática emerge a seguinte questão de investigação: Qual a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde?

MATERIAIS E MÉTODOS

Face à natureza da questão de pesquisa e ao estado da arte, optamos pela realização de uma Scoping Review (Apóstolo, 2017). Para a definição dos critérios de inclusão utilizámos a mnemónica “PCC” (População, Conceito, Contexto), de acordo com as recomendações do JBI (Joanne Briggs Institute) para as revisões scoping (JBI, 2021).

Definimos para a população (P) todos os profissionais de saúde, independentemente da idade, sexo, experiência profissional ou profissão exercida. Como conceito (C) foram considerados todos os artigos que abordam a liderança e a sua influência na satisfação e motivação dos profissionais de saúde, assim como itens de influência do estilo de liderança no âmbito dos cuidados de saúde. Como contexto (C) incluímos todos os estudos que abordam a prestação de cuidados em unidades de saúde à pessoa em situação crítica.

Como critérios de inclusão adicionais foram considerados todos os artigos escritos em Português, inglês e Francês, sem limitação de friso temporal de forma a obter uma maior abrangência de resultados.

Esta revisão considerou estudos primários de natureza qualitativa e quantitativa, estudos de opinião, revisões narrativas e estudos de natureza secundária. Foi também efetuada uma pesquisa da literatura cinzenta sobre o fenómeno de interesse, através de uma pesquisa livre no Google Académico e RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal). A estratégia de pesquisa visou localizar estudos publicados e não publicados. Neste sentido, realizou-se uma pesquisa preliminar, objetivando a procura de descritores passíveis de construir uma estratégia de pesquisa booleana eficaz para a mesma. Adicionalmente, identificamos os descritores em pesquisa no DesCS/MeSH, de forma a abranger um vasto número de artigos de acordo com a questão de pesquisa.

Todos os descritores e seus sinónimos foram pesquisados em título, termos de assunto e resumo sendo posteriormente cruzados com o operador booleano “OR”. A pesquisa principal teve como descritores:

-Liderança e sinónimos (leadership Styles OR leadership* OR leader* OR management team”);

-Motivação ou satisfação (motivation* OR satisfaction*);

-Unidade de cuidados intensivos e sinónimos (critical care OR ICU OR emergencie* OR intensive care* OR critical patient*);

-Equipa de saúde, profissional de saúde (health care team OR health professional*).

A equação final foi obtida através do cruzamento com o operador booleano “AND” de todos os descritores considerados como grandes conceitos.

A pesquisa final efetivou-se através da EBSCO, nas seguintes bases de dados: CINHALL® Complete; MEDLINE® Complete, Nursing & Allied Health Collection™; Cochrane, Library, information Science & Technology Abstracts, MedicLatina™. Incluímos também Pubmed como fonte de pesquisa, objetivando o acesso a literatura cinzenta e pesquisa no RCAAP e Google académico.

A seleção dos artigos decorreu em três fases: exclusão por leitura de título, de resumo e, por fim, por texto integral, efetuada por 3 revisores independentes. A amostra foi operacionalizada através do fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), estando incluídos no estudo um total de 11 artigos. O processo de decisão da inclusão dos artigos divergentes foi discutido com toda a equipa de investigação.

A síntese dos dados desta Scoping Review é baseada numa pesquisa alargada sobre o fenómeno em estudo. O processo de síntese de dados consta de um resumo lógico e descritivo dos resultados que se coadunam com o objetivo da revisão (Apóstolo, 2017). A pesquisa foi iniciada em setembro de 2022 e teve o seu término em novembro do mesmo ano civil.

RESULTADOS

Na pesquisa inicial foram identificados 1225 artigos na plataforma EBSCOHost e 2 na literatura cinzenta. Após remoção dos artigos duplicados e indisponíveis, realizada por exclusão de título resumo e texto integral foram incluídos 11 artigos no estudo, representado em fluxograma PRISMA na Figura 1.

Os dados das pesquisas foram extraídos para uma tabela criada pelos autores onde se incluem os seguintes itens de análise: título, autor, ano, objetivo, tipo de estudo, participantes e resultados. Apresentados na Tabela 1

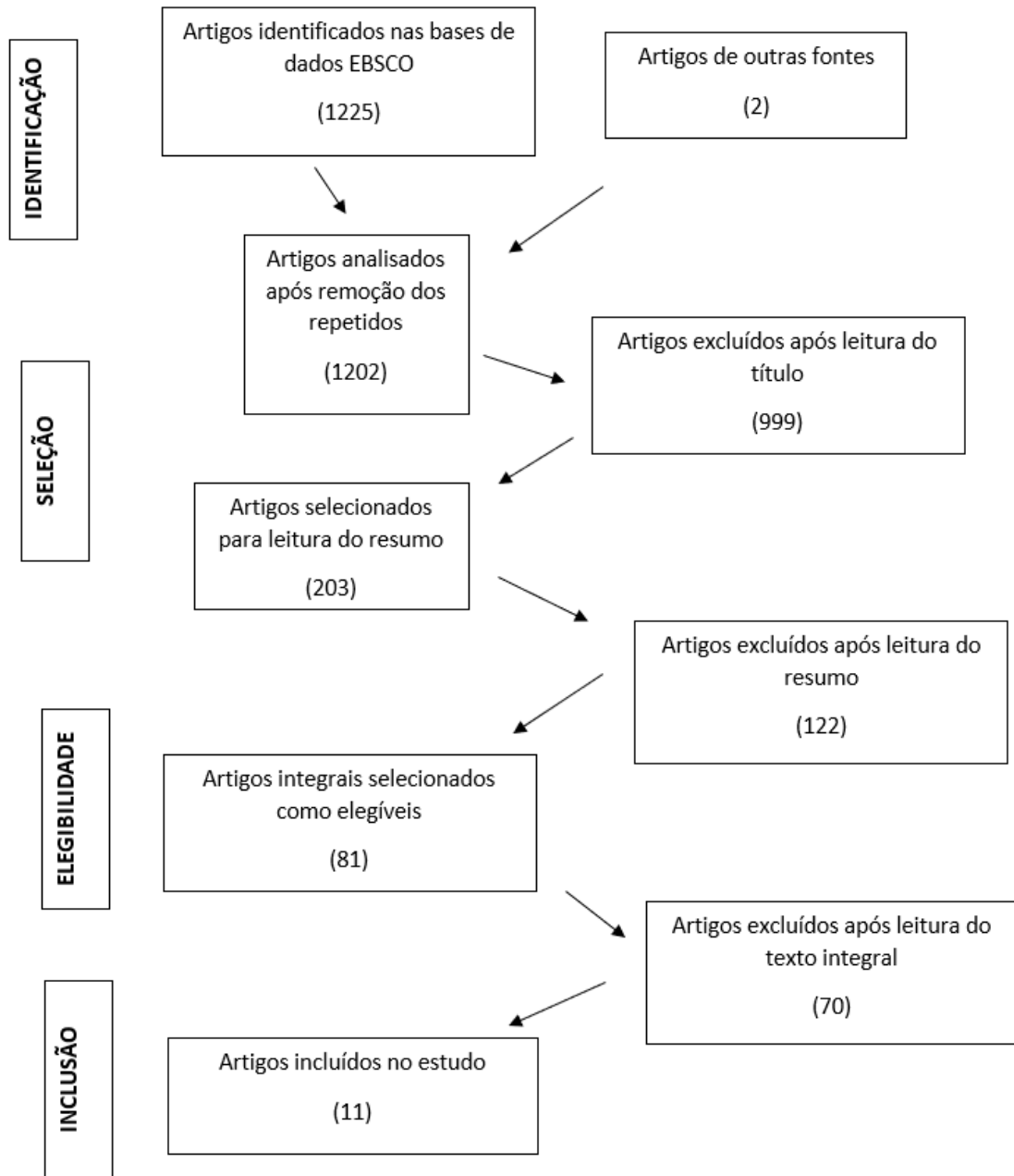


Figura 1. Fluxograma Prisma (Page et al., 2021) Tabela 1. Instrumento de extração de dados.

TÍTULO/ AUTOR/ ANO	OBJETIVO	TIPO ESTUDO	PARTICIPANTES	RESULTADOS
<p>T1</p> <p>Acute care nurses’ perceptions of leadership team work, turnover intention and patient safety – a mixed methods study</p> <p>(Zaheer et al., 2021)</p>	<p>Examinar as relações entre as perceções dos enfermeiros sobre liderança sénior, liderança de supervisão, trabalho de equipa, intenção de rotação e uma medida de segurança do cliente auto-relatada.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Enfermeiros e outros profissionais de saúde</p>	<p>A liderança é um fator contextual modificável.</p> <p>Os recursos humanos devem reforçar as competências relacionais dos líderes dos cuidados de saúde.</p> <p>As organizações devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a colaboração inter e Intra profissional; • Proporcionar trabalho de equipa, seminários

				educativos e oportunidades de aprendizagem.
<p>T 2 Effect of Leadership Styles on Job Satisfaction Among Critical Care Nurses in Aseer, Saudi Arabia (Alsharhani & Baig, 2015)</p>	<p>Avaliar o efeito dos estilos de liderança Transformacional e transaccional dos enfermeiros gestores no trabalho, satisfaccão dos enfermeiros em UCI.</p>	<p>Estudo de Corte transversal quantitativo</p>	<p>Enfermeiros (amostra por conveniência)</p>	<p>Enfermeiros gestores maioritariamente com estilo de liderança transaccional.</p> <p>Liderança transaccional Influências negativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfaccão dos enfermeiros prestadores do cuidado. <p>Liderança transformacional Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior satisfaccão profissional; • Melhores resultados organizacionais;

				<ul style="list-style-type: none">• Forte compromisso organizacional;• Enfermeiros moderadamente satisfeitos com o ambiente de trabalho;• Preferido em relação ao transacional. <p>Acumulação do estilo transformacional com o transacional aumenta os esforços dos enfermeiros para atingir os objetivos organizacionais.</p>
--	--	--	--	--

<p>T 3</p> <p>Ideal and Real Leadership of Nurses in Intensive Care Units at Private and Public Hospitals</p> <p>(Balsanelli & Cunha, 2016)</p>	<p>Analisar as diferenças entre os estilos de liderança ideal e real dos enfermeiros em cuidados intensivos em hospitais privados e públicos.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Enfermeiros e técnicos de enfermagem (amostra aleatória)</p>	<p>Liderança ideal</p> <p>Influência positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhora a qualidade do cuidado; • Trabalha em grupo; • Interage com liderados; • Aumenta a satisfação no trabalho; • Modera conflitos; • Inspira e motiva a equipa; • Incentiva o compromisso e a mudança; • Aumenta a relação de confiança; • Promove a reflexão crítica; • Atua e pensa de forma a melhorar;
--	---	---------------------------	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Valoriza decisões/opiniões; • Compreende e encoraja; • Estabelece objetivos claros e desafiantes; • Preocupado com os interesses da equipa e Organização.
<p>T 4</p> <p>Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review (Specchia et al., 2021)</p>	<p>Identificar e analisar conhecimentos sobre a correlação entre estilos de liderança e a satisfação profissional dos enfermeiros.</p>	<p>Revisão sistemática. Estudo correlacional</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Estilo transformacional Influência positiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação profissional dos enfermeiros (88%). <p>Estilo passivo ou laissez faire Influência negativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação profissional;

				<p>Liderança transacional</p> <p>Mostrou uma correlação neutra para a satisfação.</p> <p>O líder tem de promover competências e agir para melhorar a satisfação e a moral dos profissionais.</p>
<p>T 5</p> <p>Liderança autêntica entre profissionais de enfermagem: conhecimento e perfil. (Mondini et al., 2020).</p>	<p>Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre modelos de liderança e avaliar o perfil de liderança autêntica entre eles.</p>	<p>Estudo analítico, transversal quantitativo</p>	<p>Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem</p>	<p>Estilos de liderança reconhecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança comportamental; • Liderança situacional; • Liderança autêntica. <p>Necessidade sentida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior conhecimento sobre liderança autêntica.

				<p>Liderança autêntica</p> <p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incentiva a participação na tomada de decisões,• Valoriza os padrões éticos da equipa;• Aumentar a confiança e a satisfação no ambiente de trabalho. <p>Os enfermeiros demonstraram conhecer a liderança comportamental e autêntica.</p> <p>Os técnicos de enfermagem demonstraram conhecimento sobre a liderança situacional e menos sobre liderança autêntica.</p> <p>Competências de líder reconhecidas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicação;
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento; • Organização; • Transparência • Ética e morais. <p>Liderança autêntica Influências que a prejudicam negativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física inadequada; • Falta de trabalho em equipa; • Trabalho individual.
<p>T 6</p> <p>Transformational leadership and nurses’ satisfaction with their team: A cross-sectional study (Quesado et al., 2022)</p>	<p>Liderança transformacional: Descrever a relação entre a Liderança transformacional e satisfação dos</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo e transversal</p>	<p>Equipa de Enfermeiros</p>	<p>Liderança transformacional Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação da equipa; • Promove mudanças nos enfermeiros e organizações; • Bons Influenciadores.

	enfermeiros com as suas equipas.			
T 7 Authentic leadership, nurse satisfaction at work and hospital accreditation: study in a private hospital network (Batista et al., 2021)	Identificar as dimensões dominantes da liderança autêntica dos enfermeiros num hospital privado e correlacionar com a satisfação no trabalho e com o modelo de acreditação.	Estudo transversal, analítico	Enfermeiros líderes (94) e enfermeiros liderados (188)	Líderes e subordinados foram classificados como "nem insatisfeitos nem satisfeitos". Liderança autêntica Influências positivas: <ul style="list-style-type: none"> • Criação de ambientes de trabalho eficazes e de confiança; • Promoção da satisfação profissional; • Promoção do desenvolvimento e proatividade da equipa; • Desenvolvimento de ações em grupo;

				<ul style="list-style-type: none">• Aumenta a resiliência;• Resolução de problemas de forma construtiva;• Utiliza uma cultura não punitiva;• Reduz a exaustão. <p>A satisfação profissional é um fator importante para retenção dos enfermeiros e para a cuidados de alta qualidade.</p> <p>Líderes com transparência, equilíbrio, auto-consciencialização e elevados padrões éticos, estão relacionados com uma maior satisfação no trabalho e um melhor desempenho dos subordinados.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Perceção do líder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há associação entre liderança autêntica e satisfação profissional. <p>Perceção positiva dos liderados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação relacionada com a dimensão da transparência e da remuneração; • Satisfação com recompensas e boa comunicação.
<p>T 8</p> <p>Nurse Managers as Transformational and Transactional Leaders (Mc Guire & Kennerly, 2006)</p>	<p>Explorar a transformação e características da liderança transaccional dos gestores de</p>	<p>Estudo correlacional descritivo</p>	<p>Enfermeiros gestores e enfermeiros subordinados</p>	<p>Liderança transformacional</p> <p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admiração, respeito e confiança;

	<p>enfermagem em relação ao compromisso organizacional dos subordinados.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de motivação inspiradora e estimulação intelectual; • Promove e motiva ao compromisso organizacional. <p>Um líder deve ter o equilíbrio entre a liderança transaccional e transformacional para um bom funcionamento dos eu serviço.</p> <p>Quando a organização recompensa gestores para medidas de natureza transaccional (produtividade, gestão de custos, e conformidade com as políticas), não se verifica</p>
--	--	--	--	---

				motivação para a liderança transformacional.
<p>T 9</p> <p>Liderança transformacional: clube de leitura para enfermeiros gestores de urgência e emergência (Pereira et al., 2020)</p>	<p>Compreender o significado de liderança transformacional e desenvolver uma intervenção educativa sobre liderança.</p>	<p>Estudo qualitativo com 2 etapas:</p> <p>1ª- análise de conteúdo</p> <p>2ª- pesquisa-ação (interação entre investigadores e participantes).</p>	<p>Enfermeiros gestores (amostra de conveniência)</p>	<p>Etapa 1:</p> <p>Liderança transformacional</p> <p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera o holismo; • Respeita as individualidades; • Reconhece e fomenta as competências, capacidades e potencialidades de cada membro da equipa; • Fornece oportunidades de participação; • Boa comunicação;

				<ul style="list-style-type: none">• Compartilha e procura soluções comuns;• Procura conciliar os objetivos organizacionais com os da enfermagem;• Tem capacidade e capacita a equipa para melhorias contínuas e apropriação de um saber consistente. <p>Liderança transformacional</p> <p>Desafios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Escassez de trabalhadores;• Gestão dos conflitos da equipa pluridisciplinar;• Modelo de gestão;
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">• Desvalorização dos profissionais pelos salários desiguais;• Impotência nos processos de decisão;• Stress no contexto do trabalho. <p>Estes desafios causam desgaste físico, emocional e desmotivação.</p> <p>Liderança transformacional</p> <p>Papel do líder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar respeito, coordenação do trabalho de equipa;• Estimular a equipa à realização de atividades prazerosas e ao diálogo;
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar reforços positivos;• Promover a troca de conhecimentos e vivências e estabelecer parceria com a equipa. <p>Etapa 2</p> <p>Resultados da reflexão crítica (clube de leitura) efetuada pelos enfermeiros gestores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Perceção de alguns dos pressupostos da liderança transformacional;• Evidência da sua importância ainda assim não e encontram presentes no seu quotidiano;
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Procura de instrumentos para o seu trabalho revelando a necessidade de capacitação, apropriação e empoderamento no exercício da liderança. <p>Os líderes devem aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico e habilidades correspondendo às expectativas da organização e da equipa, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa.</p>
T 10 Specialty cardiac nurses’ work satisfaction is	Explorar o trabalho percecionado pelos enfermeiros	Estudo simultâneo de métodos mistos que compreendeu duas Fases:	Enfermeiros especializados em cardiologia (74)	Influências positivas de estilos de liderança forte:

<p>influenced by the type of coronary care unit: A mixed methods study (Currey et al., 2019)</p>	<p>cardíacos especializados relativamente à satisfação profissional em duas UCI dedicados e 2 UCI polivalentes</p>	<p>Fase 1, informação demográfica e perceções dos enfermeiros cardíacos especializados sobre o ambiente clínico. Fase 2: utilizadas entrevistas semiestruturadas individuais ou de grupo focal para explorar as suas perspetivas sobre o seu local de trabalho.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a satisfação dos enfermeiros no seu local de trabalho e nas relações; • Aumenta a segurança dos pacientes • Respeita os conhecimentos de enfermagem; • Abordagem de conflitos não resolvidos. <p>Existência de desacordos entre enfermeiras especializadas em cardiologia e gestores por má comunicação.</p> <p>Enfermeiros especializados em cardiologia de todas as unidades estavam muito</p>
--	--	--	--	---

				satisfeitos com o seu nível de liderança e autonomia.
<p>T 11</p> <p>Liderança e satisfação de Enfermagem: Revisão Narrativa</p> <p>(Encarnação & Fernandes, 2021)</p>	<p>Compreender influência do binómio liderança e satisfação em enfermagem.</p>	<p>Revisão Narrativa</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Identificados 4 estilos de liderança: transformacional, situacional, autêntica e ressonante.</p> <p>Liderança transformacional</p> <p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação profissional • Promoção do empoderamento, autoeficiência. <p>Liderança servil</p> <p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação profissional <p>Liderança autêntica</p>

				<p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Satisfação profissional. <p>Liderança Ressonante</p> <p>Influências positivas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Satisfação profissional;• Promoção do empoderamento e autoeficiência. <p>Liderança transacional</p> <p>Liderança autocrática</p> <p>Liderança laissez-faire ou passivo-evasivo</p> <p>Influências negativas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Insatisfação profissional;• Pouca comunicação;• Desmotivação.
--	--	--	--	--

				<p>Fatores que contribuem para insatisfação dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Stress;• Rotatividade na equipa de enfermagem;• Liderança deficiente;• Falta de apoio da gestão hospitalar de topo;• Gestão deficiente;• Supervisão deficiente. <p>Fatores que contribuem para satisfação/permanência dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Liderança orientada para a tarefa;• Supervisão adequada;• Apoio à prática profissional;
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">• Relação com o gestor;• Ambiente de trabalho saudável;• Dotações seguras;• Correta utilização dos todos os recursos existentes.
--	--	--	--	---

SÍNTESE DOS DADOS

A presente revisão de literatura compreende como amostra todos os profissionais de saúde, independentemente da idade, sexo, experiência profissional ou profissão exercida. Foi efetuada em Portugal por três enfermeiras Mestradas e uma Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, e Docente do ICS-UCP (Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa), com início em setembro de 2022 tendo sido apresentados os resultados em janeiro de 2023. Trata-se estudo misto na medida em que os artigos selecionados para o estudo do fenómeno abrangeram artigos de tipologia qualitativa e quantitativa. Desta forma conseguimos constituir uma abordagem que procura utilizar os pontos fortes de ambas as metodologias (Creswell et al., 2007).

Apesar de não se identificarem nos títulos de todos os artigos os descritores escolhidos para o estudo, foi verificado que os mesmos estavam contemplados nos respetivos resumos, pelo que foram incluídos.

Através dos estudos selecionados nesta revisão foram identificados os seguintes estilos de liderança: transacional, transformacional, situacional, autêntica e passivo ou *laissez faire*.

A **liderança transacional** orienta os liderados numa determinada direção de acordo com os objetivos da organização. O líder transacional estabelece objetivos, dá indicações e oferece recompensas para reforçar os comportamentos dos liderados que cumprem os objetivos estabelecidos. Estas recompensas incluem elogios, reconhecimento, aumentos de mérito ou promoções (Araújo et al., 2019; Mondini et al., 2020). Neste contexto, o líder identifica fielmente as necessidades dos liderados de forma a poder exigir e compensar adequadamente. Assim, a liderança adota uma gestão baseada na troca entre algo que o líder pode oferecer em face de um determinado comportamento espetável com desempenho de excelência para a conquista das metas propostas (Araújo et al., 2019).

A **liderança transformacional** compreende o desenvolvimento de competências do próprio líder e da sua equipa. Caracteriza-se pela comunicação eficaz, pela valorização das relações e considera cada liderado individualmente transmitindo um sentimento de lealdade que aumenta a produtividade e a satisfação. Este líder conhece a cultura e os valores da organização, cultivando-os na sua equipa e desta forma estimula a mudança e orienta os comportamentos dos liderados para um objetivo comum. Os líderes

transformacionais trabalham para inspirar os seus liderados promovendo a equipa e os interesses da organização, orientando os mesmos para a mudança e inspirando-os de modo a criar uma organização adaptativa, inovadora e dinâmica (Araújo et al., 2019).

A **liderança situacional** está diretamente dependente dos níveis de maturidade e preparação do liderados. Neste tipo de liderança o líder pretende influenciar os liderados para garantir o cumprimento dos objetivos, pelo que deve ter competências para nutrir o desenvolvimento profissional dos mesmos, estar capacitado de uma inteligência emocional elevada e promover a comunicação (Vasconcelos, 2020; Figueiredo, 2018).

Na **liderança autêntica** o líder tem um autoconhecimento elevado no que respeita aos seus comportamentos e valores morais, assim como dos seus liderados. Tem como principal objetivo manter um clima organizacional positivo, valorizando as capacidades dos liderados e mantendo um ambiente de confiança, resiliência e otimismo. O líder autêntico compreende quatro dimensões: a autoconsciência, a transparência, a moral e ética e a tomada de decisão de forma balanceada (Mondini et al., 2020).

O estilo de liderança **Passivo** ou **Laissez-faire** é indicativo de ausência de liderança, ou seja, o líder concede liberdade total para as decisões de grupo ou individuais. Não impõe autoridade, não existe interação intencional e conseqüentemente não existe “grupo”. Este líder evita tomar decisões atrasando-as e ignora as suas responsabilidades (Araújo et al., 2019).

O líder deve proporcionar respeito, coordenação do trabalho de equipa, estimular a equipa à realização de atividades prazerosas, ao diálogo, proporcionar reforços positivos, promover a troca de conhecimentos e vivências e estabelecer parceria com a equipa. O aperfeiçoamento contínuo do líder aliado ao conhecimento técnico-científico e habilidades proporciona uma prática clínica reflexiva e participativa, ao mesmo tempo que corresponde às expectativas da organização e da equipa, proporcionando um ambiente saudável.

A autonomia, a comunicação e a capacidade de proporcionar cuidados de excelência foram consideradas as componentes mais importantes na satisfação no trabalho (Jeremias & Correia, 2019). A comunicação é uma das ferramentas mais importantes para uma liderança eficaz, é através dela que se verifica uma compreensão efetiva das mensagens e orientações com o objetivo de construir um bom relacionamento e interatividade entre os elementos da equipa e o líder e conseqüentemente com os clientes, advindo a satisfação

dos profissionais (Jeremias & Correia, 2019). Quando a organização recompensa gestores para medidas de natureza transacional (produtividade, gestão de custos, e conformidade com as políticas) não se verifica motivação para a liderança, conseqüentemente fica condicionada a satisfação dos prestadores de cuidados.

De acordo com os vários ambientes encontrados, verificou-se que alguns estilos de liderança apresentavam uma influência mais positiva que outros. O que nos remete para questão e partida: Qual a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde?

Alguns líderes optaram por complementar dois estilos de liderança diferentes para obter melhores resultados, nomeadamente manter os profissionais de saúde satisfeitos e motivados e cumprir com os objetivos organizacionais. Perante a análise dos dados verifica-se que a liderança é um fator contextual modificável.

O estilo de liderança que mais satisfaz e motiva os profissionais de saúde e que apresenta melhores resultados organizacionais é o transformacional. Este líder consegue influenciar positivamente os subordinados no que respeita a mudanças nos próprios e nas organizações, consegue promover um sentido de compromisso (Araújo et al., 2019). Verifica-se uma forte admiração e respeito pelo líder transformacional, sendo considerado de confiança pelos seus subordinados. A motivação inspiradora e a estimulação intelectual (características transformacionais) têm resultados significativos na satisfação. Os desafios encontrados pelo líder transformacional compreendem a escassez de profissionais, a capacidade de gerir os conflitos da equipa pluridisciplinar, o desagrado por ter subordinados com salários desiguais, a impotência na resolução de processos de decisão e o stress no contexto do trabalho. Por este motivo, a evidência afirma que o líder deve ter o equilíbrio entre a liderança transformacional e transacional para um bom funcionamento do serviço, para conseguir atingir os objetivos organizacionais e para aumentar a satisfação dos profissionais. Ainda assim o estilo transformacional é preferido em relação ao transacional (Araújo et al., 2019; Parreira et al., 2017).

O estilo de liderança transacional por si só não satisfaz os profissionais de saúde prestadores do cuidado porque está fortemente direcionado para a satisfação organizacional. No entanto ainda se verifica que a maioria dos gestores (no que diz

respeito aos enfermeiros) demonstraram ter um estilo transacional (Araújo et al., 2019; Parreira et al., 2017).

Outro estilo de liderança referido no estudo que promove a satisfação profissional e potencia ambientes de trabalho eficazes é a liderança autêntica. A liderança autêntica associada a dotação e cargas de trabalho adequadas é facilitadora do desenvolvimento da equipa. É geradora de um ambiente de trabalho positivo; reduz a exaustão e aumenta a satisfação profissional e, conseqüentemente, promove um comportamento proactivo dentro de uma organização; aumenta a resiliência e melhora a confiança e a capacidade de resolver problemas de uma forma construtiva; utiliza uma cultura não punitiva e origina o desenvolvimento de ações em grupo, aumentando a autoconfiança do mesmo. No entanto se as dotações não forem adequadas à carga de trabalho pode ser geradora de exaustão emocional e síndrome do Burnout (Parreira et al., 2017).

Os estilos de liderança passivo ou laissez faire mostraram uma influência negativa na satisfação profissional, dado que são estilos onde prevalece uma liberdade demasiado evidente e pouca comunicação, o que leva à desmotivação (Araújo et al., 2019). Embora possa ser positivo para os profissionais com autonomia e criatividade para outros é necessária alguma orientação e tutoria. Uma gestão deficiente e a falta de supervisão surgem como fatores organizacionais determinantes para o aumento da insatisfação profissional. A existência de um mentor pode contribuir para a satisfação no trabalho através da melhoria da autoconfiança, autoestima, e capacidade de agir autonomamente.

Através da análise dos estudos, compreendeu-se que as principais competências de líder reconhecidas pelos profissionais de saúde são de domínio ético e moral, a comunicação, o planeamento, a organização e transparência (Parreira et al., 2017; Reis & Oliveira, 2012).

Apesar de ter sido identificado o estilo de liderança situacional em alguns dos estudos selecionados, não se verificou referência ao mesmo como objeto de estudo.

CONCLUSÃO

Considerando a questão de partida para este estudo podemos afirmar que os resultados encontrados permitiram conhecer a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Muito mais haverá a dizer e a descobrir, tendo em

conta que nada é constante e são muitas as variáveis que podem influenciar a satisfação e motivação dos profissionais de saúde, quer sejam de origem interna ou externa às organizações ou ao próprio.

Perante este estudo concluímos que o estilo de liderança que mais satisfação produz nos profissionais de saúde é a liderança transformacional, no entanto deverá ser complementada à transacional para que os resultados positivos sejam transversais às organizações.

As relações pessoais e a comunicação dos líderes com os profissionais prestadores de cuidados são um fator muito importante para a satisfação no trabalho, a permanência no emprego e a qualidade dos cuidados prestados. A liderança eficaz melhora a qualidade do cuidado, inspira e motiva a equipa, incentiva o trabalho em equipa e reduz o desgaste emocional e o stress.

O líder ideal trabalha arduamente junto aos seus subordinados, pede e dá ideias e opiniões, faz autoanálise, muda a forma de pensar para melhorar, resolve conflitos, valoriza as decisões corretas, é compreensivo e encorajador; estabelece objetivos claros, atingíveis e desafiantes e é preocupado com os interesses da equipa. Desta forma consegue promover competências e agir para melhorar a satisfação e a moral dos profissionais.

Uma cultura flexível é mais benéfica para a satisfação no trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelha, Daniel Martins, Cavazotte, Flavia Souza Costa Neves, Niemeyer, Jeane Rodrigues Lucena, Villas Boas, & Otacílio Torres. (2020, August 31). O LADO SOMBRIO DA FORÇA: A MÁ LIDERANÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS INDIVÍDUOS E AS ORGANIZAÇÕES. *Revista Economia & Gestão*, 20(55), 38–57. <https://doi.org/10.5752/p.1984-6606.2020v20n55p38-57>

Alsharhani, F., & Baig, L. (2015). Effect of Leadership Styles on Job Satisfaction Among Critical Care Nurses in Asser, Saudi Arabia. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 26(5), 366–370.

Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Thofehr, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. D. L. (2014, May 29). Desafios vivenciados no exercício da liderança por

enfermeiros: perspectivas como técnicos de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3), 495. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i3.20501>

Apóstolo, J. L. A. (2017). *SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA*.

Araújo, L. F. da S., Motta, K. A. M. B., Souza, I. F. de, & Costa, A. A. (2019). PERFIL DE LIDERANÇA: ESTILO TRANSFORMACIONAL, TRANSACIONAL E LAISSEZ-FAIRE. *Revista Lusófona de Economia*, 45–73.

Balsanelli, A., & Cunha, I. (2016, January). *IDEAL AND REAL LEADERSHIP OF NURSES IN INTENSIVE CARE UNITS AT PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS*. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>

Batista, S. A., Miclos, P. V., Amendola, F., Bernardes, A., & Mohallem, A. G. da C. (2021). Authentic leadership, nurse satisfaction at work and hospital accreditation: study in a private hospital network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0227>

Creswell, J. W., Rocha, L. de O. da, & Silva, M. I. da C. e. (2007). *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed

Coelho, M. T. (n.d.). *COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS*.

Currey, J., Sprogis, S. K., Orellana, L., Chander, A., Meagher, S., Kennedy, R., & Driscoll, A. (2019). Specialty cardiac nurses' work satisfaction is influenced by the type of coronary care unit: A mixed methods study. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0367-6>

Encarnação, V., & Fernandes, R. (2021). *LIDERANÇA E SATISFAÇÃO NA EQUIPA DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA LEADERSHIP AND SATISFACTION IN THE NURSING TEAM: NARRATIVE REVIEW*. 29, 465–482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Fortin, M.-F. (1999). *O-processo-de-investigacao-FORTIN* (Lusociência (ed.)).

Figueiredo, P. C. (2018). *COMPETÊNCIAS PARA UMA LÍDERANÇA PERCEBIDA COMO EFICAZ-Líderes e liderados* Doutorado em Gestão. Universidade Europeia. JBI. (2021).

JBIMANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS

Jeremias, A. T. N., & Correia, P. M. A. R. (2019). Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 38, 88–109. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc38a5>

Martins, M. J., & Faria, B. E. M. (2018). Goleman, D. (2012). A Inteligência Emocional: Rio de Janeiro: Objetiva. In *Psicologia e Saúde em Debate* (Vol. 4, Issue 3, pp. 121–130). <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N3A12>

Mc Guire, E., & Kennerly, S. (2006). *Nurse Managers as Transformational and Transactional Leaders*. 24(4).

Mondini, C. C. da S. D., Cunha, I. C. K. O., Trettene, A. D. S., Fontes, C. M. B., Bacheга, M. I., & Cintra, F. M. R. (2020, August). Authentic leadership among nursing professionals: knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180888.

Parreira, P., Mónico, L., & Carvalho, C. (2017). *LIDERANÇA E SEUS EFEITOS* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ed.); 6th ed.).

Quesado, A. J., Estanqueiro, M., Melo, M. B., De, I., & Oliveira, J. (2022, July 24). Transformational leadership and nurses' satisfaction with their team: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today*, 243–250.

Reis, A. M., & Oliveira, C. C. (2012, July). Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa? Ethics training of nurses: what is the Portuguese reality? Formación ética de los enfermeros: cómo es la realidad Portuguesa? *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Sevilha, J., Luiz, M., & Campello, C. (n.d.). *Clima e cultura organizacional no desempenho das empresas*.

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 4, pp. 1–15). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>

Carla Pacheco

Vasconcelos, Á. M. de. (2020). *A influencia da inteligência emocional no desenvolvimento dos estilos de liderança: Uma análise dos estilos segundo o modelo de Dniel Goleman.*

Vieira, T. D. P., Renovato, R. D., & Sales, C. de M. (2013, March). COMPREENSÕES DE LIDERANÇA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM THE NURSING TEAM'S UNDERSTANDINGS OF LEADERSHIP. *Abr, 18*(2), 253–260.

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2021). Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety – a mixed methods study. *BMC Nursing, 20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00652-w>

APÊNDICE 2

TABELA - ESTRATÉGIA DE PESQUISA BOLEANA

TABELA - ESTRATÉGIA DE PESQUISA BOLEANA

PESQUISA	TERMOS DE BUSCA	OPÇÕES DE BUSCA
S1	TI leadership Styles OR leader OR management team	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S2	AB leadership Styles OR leader OR management team	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S3	SU leadership Styles OR leader OR management team	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S4	TI motivation OR satisfaction	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S5	AB motivation OR satisfaction	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S6	SU motivation OR satisfaction	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S20	TI critical care OR UCI OR emergencie OR intensive care OR critical pacient OR health care team OR health professional	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase
S21	AB critical care OR UCI OR emergencie OR intensive care OR critical pacient OR	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase

	health care team OR health professional	
S22	SU critical care OR UCI OR emergencie OR intensive care OR critical patient OR health care team OR health professional	Expansores equivalentes – aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/ frase

TI -Título

AB – Resumo

SU – Termos de assunto

PESQUISA INTERMÉDIA	CONCLUSÃO DA PESQUISA INTEMÉDIA
S1 AND S2 AND S3	S10
S4 AND S5 AND S6	S11
S21 AND S22 AND S22	S23
PESQUISA FINAL	TOTAL DE ARTIGOS
S10 AND S11 AND S23	1200

APÊNDICE 3

**RESUMO DO POSTER APRESENTADO NO V SEMINÁRIO DO MESTRADO
EM ENFERMAGEM**

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para saude.sede@ucp.pt em formato WORD.

Colocar no Assunto do email:

Submissão de Posters – V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Título do Poster:

Influência do estilo de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde:
Protocolo de Scoping Review

Autoria(s): Carla Pacheco¹, Filipa de Almeida¹, Vera Correia¹; Filipa Veludo²

Afiliação do(s) autor(es):

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica de Lisboa.

Outros dados pessoais:

¹Enfermeira; mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

Carla Pacheco

²Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, Enfermeira; Docente do ICS-UCP

Carla Pacheco (1º autor)

Telefone: 965072853; E-mail: sps.carla@gmail.com

Resumo (5000 caracteres):

Introdução:

A liderança assume um papel fulcral na motivação e satisfação profissional. O líder, através da manifestação do seu poder e autoridade consegue influenciar o grupo e consequentemente o seu desempenho na qualidade do cuidado, as suas competências, o grau de absentismo e a rotatividade e ou permanência num serviço (Araújo et al., 2019; Parreira et al., 2017).

O que faz uma boa liderança? Esta questão tão complexa não tem resposta certa, ainda assim, sabe-se que a liderança pode ter um impacto positivo ou negativo na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Liderar com eficácia é um dos principais objetivos dos gestores, induzindo a equipa ao encontro dos objetivos institucionais, desenvolvimento profissional e pessoal e consequentemente, ao sucesso das organizações de saúde (Fernando Gonçalves da Silva Araújo et al., 2019; Parreira et al., 2017).

Face a esta problemática emerge a seguinte questão de investigação: Qual a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde?

Objetivos:

Mapear o conhecimento relativamente à influência do estilo de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde.

Materiais e Métodos:

Face à natureza da questão de pesquisa e ao estado da arte, optamos pela realização de uma Scoping Review (Apóstolo, 2017). Para a definição dos critérios de inclusão utilizámos a mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações do JBI para as revisões scoping (Fortin, 1999).

Esta representa os termos população, conceito e contexto. O âmbito deste estudo não será limitado a uma população específica, estão incluídos todos os profissionais de saúde.

POPULAÇÃO

O âmbito deste estudo não será limitado a uma população específica, (não haverá restrições quanto à idade, sexo, experiência profissional ou profissão). Estão incluídos todos os profissionais de saúde.

CONCEITO

Serão considerados todos os artigos que abordem a liderança e a sua influência na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Outros temas secundários poderão ser abordados como o Burnout, a rotatividade e a qualidade do cuidado quando submetidos à influência do líder.

CONTEXTO

O âmbito do estudo é global e não será limitado por período de tempo ou região geográfica. São incluídos todos os estudos que abordem a prestação de cuidados em unidades de saúde à pessoa em situação crítica.

Serão considerados todos os artigos que abordem a liderança e a sua influência na satisfação e motivação dos profissionais de saúde nos idiomas: Português, Inglês, Francês e Espanhol. Não serão aplicadas restrições baseadas no ano de estudo, duração do estudo, ou estado de publicação.

Esta revisão considerará estudos primários de natureza qualitativa e quantitativa, estudos de opinião, revisões narrativas e estudos de natureza secundária. Será também pesquisada literatura cinzenta sobre o tema de interesse, através de uma pesquisa livre no Google Académico e RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal),

A estratégia de pesquisa visa localizar estudos publicados e não publicados. Neste sentido, realizou-se uma primeira pesquisa, através da EBSCO, nas bases de dados: CINHALL® Complete; MEDLINE® Complete, Nursing & Allied Health Collection™; Cochrane, Library, information Science & Technology Abstracts, MedicLatina™. Também utilizados para pesquisa de artigos o RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), Pubmed, Google, Literatura cinzenta, Teses de

Doutoramento e Dissertações de mestrado. Para identificar vários descritores booleanos foi feita pesquisa no DesCS/MeSH, de forma a abranger um vasto número de artigos de acordo com a questão preliminar.

Todos os descritores e seus sinónimos foram pesquisados em título, termos de assunto e resumo sendo posteriormente cruzados com o operador booleano “OR”. A pesquisa principal teve como descritores:

-Liderança e sinónimos (leadership Styles OR leadership* OR leader* OR management team”);

-Motivação ou satisfação (motivation* OR satisfaction*);

-Unidade de cuidados intensivos e sinónimos (critical care OR ICU OR emergencie* OR intensive care* OR critical patient*);

-Equipa de saúde, profissional de saúde (health care team OR health professional*)

A equação final foi obtida através do cruzamento com o operador booleano “AND” de todos os descritores considerados como grandes conceitos.

Resultados:

A seleção dos artigos decorrerá em três fases: exclusão por leitura de título, de resumo e, por fim, por texto integral, efetuada por 3 revisores independentes e operacionalizada em fluxograma PRISMA. O processo de decisão da inclusão dos artigos divergentes será discutido com toda a equipa de investigação. Os resultados serão extraídos para uma tabela com os seguintes itens de análise: título, autor, ano, objetivo, tipo de estudo, participantes e resultados.

O processo de síntese dos dados constará de um resumo lógico e descritivo dos resultados que se coadunam com o objetivo da revisão (Apóstolo, 2017).

Conclusão:

O poster que irá ser apresentado sistematiza o percurso metodológico a utilizar na Revisão de Scoping com o título: " Influência do estilo de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde".

Referências Bibliográficas:

Abelha, Daniel Martins, Cavazotte, Flavia Souza Costa Neves, Niemeyer, Jeane Rodrigues Lucena, Villas Boas, & Otacílio Torres. (2020, August 31). O LADO SOMBRIO DA FORÇA: A MÁ LIDERANÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS INDIVÍDUOS E AS ORGANIZAÇÕES. *Revista Economia & Gestão*, 20(55), 38–57. <https://doi.org/10.5752/p.1984-6606.2020v20n55p38-57>

Alsharhani, F., & Baig, L. (2015). Effect of Leadership Styles on Job Satisfaction Among Critical Care Nurses in Asser, Saudi Arabia. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 26(5), 366–370.

Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Thofehn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. D. L. (2014, May 29). Desafios vivenciados no exercício da liderança por enfermeiros: perspectivas como técnicos de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3), 495. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i3.20501>

Apóstolo, J. L. A. (2017). *SÍNTESE DA EVIDÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA*.

Araújo, L. F. da S., Motta, K. A. M. B., Souza, I. F. de, & Costa, A. A. (2019). PERFIL DE LIDERANÇA: ESTILO TRANSFORMACIONAL, TRANSACIONAL E LAISSEZ-FAIRE. *Revista Lusófona de Economia*, 45–73.

Balsanelli, A., & Cunha, I. (2016, January). *IDEAL AND REAL LEADERSHIP OF NURSES IN INTENSIVE CARE UNITS AT PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS*. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>

Batista, S. A., Miclos, P. V., Amendola, F., Bernardes, A., & Mohallem, A. G. da C. (2021). Authentic leadership, nurse satisfaction at work and hospital accreditation: study in a private hospital network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0227>

Creswell, J. W., Rocha, L. de O. da, & Silva, M. I. da C. e. (2007). *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed

Coelho, M. T. (n.d.). *COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS*.

Currey, J., Sprogis, S. K., Orellana, L., Chander, A., Meagher, S., Kennedy, R., & Driscoll, A. (2019). Specialty cardiac nurses' work satisfaction is influenced by the type of coronary care unit: A mixed methods study. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0367-6>

Encarnação, V., & Fernandes, R. (2021). *LIDERANÇA E SATISFAÇÃO NA EQUIPA DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA LEADERSHIP AND SATISFACTION IN THE NURSING TEAM: NARRATIVE REVIEW*. 29, 465–482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Fortin, M.-F. (1999). *O-processo-de-investigacao-FORTIN* (Lusociência (ed.)).

Figueiredo, P. C. (2018). *COMPETÊNCIAS PARA UMA LÍDERANÇA PERCEBIDA COMO EFICAZ-Líderes e liderados Doutoramento em Gestão*. Universidade Europeia. JBI. (2021).

JBIMANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS

Jeremias, A. T. N., & Correia, P. M. A. R. (2019). Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 38, 88–109. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc38a5>

Martins, M. J., & Faria, B. E. M. (2018). Goleman, D. (2012). A Inteligência Emocional: Rio de Janeiro: Objetiva. In *Psicologia e Saúde em Debate* (Vol. 4, Issue 3, pp. 121–130). <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N3A12>

Mc Guire, E., & Kennerly, S. (2006). *Nurse Managers as Transformational and Transactional Leaders*. 24(4).

Mondini, C. C. da S. D., Cunha, I. C. K. O., Trettene, A. D. S., Fontes, C. M. B., Bachega, M. I., & Cintra, F. M. R. (2020, August). Authentic leadership among nursing professionals: knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180888. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>

Parreira, P., Mónico, L., & Carvalho, C. (2017). *LIDERANÇA E SEUS EFEITOS* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ed.); 6th ed.).

Carla Pacheco

Quesado, A. J., Estanqueiro, M., Melo, M. B., De, I., & Oliveira, J. (2022, July 24). Transformational leadership and nurses' satisfaction with their team: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today*, 243–250. <http://npt.tums.ac.ir>

Reis, A. M., & Oliveira, C. C. (2012, July). Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa? Ethics training of nurses: what is the Portuguese reality? Formación ética de los enfermeros: cómo es la realidad Portuguesa? *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Sevilha, J., Luiz, M., & Campello, C. (n.d.). *Clima e cultura organizacional no desempenho das empresas*.

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 4, pp. 1–15). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>

Vasconcelos, Á. M. de. (2020). *A influencia da inteligência emocional no desenvolvimento dos estilos de liderança: Uma análise dos estilos segundo o modelo de Dniel Goleman*.

Vieira, T. D. P., Renovato, R. D., & Sales, C. de M. (2013, March). COMPREENSÕES DE LIDERANÇA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM THE NURSING TEAM'S UNDERSTANDINGS OF LEADERSHIP. *Abr*, 18(2), 253–260.

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2021). Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety – a mixed methods study. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00652-w>

APÊNDICE 4
POSTER APRESENTADO NO V SEMINÁRIO DO MESTRADO em
ENFERMAGEM



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: VOZ PARA O HUMANISMO
 25 de novembro 2022 | 09H00-6H30



Influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde : Protocolo de Scoping Review

Autoria(s) Carla Pacheco, Filipa de Almeida Filipa Veludo, Vera Correia¹

¹Enfermeira, mestranda em Enfermagem Médicobúrgica na Pessoa em Situação Crítica.

²Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, Enfermeira; Docente de OES

INTRODUÇÃO:

A liderança assume um papel fulcral na motivação e satisfação profissional. O líder, através da manifestação do seu poder e autoridade, consegue influenciar o grupo e consequentemente o seu desempenho na qualidade do cuidado, as suas competências, o grau de absentismo e a rotatividade e ou permanência num serviço (Barreto et al., 2012; Bass et al., 2003).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Qual a influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde?

RESULTADOS:

A seleção dos artigos decorrerá em três fases: exclusão por leitura de título, de resumo e, por fim, por texto integral, efetuada por 3 revisores independentes e operacionalizada em fluxograma PRISMA. A decisão da inclusão dos artigos divergentes será discutida com toda a equipa de investigação. Os resultados serão extraídos para uma tabela com os seguintes itens de análise: título, autor, ano, objetivos, tipo de estudo, participantes, metodologia, resultado e conclusão.

METODOLOGIA:

Face à natureza da questão de pesquisa e ao estado da arte, optamos pela realização de uma Scoping Review (Apostolo, J.; 2017). Para a definição dos critérios de inclusão utilizámos a mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute para as revisões scoping (Cordeirol & 2022) Esta representa os termos população, conceito e contexto. **POPULAÇÃO**- Todos os profissionais de saúde. **CONCEITO**- A liderança e a sua influência na satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Outros temas secundários poderão ser abordados como o Burnout, a rotatividade e a qualidade do cuidado quando submetidos à influência do líder.

CONTEXTO - Prestação de cuidados em unidades de saúde à pessoa em situação crítica

CONCLUSÃO:

Este Poster estrutura o trabalho para a realização de uma Scoping Review com o tema: A influência dos estilos de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde.

Esperamos que os resultados finais do estudo sejam um contributo positivo para líderes, gestores, chefes, responsáveis e todos os profissionais de saúde que estão na prestação direta de cuidados.

Referências Bibliográficas

Balsanelli, A. P., & Cunha, I. K. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. Rev. da Escola de Enfermagem da USP, 40 (1), pp. 117 -122; Berner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra : Quarteto Editora; Carochinho, José A. B. (Ed. 1998). Satisfação no trabalho, compromisso e cultura organizacional: um estudo empírico na banca com base nos modelos dos valores contrastantes (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional). Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. DOI: 10.5935/2446-5682.20210058; Fisher, B. A., Ellis, D.G. (1990) Small Group decision making: communication and the group process. New York: Mc Graw Hill International Editions; https://jbi.global/scoping-review-network/resources; https://www.gubuy.com/gubuy-organizational-Scores!; Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualificativa Scoping review; potentialities for a synthesis of methodologies used in qualitative primary research; Moscovici, F.ela, (1998) Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo. 8 ed. Rio de Janeiro: José Olympo.

APÊNDICE 5

**PROMOVER O CONFORTO EM BLOCO OPERATÓRIO NOS CLIENTES
SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA**

REFLEXÃO

Environmental comfort is described as a state of satisfaction of a person in a given space, in which good psychological, thermal, acoustic, visual, air quality, and ergonomic conditions are provided. And we know that we can provide these conditions in the operating room...all it takes is a little effort in a short period.

Caring for comfort needs has been considered for several decades. Nursing care is related to providing a general atmosphere of Comfort, and the personal care of patients includes attention to be happiness, Comfort, and physical and mental tranquility (Kolcaba 2003).

Nurses also need to feel comfortable and safe in their work environment to provide excellent care. Kolcaba's Comfort Theory suggests that when nurses' comfort is valued, they become more committed to the institution, more able to work hard and essentially more satisfied. Thus, the results are improved. Kolcaba (2003), researched what nurses want in their workplaces and identified many factors that can be organized according to comfort contexts as explained in Comfort Theory (physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental [organizational structure]).

A day begins like so many others, starting at 8am with the preparation of the material for various surgeries, preparation of the operating room and testing of the ventilators and other equipment.

Another day in which the person admitted to the operating room needs comfort, support, compassion, respect, commitment, involvement, dedication, theoretical knowledge, and differentiated and rigorous techniques. Every day I try to demonstrate that physical, spiritual, social, emotional, and environmental comfort is as important as technical differentiation, with the multidisciplinary team, and the nursing team.

In the operating room patients are overexposed in all these dimensions. They are fragile, in the unknown and with strangers, filled with fear, anguish, and a future that may be uncertain. I ask myself daily: -What does it cost to put a pillow and one, two or three warm sheets on a patient who has just arrived in the operating room? Who has just been transferred to a narrow, cold, and often rigid surgical table!!! And one who is in an unfamiliar environment, helpless, without their clothes and belongings? Have a relaxed conversation that conveys Comfort and confidence that allows the exposure of their doubts, anxieties and fears. Allow a warm and comforting touch, the so-called therapeutic touch.

After prodding for a while, I am finally able to achieve my goals. Pillow placed, and the patient warmed up and made comfortable as far as possible. After a short checklist we enter the operating room. And now it's time to undress and uncover, and there I go to pull the sheet closer and keep his privacy as integral as possible. And so I am a "nag", but here, between us, I don't care what anyone says, I want to maintain the dignity of my patient. The dignity of each human being is intrinsic to him.

One more conquest! Whew...what a simple and challenging task!!!

Now it's time to proceed with the induction of anesthesia. That great moment of anxiety for a significant number of patients and the very moment when all the professionals start talking. Opening packages of sterile material and metallic boxes... and a loud noise present! It even bothers me, to imagine what the patients feel, them, who besides being in an unfamiliar situation, are about to enter a deep sleep in a very noisy room too. Sometimes it's necessary to ask for silence... for the sake of all of us and to provide the comfort our patients need.

Environmental and psychosocial comfort are essential factors in the operating theatre. Environmental comfort concerns the environment, conditions and external influences, which should be controlled, where possible, by the operating theatre staff.

The client should be respected in his/her holistic context at any time during the intraoperative period. At any moment of care the nurse should pay attention to the details that influence the client's comfort. There is nothing concerning the patient's comfort that is small enough to be ignored. I remain aware that comfort is a desirable outcome in nursing interventions and that comfort provides gains in the human responses of the person who needs it. It is the nursing interventions that help to provide the conditions (physical, psychospiritual, social and environmental) of excellence necessary for an efficient performance, so that all the human responses of that person to the stimulus that will be submitted (anesthesia and surgery) are balanced and allow a good intraoperative homeostasis. It becomes essential to be aware of patient's comfort in all phases of perioperative care (Wilson and Kolcaba, 2004). More and better comfort measures minimize adverse complications and reduce anxiety levels (Sadati et al., 2013; Potter et al, 2014). Comfort is a state subject to positive or negative changes very abruptly. Because of that, conscious and wise interventions are urgently needed.

Carla Pacheco

And now the time has come to awaken the patient. What to do? Provide the best possible comfort conditions, the best technical conditions and knowledge we have. And then make them very comfortable in their bed. Good recovery!!!

Carla Alexandra dos Santos Pacheco



I've been an operating room nurse for 19 years and from the beginning until today I've always made it a point to protect the person in my care. It was beautiful to see, read and feel much of what I put into practice daily in the theories of comfort described by Katharine Kolcaba.

(Esta Reflexão foi realizada na Unidade Curricular de Teorias de Enfermagem durante o Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa) sob orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe (Doutora, Professora Associada)).

Fontes:

Março, A., & McCormack, D. (2009). Cuidados de saúde orientados para a teoria da enfermagem: modificando os cuidados de saúde de Kolcaba a teoria do conforto como uma abordagem à escala da instituição. *Prática holística de enfermagem*, 23(2), 75-82. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a1105b>

Carla Pacheco

<https://nursology.net/nurse-theories/kolcabas-comfort-theory/>

<https://www.thecomfortline.com/articles-available>

International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 7, Issue 3, March 2017. Application of Katharine Kolcaba Comfort theory to nursing care of patient

Journal of Perioperative Nursing, (maio 2002)
International Journal of Caring Science.

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Teoria do Conforto: uma estrutura unificadora para melhorar

Kolcaba, Katharine (2006). A theory of holistic Comfort for nursing.

Teoria do Conforto como Subsídio para o Cuidado Clínico de Enfermagem. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v15i2.27767.

ANEXOS

ANEXO 1

Do zero ao infinito

(Reflexão de um cliente crítico em UCI)

Do zero ao infinito

Do zero ao infinito (Dedicado à minha família, à equipa da UNICOR e a todos os profissionais do Hospital de Santa Cruz) A presente reflexão pretende ser uma coleção das minhas memórias recentes e simultaneamente um pensamento sobre a importância dos cuidados médicos, principalmente os de enfermagem, na recuperação de um cliente. Com a vossa permissão, e contrariando a generalidade da tradição académica, vou começar pela conclusão: há uma relação entre a componente emocional e afetiva de um cliente e a sua capacidade de recuperação. Sendo um leigo na matéria, espero demonstrar a veracidade da tese apresentada, de forma empírica, através do relato da minha própria experiência. * Aos 42 anos, no Hospital de Santa Cruz em Lisboa, após uma fibrilhação auricular, fiz uma paragem cardíaca. Após três meses a viver com uma arritmia permanente, o meu coração colapsou, desistiu de bater, parou. Segundo o relato que me foi feito, à posteriori, por médicos e enfermeiros presentes no momento, foi feita uma tentativa de cardioversão, sem sucesso, o que conduziu a que fosse tomada a decisão de me ligarem a um ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation), ou seja, Oxigenação por Membrana Extracorporal. Graças a esse procedimento e esta máquina, pude viver “sem o meu coração” durante um determinado período de tempo. Segundo a nota de alta hospitalar, permaneci em estado de coma induzido por 14 dias. Durante esse período, a minha atividade cognitiva não parou, pois era capaz de ouvir e estava a sonhar de forma permanente e praticamente contínua. O sonho era interrompido, mas quando voltava a sonhar havia uma conexão com o sonho anterior. A sensação que tenho é a de que vivi uma espécie de realidade paralela enquanto o meu corpo permanecia inerte numa cama de hospital. Além da sua continuidade, o sonho era de um realismo assustador, tão real como a experiência de estar neste momento a olhar para o ecrã deste computador enquanto escrevo estas palavras. A experiência teve um impacto tão grande e tão profunda na minha memória, que hoje, mais de 20 dias após esse acontecimento, sou capaz de descrever episódios desse sonho com um nível de detalhe semelhante ou até superior ao de experiências realmente vividas por mim. Contudo, não é esse período que agora me interessa abordar, talvez deixe essa experiência para uma reflexão futura. Neste momento, apenas refiro esta experiência do sonho para que melhor se compreenda o período seguinte, e que realmente me interessa abordar nesta reflexão, o momento em que despertei do estado de coma. * Os acontecimentos que se seguem irão ser descritos de acordo com a minha memória e não necessariamente pela ordem cronológica dos factos.

Também é possível que tenham ocorrido acontecimentos entre os episódios que irei descrever e dos quais não tenho qualquer recordação. A primeira “recordação real” que tive após ter despertado, foi a de estar rodeado por um grupo de médicos e enfermeiros, onde um médico, o mais alto, me disse algo. A sua voz era calma e bastante agradável e dirigia-se a mim pelo meu nome. Não conseguindo neste momento reproduzir tudo o que me disse, recordo-me perfeitamente destas palavras: “ – Pedro, as coisas não estiveram fáceis para si, mas agora estão a correr muito bem, está a recuperar muito bem, parabéns!”. Apesar de estar completamente perdido no tempo, o ambiente hospitalar não era estranho para mim, pois a última parte do meu sonho passava-se precisamente num hospital, em tudo semelhante ao hospital onde realmente estava, com procedimentos e conversas entre enfermeiros, médicos e clientes, em tudo semelhantes às que mais tarde tive a possibilidade de confirmar por experiência própria. Sem ter dados objetivos que me permitam confirmar que não perdi a faculdade da audição enquanto estive em estado de coma, penso ter conseguido, de facto, ouvir os enfermeiros falarem entre si e com os seus clientes, pois quando acordei lembro-me perfeitamente de termos como heparina e amiodarona me serem completamente familiares, termos esses que eu desconhecia em absoluto antes da paragem cardíaca. Dias mais tarde, já consciente, pude confirmar que alguns dos procedimentos e conversas dos enfermeiros eram em tudo semelhantes aos do sonho, o que me levou a concluir que as conversas foram reais e que podem de alguma forma ter condicionado o conteúdo do sonho, principalmente na sua fase final. Nessa fase, o sonho era em tudo semelhante à realidade que experienciei nos dias seguintes: as conversas, os termos usados, os procedimentos, as vozes de outros clientes, etc.; apenas as pessoas envolvidas eram diferentes das reais, no sonho, o grupo de enfermagem era composto não pelos enfermeiros reais da UNICOR, mas sim, por colegas do meu trabalho enquanto professor. Dessa forma, as palavras do médico com voz calma e agradável (hoje sei que o médico em causa era o Dr. Tralhão) não me pareceram estranhas nem fora do contexto, apenas as pessoas que estavam diante de mim me eram completamente desconhecidas, assim como o tubo grosso que tinha na garganta e um mais fino que tinha no nariz. Lembro-me de ter pensado para comigo: “ - Quem são estas pessoas? Onde estão os meus colegas de trabalho que cuidavam de mim?”. Apesar de estar perfeitamente consciente, durante os primeiros 3 ou 4 dias, ainda não conseguia distinguir de forma plena a realidade do sonho. Seguidamente a essas palavras, penso ter adormecido. No momento seguinte (talvez dia seguinte?) tive o primeiro contacto consciente com a pessoa que considero ter sido absolutamente decisiva na minha recuperação. Ainda que

continuasse com dificuldades em distinguir a realidade do sonho, acordei perfeitamente consciente quando uma enfermeira se aproximou de mim. Apresentou-se, disse que era a enfermeira Carla e que ia cuidar de mim durante o seu turno. A sua voz era amigável e lembro-me de olhar para os seus olhos. Recordo perfeitamente o seu olhar, com grandes olhos castanhos bem abertos, um olhar expressivo, mas ao mesmo tempo meigo e de certa forma, familiar. É difícil explicar por palavras, mas senti que houve uma conexão imediata com aquela pessoa, como se a conhecesse há muito tempo (posteriormente compreendi que na verdade a enfermeira Carla já me conhecia pois interagiu comigo e conheceu os meus familiares enquanto estive em coma, mas eu não tinha qualquer recordação visual dela). Seguidamente, quase por instinto, agarrei a sua mão enquanto me explicava pausadamente os procedimentos que iria tomar. A enfermeira não só consentiu que agarrasse a sua mão, como parece ter correspondido agarrando também a minha, ligeiramente com mais força. A sua voz era calma e tranquilizante, mas ao mesmo tempo assertiva e com a confiança de um general romano após mais uma vitória no campo de batalha. Tratava-me pelo meu nome e tudo o que dizia emanava confiança e segurança. A sensação do contacto com a sua mão e a forma como olhava para mim foram a melhor experiência que tive naqueles dias onde o sonho, a confusão e o medo ocupavam a minha mente. Explicou-me o que me tinha acontecido comigo e que iria retirar o tubo que tinha na garganta. O tubo, que naquele momento permitia que eu respirasse, era extremamente desconfortável e incomodativo. Quando ouvi aquelas palavras, lembro-me de ter ficado muito entusiasmado, ansioso pelo momento em que o tubo saísse da minha boca e garganta. Depois de me explicar que tínhamos de verificar se eu conseguia respirar com uma máscara de oxigénio e só nessa condição o tubo era retirado de forma definitiva, a enfermeira Carla retirou o tubo. Recordo-me que a remoção do tubo foi dolorosa, mas o alívio que senti superou amplamente qualquer dor física que pudesse sentir. Senti uma satisfação enorme, emoção essa que foi amplificada por ter percebido que também a enfermeira Carla tinha ficado feliz pelo feito, como se interiormente estivesse a festejar comigo esta pequena vitória. Apesar da sensação altamente satisfatória, o momento que se seguiu foi completamente aterrador: quis falar, mas não consegui emitir qualquer som, podia tentar gritar que não conseguia fazer com que um único som saísse da minha garganta. A enfermeira Carla, uma vez mais, de forma muito calma e pedagógica, explicou-me que era normal o que me estava a acontecer pois tinha ficado muito tempo inconsciente e sem operar o meu aparelho vocal. Disse-me que não havia problema nenhum nas minhas cordas vocais e que com o tempo ia conseguir falar normalmente.

Fiquei mais tranquilo e mais tarde consegui confirmar que se me concentrasse e projetasse todo o ar que tinha nos pulmões conseguia emitir som. Naquela altura “todo o ar” dava para conseguir emitir uma palavra, no máximo duas. Por fim, ainda nesse dia, a enfermeira Carla disse-me que me ia lavar os dentes com uma esponja e que ia limpar as minhas secreções (quando acordei tinha muita tosse). Explicou-me, que no momento da limpeza das secreções, podia engasgar-me e pediu-me que não me assustasse, que era normal. Contudo, nada disso aconteceu, pelo contrário, com aquela lavagem, tive uma sensação indiscreta, a esponja tinha um líquido verde que me deu uma sensação de frescura incrível e as secreções saíram sem qualquer problema. Enquanto o procedimento decorria pude olhar para a enfermeira Carla e verifiquei que também ela estava feliz por perceber que eu estava a ter sensações muito satisfatórias com o procedimento. Por tudo isso e pela sensação de frescura que não sentia há muito, senti-me calmo, satisfeito, pleno, e desejei que a enfermeira Carla ficasse comigo todos os dias. Este foi aquele que na minha memória se afigura como o dia 1 da minha recuperação, foi o primeiro dia plenamente consciente. Considero-o um dia muito importante, pois acredito que se a experiência/interação com um médico ou enfermeiro fosse negativa, o meu estado anímico teria sido completamente diferente, podendo comprometer de forma decisiva a minha confiança e consequentemente a minha recuperação. Pelo contrário, no final desse dia senti-me seguro, confortável e plenamente confiante na minha recuperação. * A minha cama, a número 3, estava localizada num local privilegiado: em frente à enorme secretária onde o grupo de enfermagem se reunia, tomava notas e fazia as trocas de turno. Sentia-me um felizardo, para mim era a melhor cama de toda o hospital. Adorava aquela azáfama, da minha cama podia presenciar as conversas e as brincadeiras cúmplices entre os enfermeiros, os procedimentos que tomavam, os medicamentos que iam aplicar. Por outro lado, como tinham de passar pelo local várias vezes, praticamente todos os enfermeiros me conheciam e me cumprimentavam, de forma alegre e muito amigável. Era frequente que viessem ter comigo e tivéssemos breves conversas, quase sempre à volta dos meus interesses, da minha profissão e da minha condição de saúde. Desde o primeiro dia que senti uma confiança plena naquelas pessoas, pessoas fantásticas que faziam o seu serviço com um profissionalismo, uma paixão, um carinho e um sentido de humanidade ímpares. Por incrível que pareça, e apesar de toda a vulnerabilidade e do sofrimento da situação em que me encontrava, hoje, recordo esses tempos com muito carinho e saudade. Nos dias que seguiram tive diferentes enfermeiros que cuidaram de mim, pois os turnos de enfermagem implicavam que houvesse uma rotatividade entre o

grupo. Com todos os enfermeiros tive experiências diferentes e amplamente enriquecedoras, mas sempre que podia procurava a enfermeira Carla. Recordo um episódio em particular, onde a sua presença e as suas palavras funcionaram como uma espécie de farol para mim. Dois ou três dias após ter despertado, numa sexta-feira, aproximava-se o fim de semana. Naqueles dias, e apesar de estar plenamente consciente, ainda tinha alguma dificuldade em distinguir o sonho da realidade (só na semana seguinte consegui distinguir totalmente o que tinha sido real do que tinha sido sonhado). Com o aproximar do fim de semana tive o estranho pensamento de que o hospital iria ficar vazio e que todos os clientes iriam ser transferidos para outro hospital. Talvez condicionado por este pensamento, na noite desse dia, sonhei que tínhamos sido transferidos para outro local. Na manhã seguinte, no sábado, quando acordei, estava plenamente convicto que estava noutra hospital. Ainda quase sem me conseguir mexer (conseguia apenas levantar ligeiramente o tronco e anca), movido por um impulso irracional, tentei levantar-me da cama e fugir na tentativa de regressar ao “hospital anterior”. Imediatamente vieram duas enfermeiras (penso terem sido a enfermeira Mariana e a enfermeira Catarina) em meu socorro, gritando: “- Pedro, o que está a fazer? Você não se pode levantar!”. Tentei explicar-lhes que queria ir para o “outro hospital” e que precisava muito de o fazer pois era lá que me sentia bem. As enfermeiras pediram-me calma, disseram-me que estava tudo bem e que eu estava no mesmo hospital. Não acreditei, estava absolutamente seguro de que estava noutra sítio, poderia assegurar que a janela que estava nas minhas costas (e que não conseguia ver porque era incapaz de rodar o tronco e a cabeça nessa direção) dava para outro lugar diferente de Carnaxide, onde de facto me encontrava. Hoje consigo compreender um pouco melhor o que sente uma pessoa que sofra de esquizofrenia ou de uma doença mental semelhante, eu acreditava piamente que tinha sido transferido e que me encontrava noutra local, ou seja, pessoas que sofram de uma doença mental deste género não estão simplesmente a mentir ou a recusarem ver a realidade, elas têm, de facto, uma perceção distorcida da realidade. Revoltado por não me compreenderem, esperei pelo momento certo para voltar à minha demanda. A minha alma encheu-se de esperança quando vi a enfermeira Carla passar à minha frente enquanto fazia o seu serviço. Chamei-a imediatamente e perguntei-lhe: “Carla, como posso ser transferido para outro hospital?”. A enfermeira Carla olhou para mim intrigada e devolveu-me a pergunta: “- Mas porque quer ser transferido para outro hospital?”, ao que eu respondi “ - Quero voltar para o “nosso hospital”, o de Santa Cruz, porque lá a comida é mais saborosa (no dia anterior tinha-me sido removido o tubo do nariz que me alimentava e introduzida a dieta

sólida). A enfermeira Carla sorriu, apesar do uso da máscara sanitária consegui perceber nitidamente pela sua expressão que sorria. Em seguida, de forma muito calma respondeu-me: “Mas nós estamos no hospital de Santa Cruz, Pedro, nunca saímos daqui. Olhe lá em seu redor.” Não sei explicar como aconteceu, mas desta vez a minha perceção sofreu uma alteração, quando olhei à minha volta reconheci as paredes do hospital, a secretária do grupo de enfermagem, os armários, o número da minha cama, tudo. Tudo voltava a fazer sentido, estava no hospital de Santa Cruz e aquela janela por detrás da minha cabeça voltava a dar para as ruas de Carnaxide. Uma vez mais, a empatia e a confiança que sentia por esta pessoa tinham sido fundamentais para o meu estado de alma e até para a minha perceção da realidade. Talvez pelo seu olhar, pelo seu toque, pelo seu tom de voz, pelas suas palavras, a verdade é que confiava cegamente nesta pessoa, a enfermeira Carla era o meu refúgio, o meu porto de abrigo. Dias mais tarde, já numa fase bastante adiantada da minha recuperação, quando já conseguia falar normalmente, comer normalmente e estava quase a conseguir caminhar, recordo uma conversa que tivemos. A enfermeira Carla, não sendo a enfermeira responsável por mim naquele turno, veio ter comigo e começámos a conversar. Devemos ter conversado uma meia hora, mas os minutos passaram a voar, como acontece quando estamos a fazer algo que nos dá muito prazer. Falámos sobre as nossas vidas, as nossas profissões, os nossos filhos, os nossos gostos e projetos. Naqueles minutos voei para fora do hospital, senti-me normal, senti-me um ser humano pleno novamente. Perdoem-me a analogia, mas foi como se eu fosse um prisioneiro há muito tempo numa cadeia e ao qual lhe tinha sido concedido um dia em liberdade. Ainda que por breves momentos, pude saborear novamente o que era ser livre. Este tipo de emoções e sentimentos são muito difíceis de descrever por palavras, há uma conexão, uma empatia com o outro, que só se consegue compreender vivenciando esse tipo de experiências. * Estar internado, especialmente nos cuidados intensivos, é muito difícil a vários níveis. A pessoa encontra-se numa situação de vulnerabilidade e de fragilidade quase absoluta. Quando despertei e olhei para mim, foi uma experiência muito dolorosa, tinha tubos na garganta e no nariz, cateteres nos braços e no pescoço, as minhas pernas estavam magríssimas (mais tarde, quando me pesei, percebi que tinha perdido pelo menos 18 Kg nos 14 dias em que estive em coma), estava algaliado e usava uma fralda. Não conseguia respirar de forma autónoma, não conseguia comer e mal me conseguia mexer. A priori, quando descrito desta forma, um indivíduo não quer viver, quer desistir, quer tudo menos aquela realidade. E talvez, a última coisa que queira, é que alguém o veja nesse estado. É aqui que entra o enfermeiro. É nestas condições que o enfermeiro é lançado no jogo. Com

todo o respeito pelo trabalho dos médicos e pela luta incansável dos meus amigos e familiares (especialmente a dos meus pais e da minha esposa, que tanto sofreram e que estiveram literalmente ao meu lado, mesmo na fase do coma); com todo o respeito pelas crenças religiosas e pela força anímica que recebi através de mensagens escritas ou de voz de amigos e familiares, que acredito terem tido um peso muito grande na minha recuperação, estou plenamente convicto, de que os enfermeiros tiveram um papel absolutamente crucial para que pudesse estar aqui hoje a escrever estas palavras. Utilizei a expressão “os enfermeiros” e não “o trabalho dos enfermeiros” porque percebo hoje que não é apenas um trabalho, é uma vocação, uma paixão e um respeito pela dignidade humana. Desde o toque, ao tom de voz, à “energia” que emanam, à forma como fui tratado e que não consigo descrever por palavras, são imensos os dons de um enfermeiro. Voltando à tese inicial e tendo plena consciência de que deve haver imensa literatura consagrada ao tema, pude confirmar por experiência própria a importância da componente afetiva e emocional na recuperação de um cliente. Concluo que a empatia, a confiança e a relação que se estabelece entre estes dois conceitos, são fundamentais para o estado anímico do cliente e a sua subsequente recuperação. Ou seja, a empatia, o primeiro passo e chave de todo o processo, irá gerar confiança, confiança essa que por sua vez irá gerar mais empatia pelo outro, gerando mais confiança, e assim sucessivamente. Uma vez estabelecida esta relação, o cliente por mais vulnerável e fragilizado que esteja, entrega-se nas mãos dos seus cuidadores. Não importava mais se estava magro, entubado ou a usar fralda, tudo o que eu queria era ficar bem e sair do hospital, vencer a minha condição de cliente e abraçar a minha vida. Estarei eternamente grato a todas as pessoas que lutaram pela minha vida, mas nunca esquecerei o que este grupo fantástico de enfermeiros fez por mim, ao nível técnico, mas sobretudo ao nível da dignidade, da humanidade e da compaixão. Mais do que um técnico de saúde, o enfermeiro é um Ser Humano de excelência em toda a sua plenitude.

OBRIGADO.

Portimão, 1 de novembro de 2022

Pedro M.S. Carvalho

ANEXO 2

Certificado de frequência de formação profissional

Leitura de traçados cardíacos



**Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Núcleo de Formação**

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Carla Alexandra dos Santos Pacheco, nascido(a) a 15/04/1971, natural de Lisboa, nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portador(a) do C.C. nº 9342788, frequentou o Curso:

“Leitura de Traçados Cardíacos”

Data de Realização: de 17 a 26 de Outubro de 2022

Duração: 9 horas

Lisboa, 27 de Outubro de 2022

A Diretora do Serviço
ISABEL MARIA
DE MOURA
ELISIÁRIO
(Isabel Elisiário)

Certificado nº 606/2022

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.L. - Estrada do Forte de São João, 1649-003 Lisboa, NIF: 507918319
Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/05-11-2020. Despacho de 04-12-2020 do Ministério da Saúde

ANEXO 3

**Certificado de participação e apresentação do Poster no V Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Carla Pacheco, Filipa de Almeida, Vera Correia; Prof. Dra. Filipa Veludo** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 7 com o tema **Influência do estilo de liderança na satisfação e motivação dos profissionais de saúde: Protocolo de Scoping Review** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus da Palma de Cima*, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Amélia Simões Figueiredo, **PHD, MEd, RN**
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervos vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçal Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal