



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

---

LISBOA · PORTO

## UM TRAJETO RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

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

Por  
Isabel Maria Pereira de Figueiredo

Porto, junho de 2020





CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## UM TRAJETO RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

### A PATH FOR THE ACQUISITION OF SKILLS

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

Por  
Isabel Maria Pereira de Figueiredo  
Orientado por  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Amélia Ferreira

Porto, junho de 2020



“Cuida de tal forma que as tuas ações preservem  
a dignidade e liberdade da pessoa humana”

Vieira, M. 2017



## RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o percurso, evolução e experiências vivenciadas ao longo dos estágios inseridos na unidade curricular *Estágio Final e Relatório* do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto 2019-2020.

Na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e Cuidados Especializados à Pessoa em Situação Crítica a triagem de sintomas para uma rápida ação é um pilar central da prática do enfermeiro. No entanto, a preocupação com o Cuidar da Pessoa é igualmente um importante pilar, que não deve esquecer que os enfermeiros também precisam de ser cuidados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros o exercício da enfermagem foca-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas. (OE, 2012)

Baseado neste princípio surge a necessidade de elaborar uma revisão da literatura sobre *A influência das técnicas de mindfulness na redução do stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos*. Esta revisão procurou a melhoria das respostas emocionais dos enfermeiros, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados, tendo em conta que o contacto com a prática clínica se desenvolveu no Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência, onde o ambiente de prática é complexo e desgastante.

Os dois contextos de prática clínica serão abordados através de uma metodologia descritiva e reflexiva. As competências foram trabalhadas tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica, ética em enfermagem e código deontológico.

As atividades práticas ao longo dos estágios desenvolveram-se de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Estas permitiram ter uma visão crítica e reflexiva dando origem à aquisição de novas competências e validação de algumas já desenvolvidas ao longo do meu trajeto profissional.

**Palavras Chave: Mindfulness; Cuidados de Enfermagem Especializados; Competências do Enfermeiro Especialista.**



## ABSTRACT

This report intends to demonstrate the journey, evolution and experiences encountered throughout the internships attended in the curricular unit *Estágio Final e Relatório*, which is part of a Master's Degree with specialization in Medical-Surgical Nursing from Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde do Porto 2019-2020.

In the field of Medical-Surgical Nursing and Specialised Nursing Care of the Person in Critical Situation, a symptom screening for rapid action is a core pillar in nursing practices. However, taking care of the person should also be a central pillar for the nurses themselves, who also need to be taken care of.

According to Ordem dos Enfermeiros (2012), “The professional practice of nursing focuses on the interpersonal relations between a nurse and a person or between a nurse and a group of people...”. It was based on this principle that emerged the need to elaborate a literature review on *The effects of mindfulness techniques on reducing stress and burnout among nurses in critical care units*. This review aimed to find better emotional responses from the nurses in order to improve the provided healthcare, taking into account that the clinical practice was developed in the Intensive Care Unit and in the Emergency Service, where the environment of practice is complex and exhausting.

In this report this two contexts of clinical practice were approached following a descriptive and reflexive methodology.

All the skills took in account the Quality Standards of Specialised Nursing Care of the Person in Critical Situation, the nursing ethics and the code of conduct.

Furthermore, the practical activities throughout the internship were also developed based on the Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. They allowed the development of a critical and reflexive vision, giving rise to the acquisition of new skills and the validation of skills previously developed throughout my professional career.

**Keywords: Mindfulness; Specialised Nursing Care; Competencies of the Specialist Nurse.**



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Amélia Ferreira pela sua orientação, pela forma como contribui para o meu processo de aprendizagem e pelo apoio e incentivo nos momentos mais complicados e de desânimo.

À Professora Doutora Margarida Vieira pelo incentivo que me deu, no início deste trajeto. Aos enfermeiros tutores pelo empenho e disponibilidade e pela capacidade de escuta, partilha e interação, assim como, a todos os colegas com quem me cruzei durante a prática clínica.

Às minhas duas estrelinhas que me guiaram e deram força para continuar. Obrigada por me terem nutrido de coragem.

À minha família pelo tempo que não lhes dediquei, pela força que me deram, por nunca deixarem de acreditar em mim e por serem o meu porto de abrigo.

A quem me deu força para iniciar esta caminhada, que nunca me deixou desistir e me ajudou a chegar aqui.

A todos, muito obrigada!



## LISTA DE SIGLAS

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS - *European Credit Transfer System*

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

NAS – *Nursing Activities Score*

OBS – Serviço de Observação

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Pneumonia

PBCI – Práticas Básicas de Controlo de Infeção

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SPICIF - Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família

ST1 – Sala de Tratamento 1

ST2 - Sala de Tratamento 2

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

URD – Unidade de Rápido Diagnóstico



## ÍNDICE

1. Introdução.....	15
2. Contextos de estágio.....	19
2.1. Serviço de Medicina Intensiva .....	20
2.2. Serviço de Urgência.....	24
3. Reflexão sobre as competências desenvolvidas .....	29
4. Conclusão .....	41
5. Referências Bibliográficas.....	45
6. Apêndices .....	50
Apendice I – PANFELETO SOBRE INJEÇÃO SEGURA .....	52
APENDICE II – REVISÃO DA LITERATURA “REDUÇÃO DO STRESS E BURNOUT NOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS COM TÉCNICAS DE MINDFULNESS .....	53



## 1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório encontra-se inserida no plano de estudos do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, no ano letivo 2019-2020 na unidade curricular *Estágio Final e Relatório*.

De acordo com os pressupostos do Processo de Bolonha os estudantes são os constituintes centrais ativos e responsáveis no processo de aprendizagem. Desta forma dá-se um especial enfoque na aquisição de competências éticas, cognitivas, de compreensão e práticas que lhe permitem obter a capacidade de resolução de problemas com a obtenção de European Credit Transfer System (ECTS).

A unidade curricular encontra-se dividida entre componente prática com 360 horas de estágios em 2 contextos clínicos e teórica com 350 horas de trabalho autónomo, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário, correspondendo a um total de 750 horas para 30 ECTS. Esta unidade curricular é de extrema importância no percurso do Enfermeiro Especialista, pois articula o quadro de referências teóricas com a prática clínica, tendo como objetivo a aquisição da capacidade de decisão fundamentada crítico-reflexiva, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e com especial atenção à Pessoa em Situação Crítica (PSC). A inscrição no mestrado foi um desafio pessoal. Após 5 anos de procura de conhecimento de forma autónoma e independente, decidi preencher a lacuna académica que se demonstrou evidente neste percurso. Apesar da experiência na área da urgência/emergência e doente crítico, senti necessidade de fundamentar e validar a mesma.

Segundo Benner (2011), a teoria guia as enfermeiras e explicita o que pode ser formalizado, no entanto, a prática é sempre mais complexa. (Benner P., 2011)

Ao longo da sua profissão, o Enfermeiro tem como guia orientador o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), sendo que estes, regulam os pressupostos da profissão.

Para alcançar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) à PSC, é fundamental a orientação das ações de acordo com os

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PQCEEPSC) (OE, 2017) e ao Enfermeiro especialista é reconhecida a competência de prestar cuidados gerais e especializados na sua área de competência (OE, 2015). Desta forma, tracei os seguintes objetivos para os estágios:

- Aplicar, gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada.
- Desenvolver espírito de equipa e capacidade de trabalho inserida na equipa multidisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reação e resposta perante situações imprevistas e complexas no âmbito da prestação de cuidados;
- Desenvolver um método de trabalho eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico;
- Conhecer as principais características dos serviços e dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes em cuidados intensivos e serviço de urgência;
- Desenvolver e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação eficazes no relacionamento com a equipa multidisciplinar e com o doente/família por forma a otimizar a relação terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Desenvolver a capacidade de tomada de decisão rápida e eficaz, com base na evidência científica, nos conhecimentos apreendidos e na ética e deontologia profissional;
- Demonstrar conhecimento sobre procedimentos estabelecidos para a área do controlo da infeção e segurança do doente, no cuidado ao doente crítico;
- Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área de especialização;
- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral.

Na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, a Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos é sem dúvida uma das áreas de destaque para a qualidade dos mesmos.

Neste sentido a realização do estágio na Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), efetuado anteriormente na unidade curricular - *A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica*, do 1º ano de curso, promoveu a aquisição e desenvolvimento de competências transversais e comuns a todas as áreas de intervenção hospitalar.

Esta área tem como finalidade obter ganhos em saúde, com a melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados. Pesquisar a melhor evidência, avaliar o ponto de situação

e refletir sobre as práticas de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos é o objetivo central, e este deve ser visto como um todo pois isoladamente nada funciona.

Durante o estágio da unidade curricular anteriormente referida, desenvolvi um panfleto sobre “*Prática de injeção segura*” (Apêndice I), para ser proposto à administração a efetivação da sua utilização, nos serviços. A interligação entre os diferentes serviços foi sem dúvida um desafio.

Neste estágio coloquei em prática a pesquisa bibliográfica sobre esta temática, que veio a suportar o objetivo delineado para os estágios seguintes “*Demonstrar conhecimento sobre procedimentos estabelecidos para a área do controlo da infeção e segurança do doente, no cuidado ao doente crítico*”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “*a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p. 8656). A vulnerabilidade do doente crítico e da sua família, a necessidade de tomada de decisão rápida em situações de extrema gravidade e a alta tecnologia utilizada, levam os enfermeiros dos serviços de medicina intensiva e urgência a vivenciarem situações de alto *stress*, podendo levar ao *burnout*. Urge, desta forma a necessidade de atuar perante esta problemática. É neste contexto que desenvolvi uma revisão da literatura sobre *A influência das técnicas de mindfulness na redução do stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos* (Apêndice II).

O relatório pretende documentar a aquisição de competências como EEEMC ao ilustrar o percurso realizado nos diferentes contextos de prática clínica, refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas, constituindo um papel participativo na aprendizagem face aos objetivos propostos e constituir um instrumento de avaliação.

Para a elaboração deste relatório recorri a uma metodologia sustentada numa exposição descritiva, apoiada em pesquisa e revisão bibliográfica utilizando os conhecimentos adquiridos como base da minha reflexão crítica.

O presente relatório encontra-se dividido em capítulos. No capítulo 2 abordo os contextos de estágio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviço de Urgência (SU), onde exploro a sua caracterização. O capítulo seguinte refere-se à aquisição de competências onde exponho os objetivos específicos propostos, assim como as atividades desenvolvidas, incluindo uma revisão da literatura. Finalizo a exposição apresentando as conclusões relativamente ao percurso nos estágios baseado numa reflexão crítica tendo por base as CEEEMC à PSC.

Segue-se as referências bibliográficas e apêndices pertinentes.

## 2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A Unidade Curricular *Estágio e Relatório Final* é constituída por uma componente teórica com a apresentação do relatório final e uma prática. O meu contacto com a prática clínica foi feito num Serviço de Medicina Intensiva e num Serviço de Urgência de um hospital do norte de Portugal, por um período de quatro meses, com um total de 370 horas.

Uma vez que um dos objetivos destes estágios era “*Demonstrar conhecimento sobre procedimentos estabelecidos para a área do controlo da infeção e segurança do doente, no cuidado ao doente crítico*”, foi sem dúvida importante o estágio anteriormente efetuado na Unidade de CCIRA da mesma instituição.

O facto de neste estágio ter aprofundado o meu estudo relacionado com as boas práticas padrão desenvolvidas e direcionadas aos riscos inerentes aos procedimentos clínicos, com o objetivo de prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), ao qual chamamos de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), permitiu-me uma maior sensibilização e conhecimento sobre o tema por forma a prestar cuidados de qualidade com ganhos em saúde estando também mais alerta para as práticas desenvolvidas pelas equipas onde fui inserida, nos estágios seguintes.

O principal objetivo das PBCI, é garantir a segurança dos cidadãos, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

O elevado risco de IACS à PSC, em procedimentos de diagnóstico, terapêuticos e de manutenção de qualidade de vida, dá origem à necessidade do enfermeiro especialista responder de forma eficaz à prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos.

Os serviços que irei abordar e onde fiz os estágios inseridos na unidade curricular, são responsáveis pela prestação de cuidados à PSC.

## 2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O primeiro estágio desenvolveu-se no período de 9/09/2019 a 2/11/2019, num total de 180 horas de contato, num SMI. Este estágio foi supervisionado por dois EEEMC, sendo um deles mestre. Este serviço está classificado como um serviço com nível de cuidados II e III. De acordo com o Ministério da Saúde no Relatório Final de avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos, “A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Ministério da Saúde, 2013, p.30)

Este SMI admite doentes críticos, em que a sua situação seja passível de ser revertida - politraumatizados sem necessidade de assistência neurocirúrgica, doentes em pós-operatório imediato que necessitem de monitorização/vigilância ou de suporte de função de órgão com meio técnico adequado e ainda doentes crónicos em fase de agudização com necessidade de meios de diagnóstico e terapêutica, como por exemplo, a entubação orotraqueal.

Localiza-se junto ao SU e é responsável pela gestão da Emergência Intra-hospitalar (médicos e enfermeiros), da Sala de Emergência (médicos) e do programa de desfibrilhação automática externa da Unidade Local de Saúde onde se insere. Distingue-se pela excelência nas áreas de *follow-up* e qualidade de vida pós cuidados intensivos, controle de Infeção, ensino e investigação clínica na área do doente intensivo e reanimação.

A estrutura física do serviço é constituída por 3 zonas: zona de trabalho, zona de apoio e zona de acesso. A zona de trabalho é um *open space* constituída por 12 unidades, estando 8 em funcionamento e em que 3 são unidade de isolamento, 2 delas com capacidade para despressurização e possuindo antecâmaras. As restantes são divididas por cortinas. A zona de apoio ao serviço é constituída pelos gabinetes do diretor de serviço, enfermeira chefe, enfermagem, 4 gabinetes médicos, uma sala de *stock* de material, a sala de laboratório onde se encontra a maquina de análise de gases no sangue, uma sala de reuniões que também é utilizada para receber familiares ou comunicar más noticias e uma copa para o pessoal do serviço.

A zona de acesso ao serviço é constituída pelos vestiários feminino e masculino, uma sala de espera para visitas/familiares com WC e um balcão de secretariado.

O acesso ao serviço é feito por cartão codificado para o pessoal interno e através de uma

campanha para pessoal externo ao serviço ou visitas, com abertura automática da porta após autorização do serviço, conseguindo desta forma manter este acesso controlado.

Os recursos humanos, são constituídos por 4 categorias profissionais dos quais temos médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, doutorada em Enfermagem; 11 EEEMC (4 deles mestres em Enfermagem), sendo 1 deles o enfermeiro de referência do serviço e 2 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A restante equipa é constituída por enfermeiros generalistas.

Está organizada em 5 equipas, com 4 ou 5 elementos cada, sendo um deles o responsável em cada turno. O elemento responsável, na ausência da enfermeira chefe, terá de tomar decisões para manter o normal funcionamento do serviço.

O rácio enfermeiro/doente é definido de acordo com a norma para cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2014).

Em algumas unidades de cuidados intensivos a situação clínica do doente e a gravidade do mesmo define o volume de trabalho dos enfermeiros. Na minha opinião, nem sempre a gravidade do doente define as intervenções de enfermagem necessárias e consequentemente o número de horas necessárias.

No SMI, o *score* utilizado para calcular o volume de trabalho relacionado com as atividades de enfermagem e consequentemente o tempo real que deverá ser disponibilizado é o NAS (*Nursing Activities Score*).

O NAS é um *score* que pretende definir adequadamente as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na prestação de cuidados ao doente, tendo em conta a monitorização contínua, procedimentos de higienização, mobilização, tarefas administrativas e cuidados relacionados com familiares. (Lucchini *et al.*, 2014). Possui 23 itens de avaliação, aos quais são atribuídos pontos com diferentes ponderações de acordo com o tempo necessário à prestação de cuidados referentes a esse item (Lucchini *et al.*, 2014). A sua escala é traduzida em percentagem que varia entre os 0% a 177%, correspondendo os 100% ao rácio de um enfermeiro para um doente. (Lucchini *et al.*, 2014).

Macedo (2016) desenvolveu um estudo para validar a aplicação deste *score* à realidade portuguesa. Após a conclusão do mesmo, verificou-se que os resultados estavam em concordância com estudos realizados internacionalmente (Macedo A., 2016). A exceção surge nos estudos comparativos com a na Noruega onde o *score* encontrado para o mesmo tipo de estudo foi de 96,2%, sendo esta diferença justificada, à data, pela não existência de tempo limite para visitas, logo o tempo disponibilizado para a família por parte do

enfermeiro ser maior, e pelo facto de o transporte intra-hospitalar ser efetuado pelos enfermeiros do SMI (Macedo A., 2016). A autora sugere o alargamento de estudos a outras unidades hospitalares portuguesas com diferentes modelos de gestão, para que se obtenham resultados de dotações seguras e a manutenção da qualidade dos cuidados de enfermagem. (Macedo A., 2016).

Apesar do SMI utilizar este *score*, observei que quando existe necessidade de isolamentos adicionais - além das PBCI aplicadas a todos os doentes - como ocorre em doentes com isolamento de microorganismos específicos, a distribuição dos enfermeiros atende a esta condição.

Saliento ainda o facto de este serviço ser responsável pelos enfermeiros que atuam em suporte avançado de vida, em toda a unidade hospitalar onde estão inseridos.

Refletindo sobre esta temática, concluí que a flexibilidade, compreensão e ajuste à realidade do dia-a-dia é uma prioridade no serviço com repercussões no trabalho desenvolvido.

Relativamente à segurança e qualidade dos cuidados, o serviço detém um programa de auditorias internas relacionadas com o controlo de infeção, cumpre as PBCI e sinaliza situações de risco para os doentes como é o caso do risco de queda, risco de úlcera de pressão, risco de Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), risco de infeção, entre outros.

A existência de auditorias diárias relacionadas com os dispositivos intravasculares, prevenção de PAI, colocação e manutenção de CVC e os 5 momentos da higienização das mãos, são exemplos da preocupação do serviço com a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A participação nestas auditorias permitiu-me reforçar e por em prática o conhecimento adquirido na unidade curricular anterior.

O plano nacional para a segurança dos doentes 2015/2020, “*visa... melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade...*” (DGS,2015, p. 3882).

Este serviço possui também uma estratégia para identificação da incidência da SPICI e Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos na Família (SPICIF). O estudo da SPICI e SPICIF tem como objetivo identificar a prevalência e os efeitos do SPCI nos doentes e família, descrever como o atenuar e o garantir uma transição eficaz do paciente e família após o internamento em cuidados intensivos e o hospital (Davidson, 2013). Ao 3º dia de internamento neste serviço, é pedido aos familiares o preenchimento de um inquérito que caracteriza o familiar cuidador, no momento. Após 1 semana e após 3 meses da data de alta do SMI, são realizadas consultas médicas e de enfermagem de *follow up* com o intuito de

avaliar a recuperação do estado do doente e as dificuldades enfrentadas pelo prestador de cuidados. Tem ainda como objetivo avaliar o nível de ansiedade e depressão, com a finalidade de ajudar no desenvolvimento de estratégias para melhorar a sua qualidade de vida enquanto pessoa cuidadora, mas que também evidencia necessidade de ser cuidado. Benner *et al.* (2011) refere que o doente crítico se insere num contexto social/familiar e desta forma, a família torna-se uma extensão do doente, tendo a máxima importância para a sua recuperação.

Neste serviço, cada doente pode ter diário, onde familiares, pessoas significativas e pessoal de saúde podem descrever as situações vivenciadas perante a situação clínica do doente ou as alterações do seu estado, o que cada um sente ou teria vontade de lhe dizer com mensagens de encorajamento, com o principal objetivo de ajudar o doente a recuperar as memórias perdidas. Pode ainda conter fotografias que, posteriormente, poderão permitir ao doente ter perceção do estado em que se encontrava. Este documento é aplicado a todos os doentes que estejam sedados por três dias ou mais e deverá estar disponível até à data da alta do SMI, mesmo após a suspensão da sedação. São excluídos da aplicação desta ferramenta doentes analfabetos, com patologia psiquiátrica severa, com família problemática relativamente à comunicação ou com um mau prognóstico vital a curto prazo.

Os familiares ou pessoas significativas do doente, são muito importantes na sua recuperação e também um foco de atenção dos enfermeiros. Em contexto de internamento no SMI, a família na qual a PSC está inserida, enfrenta mudanças significativas e é detentora de um grande sofrimento, ansiedade e insegurança, associados à ausência da pessoa internada que lhes é significativa (Mendes A., 2015). Desta forma torna-se importante que o primeiro contacto com a família sirva para criar laços de confiança. Segundo Mendes, é através da interação com a família e do contacto, que se cria a oportunidade para uma relação terapêutica, impulsionada pelo estar próximo, compaixão, empatia e disponibilidade. (Mendes, 2015). O acolhimento neste serviço, é efetuado diariamente pelos enfermeiros e neste contacto, além do esclarecimento de toda as dúvidas colocadas pelos familiares, também são analisadas o estado da família e as intervenções necessárias para tranquilizar os mesmos.

Este serviço tem uma estrutura e equipa que permite a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, onde a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem são uma preocupação constante.

No desenvolvimento da sua atividade profissional, os enfermeiros organizam os cuidados de

enfermagem para assegurar e garantir a sua eficácia, promovem a saúde da PSC, previnem complicações, maximizam a intervenção na prevenção e controlo de infeção e no bem-estar do doente e desenvolvem processos de adaptação aos seus problemas de saúde. (OE, 2015)

## 2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O segundo estágio desenvolveu-se no período de 4/11/2019 a 4/01/2020, num total de cento e oitenta horas de contato, num SU. Este estágio foi supervisionado por dois EEEMC, sendo um deles mestre.

Segundo Ministério da Saúde (2002), os SU são, *“serviços multidisciplinares e multiprofissionais, que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde, em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica”* (p. 1865). Define-se ainda a urgência e emergência médica como *“a situação clínica de instalação súbita, na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”* (Ministério da Saúde, 2002, p. 1865)

O SU onde efetuei o estágio, pertence a um hospital do norte do país e é considerado um SU médico-cirúrgico, e por esse motivo, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência (Ministério da Saúde, 2007).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2007), o serviço de urgência médico-cirúrgico *“deve localizar-se estrategicamente de modo que, como valor indicativo, dentro das áreas de influência/atração respetivas, os trajetos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital”* (p. 1124).

Este serviço articula-se a um nível superior e inferior com instituições protocoladas.

A sua estrutura é composta essencialmente por dois setores. Um dos setores compreende as seguintes áreas: admissão, sala de emergência (SE), sala triagem, sala de tratamento 1 (ST1) /Inaloterapia, Unidade de Rápido Diagnóstico (URD)/sala de tratamento 2(ST2), sala de pequena cirurgia, sala de cirurgia geral, sala de ortopedia e salas de enfermagem.

No outro setor situa-se o Serviço de Observação (OBS).

Este SU possui as valências médicas, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples e Tomografia Axial Computorizada), patologia clínica, assegurado vinte e quatro horas.

O seu funcionamento é assegurado por uma equipa médica com as valências acima referidas,

técnicos de diagnóstico e terapêutica e por uma equipa de enfermagem que assegura as vinte e quatro horas por turnos rotativos, de acordo com o horário elaborado pelo Enfermeiro Chefe, distribuídos pelas diferentes áreas de acordo com os rácios definidos para o SU.

A triagem na admissão de doentes, é feita de acordo com o sistema de Triagem de Manchester.

O Grupo Português de Triagem (2019) diz que, este método é baseado na prioridade clínica de identificação de problema e não num diagnóstico. Possibilita a identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, definindo a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Grupo Português de Triagem, 2019). Este sistema é constituído por cinquenta e dois fluxogramas de decisão, incluindo dois de catástrofe, que classificam a situação clínica da pessoa em uma das cinco categorias, de acordo com a gravidade e tempo de espera aproximado:

- Emergente – vermelho, 0 minutos de espera;
- Muito urgente – laranja, 10 minutos de espera;
- Urgente – amarelo, 60 minutos de espera;
- Menos urgente – verde, 120 minutos de espera;
- Não urgente – azul, 240 minutos de espera. (DGS, 2018).

A cor branca define situações não urgentes, mas que por disfunção organizativa, têm de ser admitidos no serviço de urgência (Machado H., 2008).

A Triagem de Manchester corresponde a uma hierarquização de atendimento e não de diagnóstico à entrada da urgência. (Machado,2008)

Tal como noutros SU, neste, existem as Vias Verdes Coronária e de Acidente Vascular Cerebral isquémico agudo.

Contíguo à sala de triagem localiza-se a Sala de Emergência com capacidade para admitir dois doentes. O enfermeiro responsável por este setor, para além do atendimento ao doente em situação emergente, tem também ao seu cuidado a verificação de todo o equipamento, a reposição do material necessário a cada unidade, verificação dos carros de emergência e respetiva selagem, reposição de todo o stock existente nos armários de suporte, verificação de carro de via aérea difícil e mala de transporte de acordo com uma *check-list* existente. (Manual de integração para enfermeiros no Serviço de Emergência, 2011).

De seguida, encontra-se a Sala de Trabalho, a Sala de Inaloterapia (ou ST1) e a Sala de Espera que é também utilizada como local onde os doentes se mantêm durante a administração das terapêuticas prescritas.

A Sala de Trabalho possui um balcão de trabalho, um carro de medicação, dois cadeirões e um sistema de videovigilância ligado à sala de inalações e sala de espera. Nesta área, os enfermeiros procuram dar resposta à situação aguda que motivou a procura do serviço de urgência através do cumprimento da terapêutica prescrita, colheitas de sangue e espécimes e da prestação de cuidados de enfermagem variados ao doente de acordo com as suas necessidades.

A equipa de enfermagem é constituída por cinco elementos, sendo que um deles desempenhará funções na triagem sempre que o tempo de espera de um doente para a triagem, exceda os quinze minutos.

No corredor seguinte, encontram-se os gabinetes da área cirúrgica (cirurgia geral e ortopedia), uma sala de pequena cirurgia, uma sala de tratamentos de enfermagem, onde se dá resposta ao cumprimento de terapêutica prescrita, onde se efetuam colheitas de sangue e espécimes e onde se dá resposta às diversas necessidades do doente, o gabinete de imagiologia e a ST2.

As áreas cirúrgicas dispõem de material necessário ao tratamento dos doentes deste foro, incluindo material de trauma. Nesta área, está destacado um enfermeiro com funções na prestação de cuidados diretos aos doentes e pela separação e envio de material utilizado para a central de esterilização. Adicionalmente sempre que possível dá apoio à URD/ST2.

A URD/ST2 é uma área de decisão clínica, na qual os utentes que necessitam de maiores cuidados pela sua condição de doença como é o caso do tempo de resposta à terapêutica, necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e necessidade de avaliação posterior por outras especialidades não disponíveis no momento. Tem a capacidade para dezasseis macas na qual a permanência do doente não deverá ultrapassar as 24 horas.

A sua estrutura é composta por uma área de trabalho em *open space* que permite a vigilância direta de dez macas e uma sala anexa ao mesmo espaço com capacidade para seis macas.

A equipa de enfermagem é constituída por dois enfermeiros e conta com a colaboração do enfermeiro da área cirúrgica sempre que possível, como já foi referido. O enfermeiro desta área, além das funções já enumeradas nos outros setores, também assegura que as necessidades e atividades de vida diárias dos doentes são satisfeitas, tendo em conta a sua situação clínica.

Por último, perpendicular a este corredor, encontra-se o OBS. Esta área tem capacidade de dezasseis camas, dividida por duas salas com três camas, uma sala com seis camas e duas salas com duas camas, equipadas com monitores, que estão ligados em telemetria para a área

de trabalho, para que seja possível a vigilância dos doentes em situações clínicas que exijam monitorização cardíaca, tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, de forma contínua. Quatro destas unidades possuem um sistema específico de monitorização eletrocardiográfica para isquemia aguda do miocárdio, que se designa “EASI – 12 LEAD ECG Monitoring with the easy™ System – Philips”.

Esta área funciona à semelhança de um internamento, mas com um nível de vigilância superior. Possui uma sala de trabalho equipada com os monitores centrais acima referido, um cofre com estupefacientes e um armário dispensador de medicação.

Para esta área são destacados quatro enfermeiros, sendo a distribuição dos doentes feita à semelhança de um serviço de internamento ou tendo em conta a gravidade da situação ou algum tipo de isolamento.

Um dos elementos, desempenha o cargo de responsável/coordenador de equipa. De acordo com o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista referente ao domínio da gestão dos cuidados, mais precisamente a otimização “*do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*” e do “*trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados*” (OE, 2019, p. 4748).

Tive a possibilidade de acompanhar os enfermeiros tutores durante a sua função de responsáveis/coordenadores de equipa e conseqüentemente a sua ação na gestão de cuidados e recursos. Inerente a esta função, estava associada a gestão de materiais, nomeadamente, o controle de estupefacientes, organização e reposição dos carros de medicação, a gestão dos diferentes recursos materiais nos diferentes setores e a gestão de recursos humanos. Apesar da existência de um plano de trabalho efetuado pelo enfermeiro chefe, o enfermeiro responsável de equipa pode ter necessidade de adequar recursos humanos de acordo com o número de doentes existentes em cada setor. É ainda responsável por gerir o espaço físico e a distribuição dos doentes de acordo com as necessidades de vigilância e isolamento relacionados com a contaminação por *Staphylococcus Aureus* Resistentes à Metaciclina e Enterobactérias Produtoras de Carbapenemases ou outro tipo de microrganismo.

Apesar do serviço não ter as condições físicas ideais que otimizem o direito à privacidade, os enfermeiros atendem sempre à intimidade e privacidade dos doentes e das suas famílias e tornam dentro do possível num ambiente acolhedor e agradável, mostrando disponibilidade e adequando os cuidados às necessidades dos mesmos, tornando desta forma os cuidados mais humanizados.

Segundo o Estatuto da OE e REPE (2015) alínea a), artigo 107º Do respeito pela intimidade, Capítulo VI, o enfermeiro tem o dever de “*respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de*

*ingerência na sua vida privada e na sua família”* (p. 85) e de acordo com alínea a) e b), artigo 110º Da humanização dos cuidados, assume ainda o dever de “*dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade*” (p. 86) e ainda “*contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (p. 86).

Segundo a OE, do artigo 86º do código deontológico, “... o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família...” e do artigo 89º da humanização dos cuidados, o enfermeiro assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e ainda “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

É da minha opinião que o SU deve ser nutrido por valores fundamentais como a disponibilidade, a acessibilidade, a continuidade dos cuidados, qualidade e humanização dos cuidados, respeitando os valores individuais do doente e da sociedade onde se insere.

### 3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O meu percurso profissional iniciou-se em 1994, ano em que iniciei o contato com áreas de cuidados ao doente crítico quando iniciei funções no bloco operatório, no tratamento do doente neurocrítico e na equipa de urgência. Em situação de urgência, o bloco operatório tem um papel fundamental no tratamento do doente do foro cirúrgico. Foram várias as experiências vivenciadas na área dos grandes traumatizados, nos doentes com situações agudas a necessitar de intervenção urgente/emergente (colecistites agudas, oclusões e sub-occlusões intestinais, aneurismas da aorta abdominal em rutura, hemorragias subaracnoídeas, hematomas extra-durais, ruturas uterinas em grávidas, hemoperitoneus, politraumatizados, entre outras), o que proporcionou o desenvolvimento das competências capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e capacidade em trabalhar de forma adequada na equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Em 1996, inaugurei o Bloco Operatório de Urgência e em 1998 assumi o cargo de responsável de equipa, onde desenvolvi competência na área de coordenação e gestão de recursos, e iniciei funções na equipe de transplantação, onde me mantenho atualmente. Em 2000, regressei ao Bloco Operatório Central, e desempenhei funções na área da cirurgia vascular e neurocirurgia. Em 2004, passei a desempenhar a minha atividade profissional exclusivamente na área neurocirúrgica e de transplantação. Atualmente sou responsável pelo Bloco Operatório de Neurocirurgia, integro a Equipe de Transplantação e a Equipe de Prevenção a rutura de aneurismas cerebrais. Todo o meu trajeto foi feito respeitando a qualidade dos cuidados e a individualidade de cada pessoa.

O *Know-how* adquirido ao longo do trajeto profissional, foi facilitador na minha adaptação aos contextos de estágio, na facilidade com que me integrei nas equipas multidisciplinares, na comunicação com o doente/família e membros da equipe e na forma como consegui lidar com situações que tecnicamente me eram familiares.

Contudo, esse mesmo *know-how*, também me criou alguns constrangimentos. Apesar de estar familiarizada com os cuidados ao doente crítico, os contextos da prática clínica dos dois estágios eram completamente novos para mim.

Na realização do meu projeto, delineei para os dois contextos de estágio, a primeira semana para analisar protocolos, observar a dinâmica dos serviços e adaptar-me aos mesmos, contudo a minha integração e adaptação não demorou esse tempo.

A necessidade em saber mais sobre cada um dos contextos, deu origem à realização de pesquisa bibliográfica, nomeadamente relacionada com SPICI/SPICIF, humanização em contexto de urgência e cuidados intensivos, stress e *burnout*, sistemas de triagem, assistência ao doente emergente, IACS, comunicação, dotações seguras, entre outras.

Esta procura do conhecimento e a adaptação foi o princípio para a validação dos objetivos gerais do Mestrado, propostos pela universidade. Os objetivos gerais são enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados (Ferro,1999 citado por Ruivo e Ferrero).

Os objetivos gerais propostos são:

- Aplicar os conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Apresentar Capacidade de tomada de decisão fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar Capacidade em integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, à equipa de enfermagem, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências;

Segundo Ferro (1999), a *“avaliação de um objetivo geral só é possível se este for traduzido em termos concretos e específicos”* (citado por Ruivo e Ferrero, p. 18);

O mesmo autor diz que *“os objetivos específicos são indicadores de conhecimento e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo”* (citado por Ruivo e Ferrero, p. 18); desta forma, é realizada a descrição dos objetivos específicos para o Estágio Final, assim como as atividades realizadas para os validar e as competências adquiridas como EEEMC, relacionados com a PSC.

*Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada*, foi constante durante todo o meu percurso nesta unidade curricular.

Ao longo do curso de mestrado, na sua vertente prática e teórica, percebi, que existiu o desenvolvimento de ferramentas de pesquisa, seleção, organização e adequação de informação pertinente à prática especializada de enfermagem. A pesquisa bibliográfica permanente, permitiu-me a aquisição de conhecimentos teóricos, com base em evidência científica, que alicerçaram o meu desenvolvimento ao longo dos estágios dos dois contextos (SU e SMI) e me enriqueceram pessoal e profissionalmente.

No decorrer deste trajeto prestei cuidados em articulação com os meus tutores e com a equipa multidisciplinar. Apesar dos dois estágios serem feitos na mesma instituição, percebi que cada realidade tem as suas regras e inteirar-me delas seria a ponte para a minha integração e envolvimento na prática de cuidados.

A minha experiência profissional e o *know-how* que daí surge, serviu em muitas situações, para ajudar na tomada de decisão de situações que não seriam previsíveis naqueles contextos. Recordo uma situação no SMI que considero importante para exemplificar o que afirmo. Tinha sido admitida uma doente com trauma da traqueia e esófago, sedo-analgesiada e curarizada o que implicava ventilação invasiva por tubo orotraqueal. Era necessário extubar, para observar a extensão da lesão e voltar a entubar. Naturalmente vi-me na liderança e comando da situação, dando assim resposta à mesma.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 4º diz que são quatro os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas e neles inclui “*desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” (artigo 8º). *É neste domínio que este objetivo se alicerça, nomeadamente no desenvolvimento do autoconhecimento e na fundamentação da prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento*”. (OE, 2015, p. 4745; 4749) Relativamente ao objetivo *Desenvolver espírito de equipa e capacidade de trabalho inserido numa equipa multidisciplinar*, não deixou de ser um desafio, mas rapidamente percebi, em ambos os estágios, que seria fácil cumprir este desafio. Aqui, mais uma vez, os anos de profissão me ajudaram, tendo sempre presente na alínea c) do número 3, do artigo 99º, que menciona os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros e nomeadamente nesta alínea “a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015).

A PSC exige que cuidados diferenciados sejam feitos com segurança e qualidade. Ao demonstrar dominar as estratégias de garantia da qualidade dos cuidados e de gestão de risco, não só para o doente, mas na equipa multidisciplinar, criando um ambiente seguro, desencadeie um processo de confiança e aceitação da equipa em ambos os contextos.

Deparei-me com situações por parte dos meus pares e dos restantes membros da equipa

multidisciplinar, a solicitarem a minha colaboração como se fosse um elemento pertencente à equipa. Desenvolvi uma relação de confiança com a equipa de ambos os contextos de estágio, colaborando nas decisões de promoção da saúde, tratamento e recuperação, tendo sempre em conta a promoção da qualidade dos cuidados prestados.

Baseado no mesmo princípio, o objetivo *demonstrar capacidade de reação e resposta perante situações imprevistas e complexas no âmbito da prestação de cuidados*, também foi desenvolvida ao longo do meu trajeto profissional.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica definem que “Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE,2015).

Trabalhar eficazmente sob pressão, prever e detetar situações complexas em contexto de urgência, deve ser uma característica dos enfermeiros. Não tive possibilidade de vivenciar situações imprevistas e complexas no SU, nem no SMI. Contudo tive possibilidade de as prever e colaborar na organização de estratégias para as impedir.

Também a preparação do transporte intra e inter-hospitalar é um dos momentos onde a gestão e antecipação de situações imprevisíveis garantem a segurança do doente.

Em colaboração com os tutores, tive a oportunidade de fazer a preparação de doentes para transporte intra e extra-hospitalar. No transporte de um doente crítico deve estar presente a situação do doente, na decisão, planeamento e efetivação do mesmo. Deve ponderar-se os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. (Conselho Português de Ressuscitação, 2006). O SMI e o SU possuem uma *check list* para validar todas as condições de transporte de um doente crítico. No transporte inter-hospitalar, os riscos de morbidade e mortalidade estão aumentados e um planeamento detalhado pode minimizar estes riscos.

A organização dos cuidados é primordial e valida o objetivo *desenvolver um método de trabalho eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico*. A capacidade de estabelecer prioridades na prestação de cuidados é desenvolvida com o conhecimento e a experiência.

Planear cuidados implica conhecer as necessidades do doente. No SU, essa planificação é muitas vezes mental, devido à necessidade de atuar rápida e eficazmente. Ao longo de todo o processo de desenvolvimento de competências como especialista, procurei sempre organizar os cuidados a prestar ao doente e desenvolver um método eficaz, tendo em conta a responsabilidade e ética profissional.

A família da PSC também se encontra em situação de fragilidade, sendo por isso uma extensão da mesma e que deverá ser incluída nos cuidados. A família torna-se uma das partes importantes para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, surgindo como uma preocupação desde o início do meu percurso em estágio.

Os cuidados de enfermagem nos dois contextos são diferentes. Embora ambos se dediquem à PSC, o ambiente de cuidados intensivos torna-se um ambiente mais controlado. O espaço físico é salvaguardado da confusão existente no SU.

Em ambos os contextos o doente é tratado, respeitando o valor da vida e a dignidade da pessoa humana, com competência, eficiência, equidade, acessibilidade, integridade, qualidade e responsabilidade. Segundo o código deontológico da profissão de enfermagem e a alínea a) do 81º artigo – dos valores humanos, “O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos onde este se integra e assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”.

*Conhecer as principais características dos serviços e dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, nas duas áreas distintas - cuidados intensivos e serviço de urgência* – foi primordial para orientar a estratégia de comunicação com o doente e a família.

Na área de enfermagem, a comunicação é um ponto central tanto na prestação de cuidados ao doente como no contato com a família e com a equipa multidisciplinar, tendo um papel primordial na promoção de bem-estar.

O nº 2 do artigo 3º do Regulamento das Competências Específicas do EEMC, define a unidade de competência “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” que suporta o objetivo *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.*

Em cuidados intensivos e na urgência, a comunicação é primordial, não só entre os elementos da equipa, mas também com o doente e a família, sendo muitas vezes determinante na recuperação. Em ambos os estágios tive oportunidade de comunicar com o doente e a família e desenvolver comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Segundo Phaneuf (2005, p. 23), a comunicação define-se como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”, sendo feita “de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e de modo mais global, pela maneira de agir dos

intervenientes”. A comunicação na relação do enfermeiro com o doente/família é a base para o desenvolvimento de uma relação terapêutica. A comunicação verbal existe quando a mensagem é transmitida por palavras e é usada para transmitir informação, emitir opiniões, demonstrar sentimentos e emoções. (Phaneuf, 2005). Por outro lado, a comunicação não verbal é desenvolvida por uma variedade de “de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas” (Phaneuf, 2005, p.68)

Maioritariamente, numa fase inicial, os doentes de cuidados intensivos encontram-se entubados e sob o efeito de medicação que altera o seu estado de consciência, o que o impede de comunicar verbalmente e muitas vezes de forma não verbal. Os enfermeiros com experiência de cuidados intensivos são peritos em identificar situações através do comportamento do doente.

É também no âmbito da comunicação que poderemos incluir as conferências familiares. Em contexto de cuidados intensivos, tive a possibilidade de participar numa conferência familiar para comunicação de suspensão de medidas de suporte vital e passagem para medidas de conforto. A reação dos filhos foi de não compreensão, até porque a mãe estaria muito melhor do que antes de ser submetida à intervenção cirúrgica. Repetidamente lhes foi explicada a situação e só foi percebida quando lhes foi explicado que dessa forma a mãe morreria sem sofrimento e que se insistissem na manutenção da mãe com suporte vital, esta poderia vir a sofrer mais. No processo de morrer, a relação previamente estabelecida com a família é de extrema importância. Nesta fase o enfermeiro deve valorizar a relação terapêutica, dando principal atenção à comunicação e conforto da família, permitindo a presença da mesma junto do doente, criando um ambiente calmo e tranquilo. O alívio de sintomas do doente (dispneia, desconforto físico e dor), no processo de luto da família também é fundamental.

A comunicação é composta por três elementos: o emissor, a mensagem e o recetor. A comunicação, pode ser influenciada por fatores que não permitem que a mensagem chegue ao recetor de forma adequada. Estes fatores podem ser o contexto situacional que envolve o emissor e recetor, as suas emoções e motivações e a não percepção da mensagem que está a ser transmitida. Na situação do doente crítico, o contexto situacional e as emoções, são preponderantes uma vez que o fator doença, preocupação e ausência de conhecimento sobre a real situação, podem condicionar a descodificação da mensagem e criar descodificações erradas.

Relativamente à comunicação no SU, tive uma experiência com uma colega mais nova que

vou passar a descrever. A enfermeira em questão tinha apenas meio ano de exercício profissional naquele serviço e não chegava a um ano de início de atividade profissional. Percebi que existia dificuldade de comunicação com a doente a quem estava a prestar cuidados. Era uma Sr.<sup>a</sup> de 82 anos, nutrida de crenças e valores e que sentia a sua intimidade violada. O que para a enfermeira seria uma simples cateterização vesical, para a doente era uma invasão da sua privacidade. Detetado o fator que impedia a aceitação do procedimento, adequei a linguagem à situação e idade, conseguindo a permissão da doente.

A comunicação foi de extrema importância para que a doente percebesse que não estávamos a desrespeitar o seu pudor e intimidade.

Segundo Vieira (2017, p.95), tendo em conta o artigo 107º do código deontológico, “O pudor e o sentimento de interioridade de cada pessoa é sempre expresso de maneira particular, pelo que o enfermeiro deve respeitar a intimidade e proteger a pessoa da ingerência na sua vida privada e na da sua família... deve salvaguardar sempre no exercício das suas funções e na supervisão de tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (CDE, artigo 107º)

O SU caracteriza-se por ser uma área de grande movimentação de doentes, familiares e profissionais, resultando muitas vezes em momentos de grande tensão e stress para todos.

Na maioria das situações, os familiares e doentes veem nos enfermeiros a resposta para as suas preocupações, recorrendo a este consecutivamente. Em situação de sobrelotação, o enfermeiro não demonstra a disponibilidade esperada pelos doentes e familiares - pela sobrecarga de trabalho e necessidade em dar resposta a todas as situações - e muitas vezes, essa atitude que desencadeia conflitos entre eles. O que é esperado pelo doente e família da parte do enfermeiro é escuta ativa, disponibilidade, simpatia, acolhimento e acompanhamento, prontidão de informação e comunicação assertiva.

A sobrelotação do SU tem muitas vezes origem na falta de vagas no serviço de internamento.

Segundo A. Mendes (2016), o acolhimento e o primeiro contato com a família, constitui a primeira oportunidade de interação com a mesma, e a primeira oportunidade para avaliar qual a situação em que se encontra.

A permanência por tempo excessivo dos doentes no SU, por falta de vagas no internamento ou na ST2, em situações de necessidade de uma reavaliação por outra especialidade ou para verificação da eficácia do tratamento instituído, cria vários constrangimentos, quer para o doente e família, quer para a equipa de enfermagem. As condições do espaço físico, os meios técnicos e humanos disponíveis, são reduzidos para a prestação de cuidados com valorização da satisfação das necessidades do foro psicológico e espiritual, pela dificuldade na manutenção da privacidade.

Segundo o artigo 110º, da Deontologia Profissional de Enfermagem - “Da humanização dos cuidados”, o enfermeiro deve “criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas sobretudo desenvolver na equipa de profissionais uma cultura de humanização” (OE, 2015). O artigo mencionado relaciona-se diretamente com a alínea a) e b), do artigo 107º - “Do respeito pela intimidade”, que menciona como deveres do enfermeiro, “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” e “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015, p. 85). Assim, através do respeito pela intimidade, inerente à ação de enfermagem e concretizado pelo tom e a altura da voz com que se realizam os diálogos, promove-se a humanização dos cuidados. Relacionado com a sobrelotação e o espaço físico acima mencionados, a segurança dos cuidados relacionados com controlo de infeção fica comprometida. Por exemplo, a falta de estrutura física para desenvolver o isolamento/precauções de contacto de um doente portador de Enterobactérias produtoras de Carbapenemases e *Staphylococcus Aureus* resistente à Metaciclina é flagrante, com exceção de OBS que faz o isolamento destes doentes em coortes, atendendo ao critério de o doente ficar junto à janela. Contudo, os enfermeiros do SU, são extremamente cuidadosos na adaptação do espaço físico e desenvolvimento de estratégias para minimizar os riscos de contaminação de outros doentes. Ainda na área de controle de infeção, devido ao grande volume de trabalho e ao reduzido número de assistentes operacionais, a higienização das superfícies, do carro de material de punção e dos garrotes, não é feita de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde (DGS, 2015).

Segundo a DGS (2015), o “ambiente de prestação de cuidados deve estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza, encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação, ser limpo regularmente de acordo com as especificações - recomenda-se uma solução de detergente de uso geral em água quente. A solução deve ser diluída na altura do uso e de acordo com as indicações do fornecedor e, substituída com regularidade (no mínimo ao fim de 1 hora), na mudança de uma área para outra e quando se apresenta visivelmente suja”. (DGS, 2015)

Em contexto de cuidados intensivos, inerente ao facto de o ambiente ser mais controlado, as preocupações com o controle de infeção e a prevenção de IACS, eram notórios. O serviço tem um programa de auditorias internas relacionadas com o controlo de infeção, cumpre as praticas básicas de controlo de infeção (PBCI). Tive oportunidade de efetuar essas auditorias e registar as mesmas. Efetuei auditorias relacionadas com a cateterização de dispositivo intravenoso central, cateterismo vesical e ao risco de pneumonia associada à entubação

oro-traqueal. Realizam ensino sobre higienização das mãos aos familiares e visitas, explicando a importância da mesma.

Todos os enfermeiros usam equipamento de proteção individual (EPI), na prestação de cuidados ao doente, contribuindo desta forma para a redução das IACS.

As IACS constituem um problema de saúde devido à elevada mortalidade e morbilidade e custo a ela associados. As PBCI são um contributo fundamental para a sua prevenção e redução. “As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental, avaliação do risco de úlceras de pressão) e isolamento...” (Pina, 2010, p. 27). Atuei ao longo do meu percurso na validação das PBCI, através do que foi descrito e do ensino e reflexão do *conhecimento sobre procedimentos estabelecidos para a área do controlo da infeção e segurança do doente, no cuidado ao doente crítico*.

A manutenção da vida de uma PSC obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stress e ansiedade nos profissionais de saúde, doente e família.

O SMI e o SU, são caracterizados por ambientes com uma carga de trabalho muito elevada, quer a nível de esforço físico, quer a nível de um desgaste psicológico.

A morte é eminente e por isso um dos principais fatores que desencadeiam frustração, levando a uma carga emocional extrema.

As tecnologias altamente desenvolvidas e aplicadas à PSC no seu tratamento, constitui, também um fator de ansiedade e stress. A PSC e a família onde se insere necessitam de cuidados de excelência em tempo real, o que requer dos profissionais uma grande flexibilidade e capacidade de reação. A comunicação de uma má notícia é sem dúvida, outro fator de ansiedade para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros. Estes efeitos nefastos foram observados em alguns turnos pelo que pequenos momentos de reflexão seriam fundamentais, já que falar sobre os sentimentos e angústias podia minimizar os sentimentos negativos.

No início deste meu percurso foi proposto pela Enfermeira Chefe do SMI a elaboração de um trabalho de pesquisa sobre técnicas de *mindfulness* que apoiassem a premissa sobre a redução do stress e *burnout* nos enfermeiros de cuidados intensivos, pelo que a atenção sobre esta temática me sensibilizou para detetar situações semelhantes às descritas.

Uma das equipas, estava a desenvolver um trabalho sobre este tema, para ser apresentado como formação em serviço. O objetivo deste trabalho seria, fundamentar a eficácia e

aplicabilidade destas técnicas no SMI e desenvolver sessões práticas.

Assim desenvolvi uma Revisão Integrativa da Literatura, com o título *A influência das técnicas de mindfulness na redução do stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos* (APÊNDICE II), através de uma pesquisa booleana avançada, na *B-on* e *Ebsco*, com acesso aos fornecedores de conteúdos *CINAHL Plus with Full Text*, *Academic Search Complete*, *MEDLINE with Full Text*, *Complementary Index*, *Business Source Complete*, *Science Direct* e *Education Source*.

Esta pesquisa foi limitada aos trabalhos publicados no período entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, com recurso aos descritores *stress reduction on nurse*, *burnout in nursing*, *mindfulness*, *criticalcare or intensive care or itu*, obtendo um total de 254 documentos. Critérios de inclusão, acesso livre a texto integral, pertinência para a temática, critério temporal. Critérios de exclusão - artigos duplicados, abordagem das temáticas separadamente e que não se revelam pertinentes para a área de enfermagem de cuidados intensivos. Na elaboração da questão de investigação utilizei a metodologia PICo, direcionada a uma pesquisa não-clínica, definindo desta forma a População (P), o Interesse (I) e o Contexto (Co), dando origem a pergunta de investigação: “As técnicas de mindfulness reduzem o stress e burnout dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos?”

Através do diagrama prisma, demonstrei o número de documentos encontrados na pesquisa, a sua inclusão ou exclusão e os que foram validados para demonstrar a evidência científica relacionada com a temática.

Com este trabalho contribuí para a continuidade da construção do saber em Enfermagem, assim como me fez evoluir profissional e pessoalmente, centrando a minha evolução na prática refletida e fundamentada. O objetivo desta revisão de literatura foi perceber qual a eficácia das técnicas de *mindfulness* na redução do *stress* e *burnout* nos enfermeiros de cuidados intensivos, conjugando a melhor evidência científica encontrada sobre esta temática. A definição das palavras chave e descritores, seguido dos motores de pesquisa e recursos utilizados, foram fundamentais para a organização e orientação da pesquisa, assim como para a reflexão sobre a temática a ser abordada.

Desta forma o objetivo “*Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área de especialização*” foi concretizado.

Aliada a esta panóplia de conhecimentos/competências técnicas e científicas adquiridas, à capacidade em desenvolver um trabalho eficiente, à capacidade em trabalhar na equipa multidisciplinar, à partilha de experiências e à atitude muitas vezes interventiva na tomada de decisão, os objetivos “*Desenvolver a capacidade de tomada de decisão rápida e eficaz*,

*com base na evidência científica, nos conhecimentos apreendidos e na ética e deontologia profissional” e “Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral” foram sendo construídos ao longo de todo o meu percurso, permitindo afirmar que chego ao fim deste percurso com estas competências adquiridas.*

A análise efetuada sobre o percurso formativo, sustentada teoricamente, permitiu a elaboração deste capítulo.



#### 4. CONCLUSÃO

O cuidar em enfermagem está presente em toda a sua essência, sendo a Enfermagem a Ciência e a arte de cuidar.

Segundo Rui Chafes “a arte nunca é só o que se vê: é, sobretudo, o que se vê para além do que se vê... a arte pressupõe sempre pensamento e Ação” (CHAFES, 2015, p.22 e p. 124).

Ao longo deste trajeto vi cuidar do doente em situação de vulnerabilidade de uma forma exemplar, à luz do mais avançado estado da arte, com vista à manutenção das funções vitais da PSC.

Terminada esta etapa, refletir sobre todo o meu trajeto é primordial, não estando certa de que consegui ao longo deste trabalho descrever toda a minha evolução. Descrever tudo tão pormenorizado quanto o vivenciado é quase impossível.

Os dois contextos de estágio que fazem parte desta UC, proporcionaram-me experiências que contribuíram para a reflexão e o desenvolvimento como EEEMC e dessa forma para tomada de decisão de forma fundamentada, atendendo à evidência científica e às responsabilidades sociais e éticas perante a PSC e a sua família. Todas as experiências vivenciadas ao longo deste percurso contribuíram para a minha mudança pessoal e profissionalmente, através da reflexão sobre os cuidados de saúde prestados.

Tendo em conta a individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia da PSC e família onde está inserido, o respeito pela dignidade humana foi um pilar para a tomada de decisões e intervenções.

Tomei consciência das necessidades de melhoria no meu exercício clínico, de forma a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados com o objetivo de atingir a excelência dos mesmos. Percecionei, através do processo reflexivo sobre o meu percurso, que uma prática suportada no recurso à evidência científica é fundamental para desenvolver investigação e evoluir no conhecimento.

O EEEMC deve ser um modelo para a equipa ao demonstrar conhecimentos técnicos e científicos, capacidades e atitudes de nível avançado, promovendo o ensino e orientação dos enfermeiros. Se por um lado, antes deste curso, achava que era uma referência na equipa

onde desenvolvo a minha atividade profissional, hoje, apraz-me dizer que posso efetivamente considerar-me uma referência para a mesma.

Destaco em ambos os contextos, a preocupação na procura da excelência dos cuidados, tendo em conta a privacidade do doente e família, a comunicação, o controle de infeção e a humanização dos cuidados, sempre com a finalidade da otimização da qualidade dos mesmos.

Relativamente ao domínio das competências comuns dos enfermeiros especialistas e nomeadamente no domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. (OE, 2019)

No contato com a coordenação de equipas, tive a possibilidade de observar o estilo de lideranças e o método de trabalho da equipa face aos recursos humanos e tendo em conta a segurança do doente, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Segundo a alínea a), do artigo 5º, do Regulamento nº 76/2018 que define a Competência Acrescida Avançada em Gestão, no domínio da gestão, “O Enfermeiro Gestor reconhece e demonstra um exercício de gestão com conduta ética que reflete o seu compromisso social com o bem-estar e segurança do cidadão, bem como a responsabilidade da qualidade e segurança do ambiente de trabalho, utilizando como referências, na sua prática diária, as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional” e “...assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do âmbito profissional, ético-deontológico e legislativo, traduzido na transparência dos processos de tomada de decisão e na utilização judiciosa do poder.” (OE, 2018)

Este artigo suporta o papel do enfermeiro na liderança e coordenação das equipas, no qual me enquadro.

Na minha opinião, os cuidados prestados devem ser alicerçados numa cultura de segurança que se traduza em qualidade dos mesmos, sendo necessário a mudança de comportamentos, a tomada de decisão consciente que envolva os doentes e a família e o trabalho de equipa coeso.

Uma das limitações sentidas, esteve relacionada com a gestão de tempo. Não é tarefa fácil conciliar a vida pessoal, profissional e académica. O facto de não ter optado pelo comodismo de desenvolver os estágios na instituição onde trabalho, foi um dos fatores que contribuiu para essa limitação. Ainda, relativamente a esta limitação, uma UC com um único contexto de estágio ou o alargamento do número de horas dos existentes teria permitido uma melhor

adaptação e desenvolvimento de competências, assim como o desenvolvimento de trabalho científico. Apesar da identificação de várias oportunidades de melhoria, mais uma vez a limitação do tempo para a realização de estratégias neste âmbito, não permitiu o seu desenvolvimento. Em relação ao estudo de investigação desenvolvido, sinto que necessitaria de mais tempo para análise e interpretação dos documentos, para uma melhor inferência de resultados e para criar estratégias e por em prática no SU. No SMI, os resultados auferidos deste estudo desenvolveram estratégias de aplicabilidade, estando já a ser feitas sessões práticas.

Tive muitos momentos de cansaço, mas findo este trajeto, reconheço que valeu a pena e que foi uma confirmação das minhas expectativas.

Como consideração final, o meu crescimento como futura EEEMC foi efetivo. O meu trajeto foi alicerçado na minha motivação, satisfação, empenho, capacidade de iniciativa, humildade e disponibilidade para o crescimento e também no artigo 99º da Deontologia Profissional de Enfermagem, que define que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2015, p. 80). Este conceito de dignidade humana que é considerado como um princípio moral, constituindo-se 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” (OE, 2015, p. 39).

Em todas as minhas intervenções, tive em conta, o princípio da beneficência que implica “fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício”, validado pela perspetiva “de não fazer mal, sobretudo de não causar dano”, que se designa “como princípio da não maleficência” (OE, 2015, p. 60). Sendo que “não causar dano é mais imperativo, é mais obrigatório do que a exigência de promover o bem” (OE, 2015, p. 60)

Por fim, referir que todos os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Consegui demonstrar conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, dando resposta aos problemas complexos da PSC e demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão. As competências adquiridas ao nível da formação, supervisão e práticas de cuidados, foram fundamentadas na qualidade dos cuidados e no código ético e deontológico



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner P. (2001). De iniciado a perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Editora quarteto. Coimbra.

Chafes, R., Matos, S. A. *Sob a Pele* (2015). *Conversas com Sara Antónia Matos*. Lisboa: Atelier Museu Júlio Pomar. ISBN 978-989-8833-00-6

Conselho Português de Ressuscitação (2006) – Manual do Curso de Suporte Imediato de vida. 2ª Ed. Portugal: Conselho Português de Ressuscitação.

Costa, R. (2012). *Equipas de Alto Rendimento - Saber Liderar Equipas de Trabalho* (1st ed.). Lisboa: Editora RH.

Cunha, L. (2011). Manual de integração para enfermeiros no Serviço de emergência. Serviço de emergência da ULSM.

Davidson B. J., Harvey, M. Schuller, J. (2013). Post Intensive Care Syndrome: What is and how to help prevent it. In *Revista American Nurse Today*, 8, p. 32-37. Disponível em [https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2013/05/ant5-Post-Intensive-Care-CE-422\\_POST.pdf](https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2013/05/ant5-Post-Intensive-Care-CE-422_POST.pdf) (data da consulta: 20/10/2019)

Diário da República, 1ª série – B – nº55 – 6 de março 2002. Criação do serviço de urgência hospitalar. Ministério da saúde Despacho Normativo n.º 11/2002. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized> (data da consulta: 7/01/2020)

Diário da República: 2ª série - n.º 10 - 15 de janeiro 2007. Ministério da saúde – Gabinete do Ministro Despacho n.º 727/2007. Disponível em [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2153759/details/maximized?tipo\\_facet=Despacho&fq=despacho+727%2F2007&perPage=25&q=despacho+727%2F2007](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2153759/details/maximized?tipo_facet=Despacho&fq=despacho+727%2F2007&perPage=25&q=despacho+727%2F2007) (data da consulta: 7/01/2020)

Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde Despacho n.º 1400-A/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-daqualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dosdoentes-2015-2020-pdf.aspx> (data da consulta:

10/06/2019)

Direção Geral da Saúde. Higienização do ambiente nas unidades de saúde – recomendações de boa prática. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/higienizacao-do-ambiente-nas-unidades-de-saude-recomendacoes-de-boa-pratica-pdf.aspx> . (data da consulta: 02/06/2019)

Direção Geral da Saúde (DGS, 2018). Norma nº 002/2018 de 09/01/2018, Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0022018-de-09012018.aspx>, (data da consulta: 12/12/2019)

Direção Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx> (data da consulta: 10/06/2019)

Grupo Português de Triagem (2019). Sistema de Triagem de Manchester. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110) (data da consulta: 25/11/2019)

Lucchini, A., De Felippis, C., Elli, S., Schifano, L., Rolla, F., Pegoraro, F., & Fumagalli, R. (2014). Nursing Activities Score (NAS): 5 Years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital. *Intensive and Critical Care Nursing*, pag.152–158, doi:10.1016/j.iccn.2013.10.004. Disponível em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0964339713001134?token=DD4DDB69E5C7AE4AD00C850A6FEEA5A9213FD42B2FFA168CE4DF3F8518D5838419B5B482AB4BCF06141322A2DC792F90> (data da consulta: 20/09/2019)

Macedo, A. 2016. "Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. ", *Revista Brasileira de Enfermagem* 5, 69: 826 - 832.

Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/44168/1/Artigobrasil-reben-69-05-0881.pdf> (data da consulta: 11/02/2020)

Machado H. (2008). Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Trabalho de Projecto – Mestrado de Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado\\_h.pdf](http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado_h.pdf)

(data da consulta: 20/01/2020)

Mendes, A. (2015). A informação à família na unidade de cuidados intensivos desalojar o desassossego que vive em si. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.

Ministério da Saúde - Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos – relatório final, p.30, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7278416-Avaliacao-da-situacao-nacional-das-unidades-de-cuidados-intensivos.html> (data da consulta: 01/09/2019)

Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 533/2014 (2014). Diário da República: II Série, n.º 233. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/60651744> (data da consulta: 2/01/2020)

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Regulamento n.º 361/2015 (2015). pp 17240-17243. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67613193> (data da consulta: 5/09/2019)

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_2910\\_2015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf). (data da consulta: 30/01/2020)

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Regulamento n.º 76/2018, pp 3478-3487, publicado no Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547> (data da consulta: 02/01/2020)

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista. Regulamento n.º 140/2019, pp 4744-4750, publicado no Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06

Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?q=regulamento+das+competencias+comuns+do+enfermeiro+especialista140%2F2019> (data da consulta: 25/01/2020)

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

PINA, Elaine et al – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente.  
Revista de saúde pública. 2010

Vieira, M. (2017). Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência. 3ª edição, Universidade Católica Editora. Lisboa.



## 6. APÊNDICES



## APENDICE I – PANFELETO SOBRE INJEÇÃO SEGURA

PREPARAÇÃO E DESINFECÇÃO DA PELE			
TIPO DE INJEÇÃO	PREPARAÇÃO DA PELE		
	ÁGUA E SABÃO	ALCOOL DE 60-70%	GLUCONATO DE CLOREXIDINA
INTRA-DERMICA	SIM	NÃO	NÃO
SUB CUTÂNEA	SIM	NÃO	NÃO
INTRA MUSCULAR IMUNIZAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO
INTRA MUSCULAR TERAPEUTICA	SIM	SIM	SIM
ACESSO VENOSO	NÃO	SIM	SIM

Quadro 1 - Adaptado de: jogo de ferramentas para segurança de injeções e procedimentos correlatos, OMS/SIGN, fevereiro de 2010, pag. 7



A PRÁTICA DE INJEÇÃO SEGURA É DA RESPONSABILIDADE



## PRÁTICA DE INJEÇÃO SEGURA



## INJEÇÃO SEGURA

### Definição:

As Práticas de Injeção Segura, são um conjunto de medidas que fazem parte das Precauções Básicas de Controle de Infecção (PBCI), para garantir a otimização na preparação e administração de injetáveis e transfusões em segurança para utentes e profissionais de saúde.

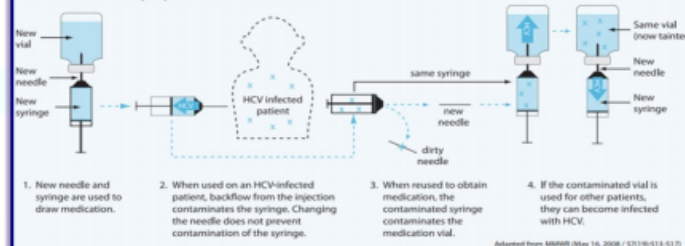
### Objetivos:

- Prevenir a contaminação na preparação e administração de injetáveis ;
- Assegurar a qualidade e segurança do equipamento de injeção
- Facilitar o acesso às práticas e de injeção seguros;



### Unsafe Injection Practices and Disease Transmission

Reuse of syringes can transmit infectious diseases such as Hepatitis C virus (HCV). The syringe does not have to be used on multiple patients for this to occur.



### O que garante a pratica segura na preparação e administração de injetáveis?

- Higienizar as mãos antes da preparação de medicação e antes e após a sua administração;
- Usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção;
- Preparar adequadamente a pele do utente antes da administração do injetável (ver quadro 1);
- Não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas;
- Usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injetáveis;

- Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis e usados uma única vez;

- A preparação da medicação deve ser num local desinfetado e livre de outros produtos contaminados - separar fisicamente o equipamento e material contaminado e limpo ;

- não recapsular agulhas, se o fizer deverá ser com a técnica de única mão;

- Seguir práticas seguras na recolha de corto-perfurante - colocar o recipiente de recolha de material num local que possibilite o descartar imediato; preencher apenas 3/4 do recipiente ou até à marca recomendada pelo fabricante.



APENDICE II – REVISÃO DA LITERATURA “REDUÇÃO DO STRESS E  
BURNOUT NOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS COM  
TÉCNICAS DE MINDFULNESS



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

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Revisão integrativa da literatura**

Redução do stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos com técnicas  
de Mindfulness

**Isabel Figueiredo (396418009)**

**Porto, janeiro de 2020**





## RESUMO

Problemática: Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 124/2011, publicado em Diário da República, 2ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011). A vulnerabilidade do doente crítico e da sua família, a necessidade de tomada de decisão rápida em situações de extrema gravidade e a alta tecnologia utilizada, levam os enfermeiros dos serviços de medicina intensiva a vivenciarem situações de alto stress, podendo levar ao burnout.

Objetivo: identificar a influência das técnicas de mindfulness na redução do stress e burnout nos enfermeiros de medicina intensiva/cuidados intensivos.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, através de uma pesquisa booleana avançada, na *B-on* e *Ebsco*, com acesso aos fornecedores de conteúdos *CINAHL Plus with Full Text*, *Academic Search Complete*, *MEDLINE with Full Text*, *Complementary Index*, *Business Source Complete*, *Science Direct* e *Education Source*.

Esta pesquisa foi limitada aos trabalhos publicados no período entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, com recurso aos descritores *stress reduction on nurse*, *burnout in nursing*, *mindfulness*, *critical care or intensive care or itu*, obtendo um total de 254 documentos. Critérios de inclusão, acesso livre a texto integral, pertinência para a temática, critério temporal. Critérios de exclusão - artigos duplicados, abordagem das temáticas separadamente e que não se revelam pertinentes para a área de enfermagem de cuidados intensivos. Na elaboração da questão de investigação utilizei a metodologia PICO, direcionada a uma pesquisa não-clínica, definindo desta forma a População (P), o Interesse (I) e o Contexto (Co), dando origem a pergunta de investigação: “As técnicas de mindfulness reduzem o stress e burnout dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos?”

Através do diagrama prisma, demonstrei o número de documentos encontrados na pesquisa,

a sua inclusão ou exclusão e os que foram validados para demonstrar a evidência científica relacionada com a temática.

Resultados: Incluídos os seguintes artigos: “Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel” (2017); “Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias” (2017); “Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses” (2019).

Estes artigos validam a questão em estudo, uma vez que apresentam resultados sobre a influência de mindfulness na redução do stress e burnout.

Em todos eles, a influência de programas baseados em mindfulness, se mostraram favoráveis à redução destes 2 problemas de saúde, nos enfermeiros dos serviços de medicina intensiva.

Conclusões: A inclusão de programas baseados em atenção plena com a finalidade em reduzir o stress e burnout, nos enfermeiros de cuidados intensivos, demonstram-se favoráveis.

Para além de desenvolver nestes profissionais a sensação de bem-estar e a capacidade em centrar a reduzir sentimentos negativos para que possam entregar cuidados de saúde de excelência, visando o cumprimento das boas práticas em saúde.

Palavra-chave / descritores: *stress reduction on nurse, burnout in nursing, mindfulness, criticalcare or intensive care or itu*

## Índice

Resumo.....	33
1.INTRODUÇÃO .....	7
2. STRESS, BURNOUT E TÉCNICAS DE MINDFULNESS .....	9
3. TÉCNICAS DE MINDFULNESS NA REDUÇÃO DO STRESS E BURNOUT DOS ENFERMEIROS DO SMI .....	11
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
5. ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS .....	15
6.CONCLUSÃO .....	19
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21

## Indice de Figuras

Figura 1 - Diagrama Prisma .....	14
Figura 2 - Analise do artigo “Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel” .....	16
Figura 3 - Analise do artigo - “Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion” .....	17
Figura 4 - analise do artigo: “Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses” .....	18

## 1.INTRODUÇÃO

O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ou dos Serviços de Medicina Intensiva (SMI), são locais onde se prestam cuidados altamente diferenciados, a doentes em situação de risco iminente, o que pressupõe um ambiente propício ao stress diário dos enfermeiros. A vulnerabilidade dos doentes associada ao elevado nível de dependência de cuidados de suporte das funções vitais e a elevada fragilidade da família, exige um enorme envolvimento da parte dos enfermeiros. O contacto com a morte também é um dos aspetos que provocam frustração e sensação de incapacidade. Todos estes fatores, vivenciados repetidamente, levam a uma situação de stress e burnout.

Mindfulness, é um termo inglês que traduzido para português significa atenção plena.as técnicas de mindfulness podem ser aplicadas a varias áreas da saúde e utilizado na redução do stress em diferentes contextos.

Este trabalho surge no inicio do estágio realizado no SMI, através da sugestão da professora orientadora e chefe de serviço, como base para a formação em serviço que estaria a ser desenvolvido por uma das equipas, tendo constatado a sua utilidade após o contacto com este contexto. Este estágio está inserido na Unidade Curricular (UC) – Estágio final e Relatório, com a duração de 180 horas de contacto, do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Com esta pesquisa, espero contribuir para a continuidade da construção do saber em Enfermagem, assim como evoluir profissional e pessoalmente, centrando a minha evolução na prática refletida e fundamentada. O objetivo desta revisão de literatura é perceber qual a eficácia das técnicas de mindfulness na redução do stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos, conjugando a melhor evidência científica encontrada sobre esta temática. A definição das palavras chave e descritores, seguido dos motores de pesquisa e recursos a utilizar, foram fundamentais para a organização e orientação da minha pesquisa, assim como para a reflexão sobre a temática a ser abordada.

Na elaboração da questão de investigação foi utilizada a metodologia PICO, direcionada a uma pesquisa não-clínica, definindo desta forma a População (P), o Interesse (I) e o Contexto (Co), dando origem a pergunta de investigação: “As técnicas de mindfulness reduzem o stress e burnout dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos?”

Através do diagrama prisma, demonstro o número de documentos encontrados na pesquisa, a sua inclusão ou exclusão e os que foram validados para demonstrar a evidência científica relacionada com a temática.

## 2. STRESS, BURNOUT E TÉCNICAS DE MINDFULNESS

Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional em contexto de cuidados intensivos, “prestam cuidados altamente qualificados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011). Na era atual, o desenvolvimento tecnológico associado à exigência cada vez maior por parte das organizações de saúde, podem originar constrangimentos no pessoal de saúde.

Em ambiente de cuidados intensivos, são vários os fatores que poderão desencadear situações de stress. A ausência de controlo na cura dos doentes, na morte, nas decisões médicas, a falta de apoio por parte das chefias e colegas, a sobrecarga de trabalho, o trabalho por turnos e as tecnologias altamente evoluídas, por vezes desencadeiam situações de fragilidade na saúde dos enfermeiros.

O stress é um problema social e de saúde pública do século XXI, caracterizado por um conjunto de alterações físicas e psicológicas, que impedem que o enfermeiro desenvolva a sua atividade profissional adequadamente. Quando o stress tem origem no ambiente laboral, os sintomas desaparecem assim que o indivíduo abandona o local de trabalho. Se estas alterações se mantiverem, poderemos dizer que estamos perante uma situação de stress crónico.

Em resposta às situações de stress crónico no trabalho, surge o burnout que se manifesta através de alterações comportamentais negativas.

Freudenberger (1983), define o burnout como uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada (Queirós, 1998, citado por Pacheco).

Mindfulness, é um termo inglês que traduzido para português significa atenção plena.

Jon Kabat-Zin, foi responsável pela introdução desta técnica na sociedade ocidental, criando o programa MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), que significa redução de stress

baseada em atenção plena. Este programa foi aplicado em varias áreas da saúde e utilizado na redução do stress em diferentes contextos.

Pretendo com esta revisão, demonstrar a influência das técnicas de mindfulness na redução do stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos.

### 3. TÉCNICAS DE MINDFULNESS NA REDUÇÃO DO STRESS E BURNOUT DOS ENFERMEIROS DO SMI

“A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Ministério da Saúde, 2016).

As exigências do trabalho nestas unidades, requerem enfermeiros cada vez mais qualificados, capazes de se integrarem em processos de melhoria constantes, onde o domínio das novas tecnologias, a autonomia na tomada de decisão e a humanização dos cuidados são fundamentais, articulando tudo isto com os objetivos delineados e os recursos disponíveis. Todas estes fatores desenvolvem no enfermeiro de cuidados intensivos, uma pressão constante, capaz de desencadear situações de stress e podendo dar origem a *burnout*.

Os efeitos do *stress* e *burnout* afetam não só o pessoal de saúde, pelo seu impacto na saúde física e mental, mas também as pessoas que por eles são cuidados, pelo potencial impacto na qualidade dos cuidados.

Estes efeitos são também sentidos na organização das instituições, que culminam nos custos com o absentismo, a alta rotatividade de pessoal especializado e na menor satisfação dos doentes.

Reduzir os efeitos do *stress* e *burnout* nos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), poderá reduzir ou impedir os possíveis efeitos negativos que estes podem causar.

Com este trabalho pretendo, através da evidencia científica de trabalhos já desenvolvidos, verificar se as técnicas de *mindfulness* reduzem o *stress* e *burnout* nos enfermeiros de cuidados intensivos. Entende-se por *mindfulness*, a atenção plena. Ao aumentar a capacidade de atenção plena, aumenta a consciencialização dos fatores stressores e desta forma aumenta também a capacidade de se proteger dos mesmos, evitando desta forma o desenvolvimento dos possíveis efeitos negativos mencionados.



## 4. REVISÃO DA LITERATURA

A formulação da questão inicial é fundamental pois irá determinar e direcionar todas as outras etapas da pesquisa. Uma pergunta bem construída permite a definição correta das evidências necessárias na validação de uma revisão da literatura.

Com recurso à metodologia PICO, formulei a seguinte pergunta de investigação:

**“As técnicas de mindfulness reduzem o stress e burnout dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos?”**

Problema (P) – stress e burnout em enfermeiros de cuidados intensivos;

Interesse (I) – técnicas de mindfulness na redução de stress e burnout nos enfermeiros de cuidados intensivos

Contexto (Co) – Unidades de Cuidados Intensivos.

Após a estruturação da pergunta de investigação, identifiquei as palavras-chave que constituiriam o suporte para a pesquisa nas bases de dados disponíveis.

Para encontrar as palavras certas utilizei o *MeSH (Medical Subject Headings) Browser* que me permitiu encontrar os descritores disponíveis, relacionados com as mesmas.

Assim, os descritores/palavras-chave identificados foram:

- *Stress reduction on nurse*
- *Burnout in nursing*
- *Mindfulness*
- *Critical care or intensive care or icu*

Para que a pesquisa fosse a mais direcionada possível, recorri à linguagem booleana, utilizando os operadores representados pelos termos “AND” e “OR”, sendo que “AND”, executa uma combinação restritiva e “OR”, uma combinação aditiva.

A pesquisa foi realizada nos agregadores de informação *EBSCOhost* e *B-On*, com assinatura nos seguintes fornecedores de conteúdos: *CINAHL Plus with Full Text*, *Academic Search Complete*, *MEDLINE with Full Text*, *Complementary Index*, *Business Source Complete*, *Science Direct* e *Education Source* e no *google* académico.

Em simultâneo foram aplicados os expansores de pesquisa, “pesquisa no texto integral”, “assuntos equivalentes” e “palavras relacionadas” e os limitadores de pesquisa, “texto integral acessível” e “publicações feitas entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019”.

Foram também aplicados os seguintes critérios de inclusão e exclusão: texto integral

disponível, descritores incluídos nas palavras chave ou resumo dos documentos e assuntos abrangidos pelos descritores estarem relacionados entre si. Foram encontrados 229 documentos dos quais 83 eram repetidos. Após análise do título e resumo, foram excluídos 142 artigos, atendendo ao facto de nenhum responder á pergunta de investigação, restando 4 artigos para análise integral, dos quais 3 foram incluídos no estudo.

Esta pesquisa e seleção de artigos está demonstrada no diagrama prisma, representado abaixo. (fig.1)

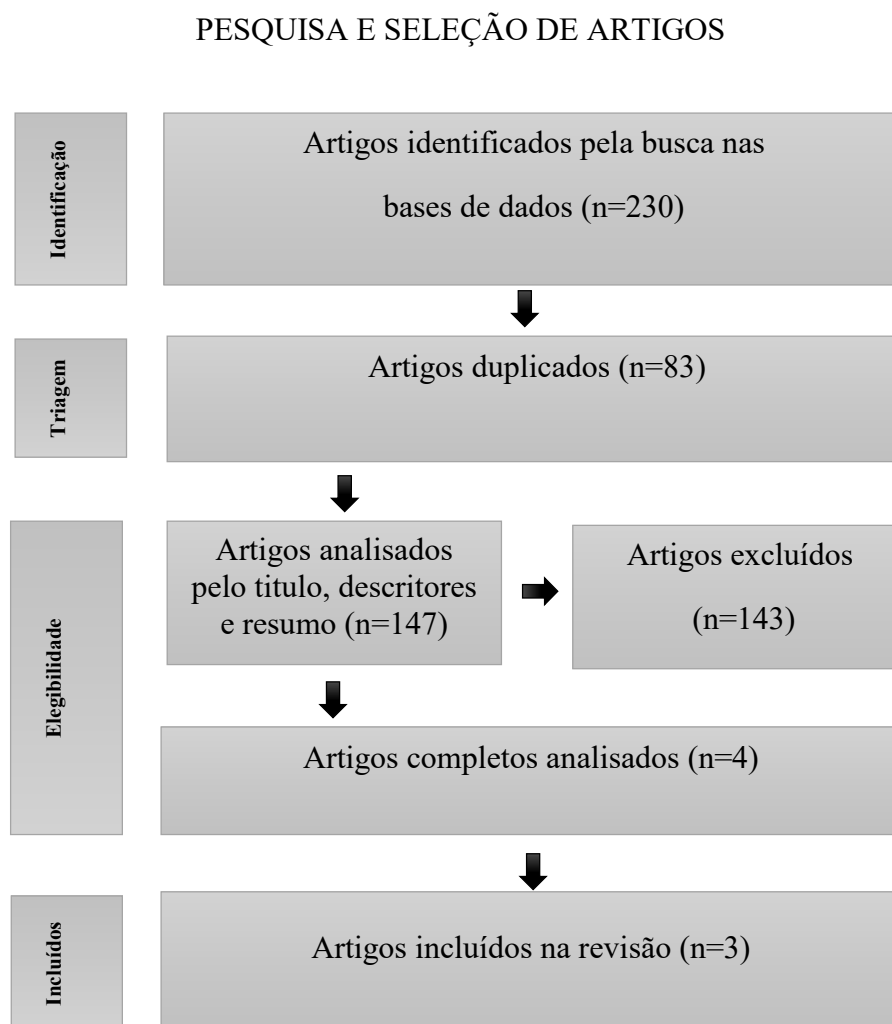


Figura 1 - Diagrama Prisma

Os 3 artigos incluídos na revisão, foram cuidadosamente analisados e o resultado dessa análise será ilustrada num quadro de evidências, para cada um deles, no capítulo seguinte.

## 5. ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS

Após a leitura e análise aprofundada dos 3 artigos selecionados a apresentação dessa mesma análise será ilustrada sumariamente, em formato de quadro para melhor visualização/compreensão do conteúdo dos mesmos.

Será feita referência ao título, a origem do documento, à pergunta de investigação, ao tipo de estudo, aos resultados e conclusões do artigo e finalmente uma pequena reflexão sobre o estudo.

A avaliação crítica dos estudos selecionados tem o propósito de averiguar se os métodos e resultados das pesquisas são suficientemente válidos para serem considerados.

Artigo 1: “Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel”

Título	“Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel”
Autores	<a href="#">Steinberg, Beth A.</a>
Fonte	American Journal of Critical Care, January 2017, Vol. 26 Issue 1, p10-18
Questão	Verificar a viabilidade da aplicação de intervenções que reduzam os efeitos negativos do stress em ambiente de cuidados intensivos.
Tipo de estudo	Estudo Randomizado
Resultados	Após aplicação de técnicas de mindfulness ao grupo de intervenção, a satisfação no trabalho dos participantes aumentou. Em relação ao grupo de controle, os participantes não demonstraram qualquer alteração. 100% dos participantes reconheceram a influência de mindfulness na resposta ao stress; 85% como sendo uma forma de lidar com o stress; 60% reconheceram que começaram a conhecer os colegas de forma diferente
Conclusão	O estudo conclui que, as intervenções destinadas a diminuir os efeitos negativos do stress podem ser aplicadas em unidades de cuidados intensivos. Apesar de muitas restrições, a adesão às sessões semanais foi alta. O apoio institucional foi fundamental para a implementação deste programa.

	Demonstrou que mindfulness melhora a atenção prestada aos doentes e a qualidade dos cuidados.
Comentário	O artigo foi escolhido para análise por apresentar no resumo e nas palavras-chave similaridade com a temática em estudo. O estudo não tinha como objetivo avaliar qual a influencia de mindfulness no stress e burnout mas ao longo do documento aborda a questão.

Figura 2 - Análise do artigo “Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel”

Artigo 2: “Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion”

Título	Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión
Autores	Gracia Gozalo RM, Ferrer Tarrés JM, Ayora Ayora A, Alonso Herrero M, Amutio Kareaga A, Ferrer Roca R.
Fonte	Med Intensiva. 2019;43:207-216
Questão	Qual o efeito de um programa de mindfulness sobre o burnout, empatia e compaixão, em profissionais de saúde de um serviço de medicina intensiva?
Tipo de estudo	Estudo longitudinal
Resultados	Foi efetuado um questionário antes e depois da aplicação do programa para auferir o autoconhecimento sobre Burnout, mindfulness, empatia e auto compaixão e sobre os dados sociodemográficos e laborais. Nos fatores que incidem sobre o <i>burnout</i> , existiu uma diminuição dos níveis de cansaço emocional. Os níveis de atenção plena não se alteraram globalmente, no entanto os níveis de observação e a ausência de reatividade aumentaram. A empatia não sofreu alterações e aumentaram os níveis de auto compaixão.

Conclusão	Este programa, na população onde foi aplicado, mostrou uma diminuição do cansaço emocional e um aumento da auto compaixão. Estes fatores podem produzir bem-estar e incidir na diminuição do burnout deste grupo vulnerável.  Também os níveis de adesão e satisfação com o programa foram elevados.
Comentário	O artigo foi escolhido para análise por apresentar no resumo e nas palavras-chave similaridade com a temática em estudo. O estudo tinha como objetivo avaliar qual a influencia de mindfulness na redução do burnout e no aumento da compaixão e nos níveis de bem-estar.

Figura 3 - Análise do artigo - “Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion”

### Artigo 3: “Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses”

Título	Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses
Autores	<a href="#">Lu, Fang</a> ; <a href="#">Xu, Yuanyuan</a> ; <a href="#">Yu, Yongju</a> ; <a href="#">Peng, Li</a> ; <a href="#">Wu, Tong</a> ; <a href="#">Wang, Tao</a> ; <a href="#">Liu, Botao</a> ; <a href="#">Xie, Junpeng</a> ; <a href="#">Xu, Song</a> ; <a href="#">Li, Min</a>
Fonte	Frontiers in Psychiatry, abril 2019,pag. 12
Questão	Qual o potencial efeito moderador de mindfulness nos resultados de saúde mental relacionados com o stress, nos enfermeiros chineses de cuidados intensivos?
Tipo de Estudo	Estudo transversal
Resultados	Mindfulness reduziu a relação entre stress percebido e depressão. A análise dos resultados, indicou que os enfermeiros de cuidados intensivos com níveis mais altos de atenção plena (mindfulness) tiveram um efeito positivo sobre o stress percebido e na depressão do que os enfermeiros com níveis mais baixos de atenção plena; após a utilização de técnicas de mindfulness,

	o efeito reduzido de agir com consciência aumentou quando os níveis de stress eram altos.
Conclusão	Os resultados deste estudo demonstraram que a prática de técnicas de mindfulness está associada a níveis mais baixos de stress e de sintomas de doença mental entre os enfermeiros chineses de cuidados intensivos. Também demonstra que mindfulness pode ser um recurso para lidar com o stress. Os resultados sugerem ainda que o utilização de técnicas de mindfulness, podem prevenir processos de stress e burnout e direcionar a intervenção sobre a saúde dos enfermeiros
Comentário	Este artigo foi incluído no estudo porque responde a temática em estudo. Faz uma avaliação rigorosa e critica baseada na evidencia científica.

*Figura 4 - análise do artigo: "Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses"*

Os estudos desenvolvidos e descritos pelos artigos analisados, demonstraram que as técnicas de mindfulness têm eficácia na redução de sentimentos negativos, nos enfermeiros e outros profissionais de saúde dos serviços de medicina intensiva. Esta redução, tem influência na redução do stress e burnout através do aumento de sentimentos de bem-estar e satisfação.

## 6.CONCLUSÃO

A realização da presente revisão da literatura possibilitou a confirmação de que a temática abordada surge como um tema de interesse e como uma problemática no estado de saúde dos enfermeiros de cuidados intensivos.

A consciencialização do estado de saúde dos enfermeiros e a possibilidade na implementação das técnicas de mindfulness para redução do stress e burnout, traz ganhos para as instituições de saúde, uma vez que reduzem o absentismo, a rotatividade dos enfermeiros e conseqüentemente aumentam a qualidade dos cuidados prestados.

A manutenção da vida de uma pessoa em situação crítica, obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stress e ansiedade nos profissionais de saúde, doente e família.

Os serviços de medicina intensiva são caracterizados por ambientes com uma carga de trabalho muito elevada, quer a nível de esforço físico quer a nível de um desgaste psicológico.

A morte é eminente e por isso um dos principais fatores que desencadeiam frustração, levando a uma carga emocional extrema. As tecnologias altamente desenvolvidas e aplicadas à pessoa em situação crítica no seu tratamento, constitui também um fator de ansiedade e stress. A pessoa em situação crítica e a família onde se insere necessitam de cuidados de excelência em tempo real, o que requer dos profissionais uma grande flexibilidade e capacidade de reação. A comunicação de uma má notícia é sem dúvida, outro fator de ansiedade para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros.

A exposição a estes fatores, pode comprometer a estabilidade emocional dos profissionais de saúde, assim como os seus níveis de atenção plena, a sua tolerância ao *stress* ou os seus níveis de energia e bem-estar e conseqüentemente, diminuir a qualidade dos cuidados prestados.

Ao efetuar este trabalho e após consulta de vários artigos não incluídos por não satisfazerem os critérios definidos, posso concluir que os programas baseados em atenção plena têm

influência positiva na redução do stress e burnout, através da diminuição das emoções negativas vivenciadas em contexto de cuidados intensivos e do aumento da autocompaixão.

## 7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blanco-Donoso LM, García-Rubio C, Moreno-Jiménez, ML Rodríguez de la Pinta, S Moraleda-Aldea, & Garrosa E (2017). Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de Enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 55-71

Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Kimmel S, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: a quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract* (2005) 19(1):26–35. doi: 10.1097/00004650-200501000-00008

Freudenberger, H.J. (1983). Burnout: Contemporary Issues, Trends and Concerns. In B.A. Farbar (ed), *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. [American Journal of Applied Psychology](#). 2013, [Vol. 1 No. 1](#), p. 7-13

**DOI:** 10.12691/ajap-1-1-2. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/ajap/1/1/2/index.html> (data da consulta: 10/10/2019)

Mamédio da Costa Santos, Cristina; Andrucio de Mattos Pimenta, Cibele; Cuce Nobre, Moacyr Roberto A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 15, núm. 3, mayo-junio, 2007 (data da consulta: 01/09/2019)

Ministério da Saúde - Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos –relatório final, p.30, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7278416-Avaliacao-da-situacao-nacional-das-unidades-de-cuidados-intensivos.html> (data da consulta: 01/09/2019)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 124/2011. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477013/details/maximized> (data da consulta: 01/09/2019)

Steinberg, B. A., Klatt, M., & Duchemin, A.-M. (2016). *Feasibility of a Mindfulness-Based Intervention for Surgical Intensive Care Unit Personnel*. *American Journal of Critical Care*,

26(1), 10–18. doi:10.4037/ajcc2017444

