



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CUIDADOS HUMANIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Ana Luísa Maia Lopes

Porto – março de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CUIDADOS HUMANIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA HUMANIZED CARE TO PERSON IN CRITICAL SITUATION

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

Ana Luísa Maia Lopes
Sob a orientação de Prof. Doutora Amélia Ferreira

Porto – março de 2023

RESUMO

Com objetivo de um cuidado especializado e holístico, com foco na pessoa e família que vivenciam uma situação crítica surge: “Cuidados Humanizados à Pessoa em Situação Crítica”.

O relatório apresentado é um documento com o propósito de demonstrar o meu percurso pessoal e profissional com as aprendizagens que concretizei durante o estágio, na descoberta de um saber especializado. Os contextos de estágio, inseridos no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, desenrolaram-se na mesma instituição hospitalar do distrito do Porto, nos serviços de urgência e de cuidados intensivos.

A evolução científica e tecnológica em prol da pessoa em situação crítica, tem vindo a desenvolver-se de forma tão rápida e eficaz, que desafia a prática clínica e aumenta a possibilidade de sobrevivência da pessoa. Os cuidados de enfermagem humanizados, vistos como a essência do cuidar têm de acompanhar esta evolução para que a pessoa tenha o melhor *outcome* possível. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem um olhar especializado para detetar as necessidades da pessoa, família e da equipa, mobilizando as suas competências para melhorar a qualidade dos cuidados através de ações específicas nas várias vertentes do conceito da humanização: pessoa, família e equipa.

Todo o percurso de aprendizagem foi exposto com a utilização de metodologia descritiva e reflexiva no sentido de expor as vivências ao longo de cada contexto. São descritas as várias atividades executadas assim, como se efetuou uma reflexão sobre a aprendizagem, evidenciando as competências adquiridas para o grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente competências de pesquisa e investigação, controlo de infeção, melhoria da qualidade e gestão de recursos, baseando a prática na evidência.

O caminho percorrido, foi de extrema importância para alcançar os objetivos a que me propus e desenvolver competências para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumindo que é uma ferramenta para o futuro profissional.

Palavras-chave: Humanização, Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem.

ABSTRACT

With the objective of specialized and holistic care, focusing on the person and family who experience a critical situation arises: "Humanized Care for the Person in Critical Situation".

The report presented is a document with the purpose of demonstrating my personal and professional journey with the learning I have made during the internship, in the discovery of a specialized knowledge. The internship contexts, inserted in the scope of the Master of Medical-Surgical Nursing, in the area of the person in critical situation, were developed in the same hospital institution in the district of Porto, in the emergency and intensive care services.

Scientific and technological evolution for the benefit of the person in critical situation has been developing so rapidly and effectively that it challenges clinical practice and increases the possibility of survival of the person. Humanized nursing care, seen as the essence of care, has to follow this evolution so that the person has the best *possible outcome*. The nurse specialized in Medical-Surgical Nursing has a specialized look to detect the needs of the person, family and team, mobilizing their competencies to improve the quality of care through specific actions in the various aspects of the concept of humanization: person, family and team.

The entire learning path was exposed with the use of descriptive and reflective methodology in order to expose the experiences throughout each context. The various activities performed are described as well, as a reflection was made on learning, evidencing the skills acquired for the master's degree and specialist in Medical-Surgical Nursing, namely research and research skills, infection control, quality improvement and resource management, based on the practice on evidence.

The path taken was extremely important to achieve the objectives that I set myself and develop competencies to obtain the degree of Master in Nursing and Specialist in Medical-Surgical Nursing, assuming that it is a tool for the future professional.

Keywords: Humanization, Person in Critical Situation, Nursing

“O Homem é do tamanho do seu sonho”.

Fernando Pessoa (1888-1935)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, sem o apoio deles, o curso de Mestrado continuaria no mundo dos sonhos, por acreditarem no meu potencial e me motivarem.

Ao S. por ser o meu porto seguro, pela resiliência de gerir tudo com amor durante as minhas ausências.

Ao meu filho, amor incondicional, minha razão de viver e me fez ultrapassar todos os desafios.

À Prof. Doutora Amélia Ferreira, que sinto que viu a minha essência e me orientou durante todo o percurso.

Aos meus tutores contextos de estágio, de coração, pelas aprendizagens que me proporcionaram e pelo carinho tão sincero. Foram pilares neste percurso.

À vida e aos meus amigos, que me tornaram grata pelo que sou.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAM - ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CVC - Catéter Venoso Central

DGS - Direção Geral de Saúde

ECG - Electrocardiograma

EMC – Especialista em Médico-Cirurgica

EPI- Equipamentos de proteção individual

GPT- Grupo Português de Triagem

HU-CI – Humanização de Unidades de Cuidados Intensivos

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

ISBAR – Identify; Situation; background; Assessment; Recommendation

MCDT – Método Complementar de Diagnostico e Tratamento

NAS - *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAVI – Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

UCP – Universidade Católica Portuguesa

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	16
2. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	19
2.1 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ANTERIORMENTE	24
2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	27
2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO- CIRÚRGICA	27
2.4 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	31
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	33
3.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	33
3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	34
3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	37
3.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	41
3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	43
4. CONCLUSÃO	51
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
6. APÊNDICES	55
APÊNDICE 1- Revisão Integrativa da Literatura “Fatores que influenciam a implementação de cuidados Humanizados de cuidados na UCI”	57
APÊNDICE 2- Documento “Registo no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”	83
APÊNDICE 3- Cartaz “Metas Internacionais de Segurança para o Doente “	87
APÊNDICE 4- Levantamento de necessidades do SMI - Humanização nos Cuidados Intensivos	89

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem, como profissão e disciplina, assinala no decorrer da evolução, um avanço significativo, quer a nível da formação inicial académica como no que diz respeito à especificidade crescente dos cuidados de enfermagem, que culmina na complexidade dos processos de transição saúde/doença. Os enfermeiros durante o seu exercício profissional e na procura pela essência de enfermagem, o cuidar, mudaram de uma filosofia centrada em cuidados assentes no modelo biomédico, muito limitado e tendo como objetivo o diagnóstico e tratamento da doença, para progressivamente adotar uma filosofia autónoma baseada em conhecimento de enfermagem e evidência científica, focada na pessoa e as suas necessidades de saúde e ser holístico.

A importância do papel do enfermeiro é inegável, não apenas no cerne científico, mas também para a população em geral e no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde. A sociedade atual, tem informação ilimitada através das mais variadas formas, tornando a prática de enfermagem mais desafiante, não obstante há uma crescente preocupação com a qualidade e a humanização de cuidados de enfermagem, pois sabe-se que as decisões de Enfermagem afetam significativamente a vida das pessoas, tanto no presente como no amanhã, (Ordem dos Enfermeiros, 2005), cabe aos enfermeiros exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, assegurando o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Não é suficiente a qualidade técnica e científica, mas que esta seja qualidade humana e humanizadora.

A evolução científica e tecnológica em prol da pessoa em situação crítica, tem vindo a desenvolver-se de forma tão rápida e eficaz, nomeadamente após a pandemia por COVID-19, que desafia a prática clínica e aumenta a possibilidade de sobrevivência da pessoa. Os cuidados de enfermagem humanizados, vistos como a essência do cuidar têm de acompanhar esta evolução para que a pessoa tenha o melhor *outcome* possível.

Emerge a necessidade de cuidados de enfermagem especializados para complementar os cuidados gerais de enfermagem com vista a dar resposta à crescente exigência. Neste seguimento, a especialização torna-se um trunfo permitindo alinhar o conhecimento com o desenvolvimento e certificação de competências científicas,

técnicas, relacionais e emocionais. Assim, o enfermeiro especialista é tido como aquele que demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem um olhar especializado para as detetar necessidades da pessoa e família e da equipa, mobilizando as suas competências para melhorar a qualidade dos cuidados através de ações específicas nas várias vertentes do conceito da humanização: pessoa, família e equipa.

O presente relatório surge na unidade curricular (UC) *Estágio Final e Relatório*, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), da Universidade Católica Portuguesa (UCP)– Porto. É composto por dois contextos de estágio, num hospital do distrito do Porto, Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI), perfazendo um total de 360 horas de contacto e 15 horas destinadas à orientação tutorial. O primeiro período, foi compreendido entre 5 de setembro e 26 de outubro de 2022, desenvolvido no contexto do SU e o segundo decorreu desde então até 17 de dezembro no âmbito do SMI.

Ao presente relatório atribui-se o papel de instrumento fundamental para transparecer a realidade vivenciada no contexto de estágio. Para tal, tem por base uma descrição e análise crítico-reflexiva do processo de aprendizagem, com o desenvolvimento e integração de saberes que permitiram a humanização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica. A autora, Patricia Benner enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial, (Benner, 2001) e descreve um modelo de aquisição de competências, onde refere cinco níveis de competências na área de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Para aquisição e desenvolvimento de uma determinada competência, o enfermeiro transcende nos níveis sucessivos de habilitação, que traduzem mudanças em três aspetos: a passagem de uma certeza em conceitos abstratos à sua aplicação prática, a modificação da forma como o enfermeiro apreende e analisa uma situação e a passagem de ser um observador a um executante integrante do processo. O processo é dinâmico, aprofundado e aperfeiçoado pela experiência. O enfermeiro perito é dotado de vasta experiência e compreende as situações de forma intuitiva e global. Focaliza a sua ação nos aspetos predominantes e é um profissional flexível, com uma postura e forma de gerir as situações complexas exímia e reconhecida pelos pares e pelas pessoas. (Benner, 2001).

A opção pelo Mestrado em Enfermagem com EMC surge como uma nova e desafiante etapa na construção da identidade individual e profissional, na procura por aprofundar conhecimento e adquirir e consolidar competências, que possam ser refletidos na excelência de cuidados de enfermagem à PSC. O tema abordado no relatório e explorado ao longo do curso de mestrado reflete uma preocupação pessoal muito presente no meu dia-a-dia.

A estrutura do presente documento, encontra-se dividida em 3 capítulos. O primeiro, a presente Introdução onde faço um enquadramento do Relatório e do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a contextualização do tema central deste relatório – humanização de cuidados à PSC. O segundo capítulo dedicado à caracterização do SU e SMI e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica nos respetivos domínios, contextualizado e fundamentado pela análise crítico-reflexiva das atividades realizadas. No terceiro capítulo, a conclusão, onde é apresentada a discussão, o balanço e análise das aprendizagens bem como as dificuldades sentidas ao longo do Estágio. Terminei este relatório com a bibliografia, formulada de acordo com a norma APA (American Psychological Association).

2. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e conduzidos de forma contínua e intensiva, pelo risco iminente de vida pela falência, muitas vezes multiorgânica.

Como a própria palavra assim o define, entende-se por humanização, a ação ou efeito de humanizar, ou seja, tornar humano, mais humano, tornar afável. A humanização é um processo no sentido de reunir melhores ou mais condições para os profissionais e para a própria pessoa e família. Nas relações interpessoais entre profissionais, profissionais e família, profissionais e pessoa aos seus cuidados, há uma dinâmica no sentido da promoção do bem-estar muito para além de físico, emocional e psicológico, contrariando os sistemas rígidos e excessivamente padronizados que promovem distanciamento entre as partes outrora em vigor. São pilares da humanização de cuidados: primeiro, respeitar que cada pessoa é única bem como a sua resposta a situações de crise; segundo, reconhecer a importância da família nas decisões e desejos de vida, mantendo informação clara para que entendam a sua situação podendo envolver-se no processo terapêutico e de recuperação da saúde (Bueno & Calle., 2020).

O Conceito de humanização de cuidados é complexo e com várias vertentes de atuação, segundo o projeto espanhol de humanização de cuidados, HU-CI, são divisíveis em sete linhas de atuação, que envolvem as equipas multidisciplinares, famílias e a própria gestão hospitalar. Segundo a análise das perceções da família e profissionais, considerou-se a humanização como sendo os cuidados com valorização das singularidades, com respeito às diferenças de opiniões e de maneira acolhedora (Luiz, Caregnato, & Costa, 2017).

Apesar do crescente interesse quanto à humanização de cuidados, a flexibilização de visitas ou o acompanhamento da pessoa, não são uma realidade generalizada quer em contextos de SU como em UCI. A reflexão crítica e sensibilidade das equipas são consideradas fundamentais para promover a proximidade das equipas com a família, e da família com o próprio familiar.

A rigidez de horários para a permanência da família nestes contextos, cingem-se a crenças e hábitos estáticos, nos quais se crê que a presença destes intervenientes podem

prejudicar a prestação de cuidados de enfermagem, que possa propiciar algum tipo de complicação. No entanto, a evidência científica e a evidência baseada na prática, realça que isto não se verifica, pelo contrário, a presença da família não aumenta as complicações por agentes infecciosos e pode inclusive melhorar ou prevenir situações, como o *delirium* no caso de UCI. Além disso, podem ser considerados elementos vitais no caso de diminuição de níveis de ansiedade em situações de emergência, modeladores de comportamento de autoagressão ou de informadores de alterações comportamentais. Para a própria família melhora o entendimento e *coping* das situações vividas com a PSC (HU-CI project, 2020).

A comunicação, uma vertente da humanização é um instrumento do dia-a-dia inerente aos cuidados de enfermagem pode ser discriminada em três categorias: comunicação entre profissionais de saúde, comunicação à PSC e família e a comunicação entre a PSC com os profissionais de saúde e família. No que diz respeito à comunicação entre profissionais da equipa ou entre equipas multidisciplinares, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação, para segurança da pessoa doente, deve ser normalizada a técnica ISBAR (DGS, 2017), com objetivo de diminuir a possibilidade de erro ou omissão de informação de relevância para o caso. É de igual forma importante, disponibilizar espaços para que os profissionais e a família possam partilhar informação ou experiências, comunicar de forma a atingir um consenso, relativo a opções de tratamento e ou cuidados específicos, gestão de más notícias, estes casos a técnica de comunicação têm um impacto importante e decisivo para o curso da situação.

A PSC nem sempre tem a capacidade de comunicar, devido a sedo-analgésia terapêutica ou ao estado de saúde condicionado, nestes casos a orientação da família ou pessoa de referência é crucial, no sentido do que são os últimos desejos ou para delegar o consentimento livre e esclarecido na perspetiva do benefício direto (Deodato, 2017). Em todo o caso, comunicar não implica apenas linguagem verbal, pelo que idealmente os serviços deviam ser equipados com materiais alternativos de comunicação. Comunicar em situações de grande carga emotiva requer competências de comunicação. Guiar a família em situações críticas do seu familiar, com comunicação, acompanhamento e informação assertiva cria uma relação de confiança e é uma forma de empoderar a família/pessoa de referência para lidar com a situação. A pessoa torna-se facilitadora do processo de transição de saúde/doença. Por outro lado, segundo o projeto HU-CI, referente à humanização dos SU, as situações de maior insatisfação presenciadas, são

referentes à falta de informação ou comunicação sobre estado clínico dos seus familiares, dando espaço para conflitos.

O bem-estar da PSC deve ser uma preocupação tão presente como o processo de cura, está interligado e inerente. Não obstante, das competências necessárias inerentes ao cuidar da PSC, é indispensável desenvolver competências técnico-científicas com a humanização e a individualização do cuidado para uma assistência da melhor qualidade (Luiz, Caregnato, & Costa, 2017). A PSC é afetada não só a nível físico, como psicológico, emocional e espiritual, pelo que um cuidado humanizado, holístico é necessário para detetar e abordar todas as necessidades e problemas que possam decorrer desta situação. As experiências como, a perda de autonomia, perda de privacidade, privação de sono por ruído ou luminosidade excessivos, insegurança por falta de informação, ansiedade face à situação vivenciada, quebra de contato com entes-queridos, associados aos sintomas de doença aguda ou crónica agudizada tornam o contexto da PSC desumano. Promover o bem-estar da pessoa, é tão essencial como o processo de tratamento da doença, e é a essência de enfermagem.

Do ponto de vista de enfermagem, falar em bem-estar profissional ou da falta dele pode interferir de forma negativa na qualidade dos cuidados. Devido às exigências da profissão na atualidade, enumerando alguns desafios sentidos como, horários rotativos com turnos noturnos, falta de regulação do padrão de sono, dotações desajustadas, a recente pandemia, são alguns fatores que colocam diariamente os enfermeiros sob stress, físico, mental e emocional. Por vezes estes fatores, culminam em desregulação, falha de mecanismos de *coping* que propiciam a instalação de perturbações e doença mental, o que implica um afastamento e despersonalização, com impacto direto nos cuidados. É imperativo quando falamos em humanização de cuidados, focarmos o bem-estar de quem providencia os cuidados, disponibilizar apoio de especialistas de saúde mental. Atualmente, segundo a OE e a IMS, a síndrome de *burnout* é considerada doença profissional, com grande incidência entre os enfermeiros.

O desfecho hospitalar da PSC nem sempre é a cura. A dignidade que damos à vida, não deve ser diferente da dignidade dos cuidados em fim de vida e na morte (HUCI project, 2020). Os cuidados paliativos por si só são cuidados humanizados que coexistem em contextos de SU e UCI. Embora não seja comum, temos de modificar as práticas pelas quais nos regemos, deixando cair por terra a visão arcaica que os cuidados paliativos são uma necessidade apenas de pessoas com doença do foro oncológico. Os cuidados paliativos são um direito do cidadão e em 2002, a OMS, designou os cuidados

paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes/famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e prognóstico limitado, com intuito de prevenir e aliviar o sofrimento, tendo por base a identificação precoce e o tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, dos psicossociais e espirituais. Do ponto de vista das equipas de enfermagem formadas e treinadas para humanização de cuidados, especializadas, o SU ou a UCI, são sítios repletos de momentos para criar relação terapêutica com a pessoa e poder humanizar os cuidados vindouros. A possibilidade de começar por indagar assertivamente sobre os valores da pessoa e família e poder começar a registar no processo vontades e diretrizes antecipadas, nomeadamente naqueles que se prevê uma limitação dos tratamentos de suporte vital. A humanização de cuidados passa por detetar, integrar os cuidados paliativos aliados aos curativos permitindo o aumento do tempo de sobrevida, uma melhoria clinicamente significativa e por isso uma melhor qualidade de vida.

Considera-se que o processo de humanização de cuidados não depende apenas de fatores externos ou apenas focados na pessoa doente. Existe uma pluralidade de vertentes, sendo que o hospital “humanizado” é aquele que abarca na sua estrutura física, e tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela pessoa que recorra a esta instituição, familiar ou o próprio profissional que nela trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade.

O espaço físico, dos hospitais, está desatualizado face a este conceito multifatorial da humanização. A sua atualização prevê que os espaços sejam promotores de cuidados técnicos aliados à qualidade na atenção ao cliente e à comodidade de todos os usuários, considerando que a infraestrutura adequada pode reduzir erros dos profissionais, promover maior privacidade e dignidade dos cuidados, melhorar resultados dos doentes, diminuindo tempo de permanência hospitalar e assim contribuir positivamente para controlo de custos. A otimização dos espaços pode influenciar positivamente nos sentimentos e emoções, quer das famílias/ pessoas de referência como profissionais de saúde.

No sentido de promover cuidados de excelência e como futura enfermeira mestre em EMC e especialista na área de enfermagem à PSC, procurei investigar quais as barreiras para a implementação dos cuidados humanizados à PSC no contexto dos cuidados intensivos, visto existir evidência científica da sua eficácia no *outcome* dos utentes, na motivação dos profissionais de saúde e na satisfação da família, no fundo com ganhos substanciais para a saúde a todos os níveis, inclusivamente a nível económico para

a administração hospitalar. No entanto, esta pode não ser uma realidade transversal a todos os serviços. Deste modo, realizei um estudo onde conseguisse identificar os fatores que influenciam a implementação de cuidados humanizados nas UCI. Realizei uma revisão integrativa (Apêndice 2), onde verifiquei que o desconhecimento ou outras causas complexas, infundadas e arcaicas, seriam de fácil desconstrução do ponto de vista científico, salientado assim uma necessidade de capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde, incrementando o investimento na formação e na gestão institucional (Reis, Sena, & Fernandes, 2016). A humanização de cuidados pressupõe que se alie a tecnologia à empatia, que haja uma infraestrutura preparada com recursos humanos suficientes que visem a promoção de cuidados empáticos, seguros, responsáveis e eficazes. Contudo, também foi notório na análise dos artigos selecionados que pode ocorrer alguma resistência por parte da pessoa, família e equipa de enfermagem. Ainda, Pereira (2012), descreve como barreiras à aplicabilidade da humanização de cuidados o contexto sociocultural desfavorável quer dos profissionais quer da população em geral e a falta de investimento político nestas medidas.

As equipas de enfermagem, que à primeira vista são o veículo fundamental da humanização, deparam-se com os maiores desafios para a sua concretização, como carga laboral exaustiva, lotação dos serviços com dotações desajustadas. (Santos, et al., 2022) Neste sentido, é necessário melhorar as condições de trabalho pela positividade que advém de equipas motivadas.

Bueno e La Calle (2020), acrescentam que o ambiente tecnológico priorizado é fator de desumanização, bem como o pouco investimento socio-universal da saúde pública. Refere, ainda a fragmentação dos doentes por especialidades clínicas e algum comercialismo na gestão das instituições de saúde, como fatores que pesam negativamente na implementação de medidas que visam a humanização.

2.1 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ANTERIORMENTE

Durante o 1º ano deste curso de mestrado, realizei estágio numa unidade de cuidados intermédios polivalente (UCIP), considerada UCI nível II visa internamento de pessoas com doença aguda ou agudização de doença prévia, com falência iminente ou estabelecida de funções vitais, que necessitam de monitorização contínua, mas em que o seu estado não é suficientemente crítico para exigir internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos – UCI nível III.

Neste contexto de estágio, desenvolvi competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal promovidas pela reflexão de um caso clínico com que me deparei. Pelo respeito da informação confidencial, pela gestão emocional, e na informação transmitida e pelo respeito à privacidade, mas tendo em conta o risco em que estava o seu cônjuge, desenvolvi na medida do possível, comunicação empática e desenvolvi relação terapêutica com a pessoa aos meus cuidados, internada na UCIP com diagnóstico de SIDA, casada e com filhos. Havia sido diagnosticada com a infeção por HIV há anos, mas sem adesão alguma ao regime terapêutico, com receio que a família soubesse e a repudiasse. De forma sucinta e agindo conforme o meu código deontológico e proteção dos direitos humanos, tendo sempre em conta a segurança, privacidade e dignidade do doente, conseguimos, eu e a minha tutora, fazer entender que seria importante partilhar esta informação com o seu cônjuge, em última medida para que este procurasse diagnóstico.

Os autocuidados, são um momento de vulnerabilidade para a PSC, a equipa de enfermagem promove o respeito e incentiva a autonomia, respeita de sua dignidade e privacidade. Neste sentido, há genuinamente uma preocupação das equipas de enfermagem, gerindo, da melhor forma, as condições físicas de que dispõe e estabelecendo uma relação terapêutica eficaz.

Este serviço localiza-se num hospital que não possui serviço de hemodinâmica, realizando-se o transporte inter-hospitalar para o local que consiga dar resposta, sendo que, os casos mais frequentes de momento são para a realização de cateterismos percutâneos. Da sociedade portuguesa de cuidados intensivos, surge o documento para cálculo de risco para o transporte, que define as necessidades de recursos humanos para

o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efetuado o transporte (SPCI, 2008). Esta avaliação deve ser efetuada no serviço de origem, previamente ao transporte. Neste âmbito, percecionei que a UCIP tem algumas lacunas a nível de segurança no que toca a transporte do doente crítico. A mala de transporte estava a ser reformulada, faltando material e não existindo alternativa no serviço, tendo de se recorrer ao SU para empréstimo. No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, mobilizei conhecimentos e habilidades que garantiam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, aumentando assim a segurança dos doentes e da própria equipa. Optei por criar um documento básico e sucinto das necessidades para o transporte, vigilância da pessoa durante o mesmo e registo de incidentes (Apêndice 1). Ainda neste domínio e no sentido da prevenção do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), sensibilizei os colegas as Precauções Básicas do Controlo de Infeção, nomeadamente da higienização das mãos (DGS, 2013). A par disso, colaborei com a colega responsável pelas auditorias, à Higienização das mãos, no que diz respeito aos 5 momentos definidos pela OMS e a DGS, como sendo: 1) Antes do contacto com a pessoa, 2) Antes de um procedimento limpo/assético, 3) Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso 4) Após o contacto com o doente, 5) Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (DGS, 2013).

Surgiu a oportunidade de assistir a algumas formações de serviço com os seguintes temas que considerei pertinentes: “Cuidados associadas manipulação e fixação do cateterismo vesical”, reforçando a *bundle* para a prevenção de infeções urinárias associadas a cateter urinário (DGS, 2017) e Cuidados associados a cateter venoso central, reforçada a importância de se tratar de uma técnica assética, (DGS, 2017) identificado como sendo tema problemático no serviço. Na prática de cuidados à PSC, em isolamento de gotícula por infeção por SARS-CoV-2, refleti sobre a importância da correta colocação de equipamento de proteção individual e a sua remoção, no sentido da prevenção e controlo de infeções cruzadas e agi em conformidade.

Na transmissão de informação entre turnos, a maioria dos enfermeiros já estavam familiarizados e utilizavam a metodologia ISBAR para sistematização de informação promovendo a continuação de cuidados de qualidade. A passagem de turno, é um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivos assegurar a

continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (OE, 2001). Segundo a DGS, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR, no entanto não há auditoria no sentido melhoria contínua da qualidade neste aspeto.

Relativamente ao Domínio da Gestão de Cuidados, posso afirmar que desenvolvi competências relacionadas com a gestão da equipa e recursos. Aqui, pude acompanhar o enfermeiro de referência no exercício das suas funções de gestão, a supervisão de tarefas delegadas, redistribuição/adaptação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados, conforme as competências esperadas de um EEEMC.

No Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, aprofundi e desenvolvi novos conhecimentos nomeadamente nos cuidados com dispositivos de monitorização invasivos como linha arterial e avaliação da pressão intra-abdominal.

No final este período faleceu uma pessoa que estava na UCIP desde que iniciei estágio. A equipa médica assumiu que deixou de haver perspectiva de cura, foi comunicada à família, que pareceu compreender a situação. Não foi chamada equipa diferenciada de cuidados paliativos, e foram prescritas medidas de cuidados de conforto e suspensão de medidas infrutíferas invasivas. A morte, não é um episódio linear, nem leve emocionalmente, considero que tinha numa relação terapêutica empática e acho que por ter sido uma pessoa constante durante o estágio acabei por me afeiçoar. Sou humana! Era praticamente diária a minha disponibilidade, mesmo quando não me era atribuída na minha distribuição de doentes. Assumi para mim, com consentimento da minha tutora, os cuidados ao corpo com todo o respeito e dignidade que merecia e fiquei com a família por breves momentos até que deixei de sentir que já não necessitavam de esclarecer dúvidas, ou apoio emocional. Senti-me muito assertiva a nível de competências comunicacionais.

Em suma, integrei-me na equipa e na sua dinâmica diária, compreendendo a articulação entre serviços. Procedi a consulta de documentos referentes ao serviço e ao hospital, e estudei os protocolos de serviço.

Desenvolvi as competências referidas com assertividade e reflexão, tendo presente os meus limites pessoais e profissionais, procurando proativamente novas oportunidades

de aprendizagem, ao identificar défice de conhecimento complementando, ainda com pesquisa bibliográfica autónoma com a melhor evidência científica.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

No sentido de contextualizar o meu percurso, bem como as minhas aprendizagens, desenvolvimento e amadurecimento pessoal e profissional, faz sentido realizar a caracterização dos diferentes locais de estágio.

Como já referido, o primeiro local de estágio, foi um serviço de Urgência, com valências de Médico-cirúrgica.

2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO- CIRÚRGICA

O SU é na sua essência a “porta de entrada” do hospital para pessoas com situações agudas ou descompensação de doença prévia e/ou traumatismos que procurem assistência clínica. Portanto, admite situações inesperadas para a equipa multidisciplinar e “tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (DGS, 2001). É imperial que este serviço disponha de equipas especializadas, dotadas de conhecimento e competências com capacidade de intervir no imediato, com juízo crítico para detetar complicações, em tempo útil e de forma holística. Como referido no Despacho nº 11/2002, emitido pelo Ministério da saúde no Diário da República, é um serviço multidisciplinar e multiprofissional que presta cuidados de saúde em todas as situações definidas como sendo de urgência e emergência médicas, distintas da seguinte forma: “Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.” E “Emergências são todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.” (DGS, 2001).

O SU é dotado do sistema de triagem de prioridades do Protocolo de Triagem de Manchester que tem por base a avaliação sistemática e determinação do risco clínico (Grupo Português de Triagem, 2000). Constituído por 50 possíveis fluxogramas, dirigidos

à queixa que motiva a ida ao serviço, dividido em discriminadores gerais e específicos. No final do processo de triagem, o discriminador selecionado corresponde a uma das cinco prioridades clínicas mediante a gravidade do sintoma/queixa: Emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. A cada prioridade corresponde uma cor de pulseira de identificação e um tempo alvo para observação médica, reconhecida pelos profissionais e pela população em geral. O Enfermeiro triador deve ser qualificado e com experiência profissional em contexto de SU, assertivo e com capacidade de comunicação com a pessoa e família. Deve também, possuir uma visão abrangente do serviço para que possa gerir as expectativas de quem ali recorre. A responsabilidade do enfermeiro triador é de tal ordem, que para além da prioridade atribuída, o Sistema de Prioridade do Protocolo de Manchester, preconiza o pedido de MCDT's como a eletrocardiograma, para uma maior articulação entre a equipa multidisciplinar e dispor os meios necessários em tempo útil, e a ativação das Vias Verdes: torácica, Acidente vascular cerebral e/ou sépsis. Segundo o GPT, a questão central na operacionalização das chamadas Vias Verdes é a gestão do encaminhamento no Serviço de Urgência e na organização necessária para a disponibilização de valências e logísticas mais diferenciadas em tempo útil. (Grupo Português de Triagem, 2000)

O SU é um serviço imprevisível, pode-se constatar no mesmo período, a necessidade de cuidados sem necessidade emergente como o oposto pode ocorrer, e onde é necessária uma abordagem rápida eficaz e sistematizada pela metodologia ABCDE (A- via aérea, B- ventilação, C- circulação, D- disfunção neurológica e E exposição) segundo a *American Heart Association*, para tratar uma situação potencialmente fatal.

A pessoa e família que recorre ao SU, pode viver momentos de angústia quer quando se trata de binómio vida/morte, mas também, em processos de transição saúde/doença. Segundo a teórica Afaf Meleis (1980), estes relacionam-se com uma modificação abrupta no desempenho de papel que resulta da alteração repentina da situação de saúde, da mudança de um estado saudável para vivenciar uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde. (Meleis, 2000). Os cuidados prestados num SU são pelo referido de elevada complexidade e responsabilidade. Posto isto, os profissionais que lidam com estas especificidades devem ser capacitados de todas as competências do saber: saber-saber, saber-ser, saber-estar, para uma melhor abordagem da pessoa e situação, no sentido da humanização de cuidados.

O SU onde realizei estágio, localizado no concelho de Matosinhos, distrito do Porto, designa-se por Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC). Um SUMC,

considerado como nível II, pressupõe um maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/ emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica. (DGS, 2016). O seu funcionamento é em rede, servindo de apoio diferenciado aos serviços de Urgência básica (SUB), isto é, este SUMC serve de retaguarda, como hospital da área de referência a outros hospitais da periferia. Não obstante, se por um lado, o SUMC é referenciado pelos SUB, este por sua vez referencia para Serviços de Urgência Polivalentes (SUP), localizados em hospitais centrais, situações com maior complexidade que transcendam a sua capacidade de resposta ou especialidades médicas inexistentes de permanência no hospital. Este SU integra o Departamento de Emergência e Medicina Intensiva (DEMI) da mesma instituição, que “tem como missão a receção, observação, tratamento e encaminhamento de doentes agudos e emergentes e/ou em situação crítica, em disponibilidade permanente.” (ULSM, 2021)

Este serviço localiza-se no piso -1 do hospital, e tem dois circuitos distintos, desde 2020, e apenas partilham a Sala de Emergência (SE), o circuito/área COVID-19 e não COVID-19, anteriormente à pandemia o serviço era um espaço e circuito único.

O SU é, então, composto por Sala de Triagem (gabinete 1), à entrada, com possibilidade de abrir dois pontos de trabalho com Triagem de Manchester, caso a afluência justifique a necessidade. De seguida apresenta-se a SE, espaço equipado para a receção de 2 pessoas em simultâneo, com a possibilidade de assistir uma terceira. A SE destinada a receber o doente emergente, isto é, que apresenta uma “situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001).

Referente ao restante serviço, na Área Médica, verifica-se uma Sala de Apoio, utilizada por técnicos de cardiologia, para procedimentos como eletrocardiograma e punção para gasometria, para onde são encaminhados após triagem, ativada a “via verde torácica” ou por existir uma prescrição clínica. De seguida a Sala de Despejo, onde para além de serem higienizados dispositivos como urinóis, aparadeiras, são também efetuados determinadas técnicas e cuidados de enfermagem, que pela própria estrutura do serviço não podem ser realizados noutra local por falta de privacidade, como sendo algaliação, enemas de limpeza, higiene e vigilância da integridade cutânea. A Sala de Enfermagem da área médica (Gabinete 18), em frente à sala de espera pós-consulta e gabinetes médicos, dispõe de dois cadeirões, onde os enfermeiros efetuam colheitas de sangue e administram terapêutica prescrita, de seguida a Sala de Tratamento 1 (ST1). Esta dispõe

de saídas de ar, vácuo e oxigênio e preferencialmente são alocadas pessoas que necessitem de manter repouso em maca assegurando a capacidade para 7 macas em simultâneo.

Na área cirúrgica, abarcando as especialidades de cirurgia e ortopedia, encontramos a sala de pequena cirurgia para procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade que não carecem de Bloco operatório, como o exemplo de feridas com necessidade ou não de sutura ou imobilização de membros com gesso. Ainda comum às duas áreas, apresenta-se a Sala de Tratamentos 2 (ST2), considerada uma área de curto internamento, com capacidade para 10 macas e Área de Observação (OBS), exemplo de unidade de cuidados intermédios no próprio SU, que corresponde à alocação de pessoas com patologia do foro cardíaco, cerebrovascular ou cirúrgicos, que necessitem de vigilância e monitorização hemodinâmica e/ou de ventilação não invasiva ou aguardam decisão clínica para internamento ou transferência inter-hospitalar, dispõe de 5 quartos com 16 camas, e com 1 quarto com pressão negativa com capacidade de alocar 2 pessoas infetadas por COVID-19.

A equipa de enfermagem perfaz um total de 101 enfermeiros, destes, 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeira de referência, os restantes enfermeiros perfazem 5 equipas. Existe em cada turno um responsável de turno que preferencialmente é um enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica dadas as suas competências nas diversas áreas como gestão, abordagem ao doente em situação crítica e liderança em situações de exceção e catástrofe. A nível de gestão de serviço e da equipa da área assistencial de enfermagem, como sendo os enfermeiros e assistentes operacionais, é da competência do Enfermeiro Gestor, executar diariamente um plano de distribuição pelas diferentes áreas do SU, em documento próprio para o efeito. Estes profissionais asseguram o funcionamento do serviço por 24 horas, dividido em turnos rotativos, sendo que cada turno é assegurado por 14 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas.

2.4 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O segundo local de estágio foi o SMI, na mesma entidade hospitalar do anterior, que é um serviço de ação médica hospitalar fundado em 2004 e situa-se no piso - 1, que juntamente com o SU integra o Departamento de Emergência e Medicina Intensiva. A emergência Intra hospitalar, está ao cargo da equipa do SMI, e a equipa médica do serviço assegura em colaboração o bom funcionamento da sala de emergência do SU.

O SMI é uma unidade de cuidados intensivos, fechada, de acesso restrito, com capacidade para 21 pessoas internadas, construído em duas fases, a primeira fase (SMI1) datada de 29 de março de 2004 com estrutura *open-space*, com ocupação de 12 unidades, com possibilidade de ter 2 quartos de isolamento e em maio de 2020, a segunda (SMI2), construída em tempo *record* para dar resposta às necessidades da população assolada pela pandemia COVID-19, dispõe de 10 unidade individualizados com antecâmara, pressurizáveis e com ar-condicionado, assim como adequada iluminação natural.

A possibilidade de cenário de exceção ou catástrofe é tida em grande consideração, pelo que são salvaguardadas pelo menos 2 unidades sem atividade e durante a passagem de turno da manhã é revisto entre o enfermeiro responsável de turno e o médico residente, o plano de transferências caso haja entradas de múltiplas vítimas.

Compreende-se que uma UCI é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da pessoa que apresenta falência de uma ou mais funções vitais, cuja situação é potencialmente reversível. Tendo por objetivos principais suportar, recuperar as funções vitais e criar condições para tratamento da doença subjacente, ou seja, proporcionar as oportunidades para uma vida futura com melhor qualidade possível.

A unidade está classificada pela diferenciação de cuidados, nível III, dispõe de equipas, médica e de enfermagem, qualificadas, e em presença física 24 horas, apresenta a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispõe e implementa medidas de controlo contínuo de qualidade, e tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2003).

Na área de acesso ao SMI encontra-se o secretariado da unidade, e os balneários feminino e masculino. A estrutura física dos SMI 1 e SMI2, permite o funcionamento autónomo de ambas as secções e são constituídos por zona de trabalho com balcão, ambos com central de monitorização contínua, sendo que, no SMI1 a estrutura *open-space*

permite visualizar todos os doentes. Já no SMI2 a zona de trabalho localiza-se no centro do serviço e tratam-se de unidades fechadas, pelo que possui videovigilância contínua. Dispõe, ainda, de sala de sujos, zona de apoio ao serviço com casas de banho e copas, armários de aprovisionamento de stock e outro de farmácia, com funcionamento de reposição baseado no método *Kaizen*, que por definição significa melhoria contínua. Este conceito que surgiu há 30 anos no Japão revolucionou a gestão de grandes serviços, significa melhoria contínua na vida pessoal, social e profissional. Quando aplicado no local de trabalho, *Kaizen* significa melhoria contínua envolvendo todos - administração e restantes colaboradores (Imai, s.d.). Localizados no SMI1, existe uma sala com aparelho de gasometria e fibroscópio, uma sala de reuniões para a equipa multidisciplinar e família, gabinetes médicos, gabinete do Diretor do Serviço e outro da Enfermeira Chefe.

Os recursos humanos, assentam em 3 categorias profissionais, a equipa médica, de enfermagem, assistentes operacionais e técnicos. O foco do documento é a equipa de enfermagem, sendo esta constituída por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação presentes 12h por dia, que integram a equipa, ocasionalmente em cuidados gerais para manterem atualizados as competências de cuidar neste ambiente complexo, enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e enfermeiros generalistas.

A equipa de enfermagem, está dividida por 5 equipas de trabalho, constituídas por 9 a 10 enfermeiros, sendo um deles considerado responsável de equipa e consequentemente responsável de turno da mesma. Cabe a este enfermeiro a tomada de decisões durante o turno e/ou substituindo a ausência da chefia.

No SMI, a carga horário/dia é de 12:30, sendo distribuída pelos períodos de dia, 8h00 até 20h30 e noite, 20h00 até 8h30, podendo o primeiro ser dividido em manhã e tarde, perfazendo 6horas.

Uma parte da equipa do SMI, constituída por médico e enfermeiro, ao abrigo do projeto “Seguimento pós internamento no SMI” dirigido a detetar precocemente Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), prevê consultas de seguimento, acompanhamento e encaminhamento para especialidades médicas, se necessário, quer da pessoa como da família/pessoa de referência.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo o Regulamento nº429/2018, de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República, o Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.

Com base nos objetivos específicos previstos para estágio, realizei diversas atividades de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista no âmbito de 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2019) As competências específicas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

3.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No âmbito desta UC, foram definidos, objetivos e atividades para os concretizar, fundamentados mediante as competências comuns do Enfermeiro especialista e específicas de EMC na área de PSC, previstas na OE.

As competências comuns do enfermeiro especialista, centram-se em quatro domínios, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e por último domínio das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Através da análise crítico-reflexiva pretendo evidenciar de que forma me tornei

competente nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de PSC.

3.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Desde que enfermagem é enfermagem que nós enfermeiros somos diariamente confrontados com questões ético-legais. Segundo o estatuto da OE, artigo 99º, que visa os princípios orientadores pelos quais nos regemos, “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com destinatários de cuidados; c) A excelência do exercício profissional em geral na relação com outros profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e ainda no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é referido que os enfermeiros no exercício das suas funções, deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assumi, portanto, desde o primeiro dia, o compromisso de cuidar do outro à luz destes princípios, no sentido de promover a qualidade de vida e humanizar cada vez mais os cuidados de enfermagem.

Para a aquisição de competências neste domínio, estruturei o seguinte objetivo:

- Desenvolver uma prática profissional e ética, agindo em conformidade com os requisitos legais, no campo da enfermagem médico-cirúrgica.

A PSC aos nossos cuidados encontra-se num estado de vulnerabilidade extrema, não sendo raras as vezes que o processo de cura, com todas as intervenções inerentes, acarreta uma invasão da individualidade. Num ambiente não familiar, capacitado de múltipla tecnologia, é mandatório refletir sobre aspetos ético-legais, como a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelas crenças e valores da pessoa. Assim, e entendendo os cuidados como um direito fundamental inerente à dignidade humana, os profissionais devem fundamentar a sua prática em valores de compaixão, competência, justiça e responsabilidade (Vieira, 2017).

No decorrer do estágio em SU, observei que esta preocupação era constante, no sentido de salvaguardar os direitos da pessoa, no entanto e embora o esforço da equipa de enfermagem fosse presente, a própria estrutura física e a afluência elevada de pessoas, não permite o distanciamento entre os utentes, quer fossem autónomos ou não. De igual modo, a escassez de material como cortinas ou biombo, torna o respeito pelo direito à

intimidade um desafio. E ainda, na transmissão de informação, envolvendo questões de saúde da própria pessoa, não era garantida a confidencialidade pelo fato de estarmos perante pessoas em maca ou corredores por vezes sobrelotados, pessoas com défices da acuidade auditiva ou por vezes por não haver sensibilidade por parte do profissional para deslocar a pessoa para local apropriado.

Antes de qualquer procedimento, a pessoa e/ou o seu representante legal deve ser devidamente informado. Este prevê-se que seja um momento de capacitação da pessoa no seu processo de saúde, no que diz respeito ao princípio ético da autonomia, onde é-lhe descrito o procedimento, visando os benefícios e riscos. Segundo a norma nº015/2013 da DGS, “o consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, é uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia. Reflete, em particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida”. No entanto, no âmbito de emergências, este consentimento torna-se num consentimento presumido, isto é, em caso de inconsciência da PSC, o representante legal não está presente e este impasse de decisão pode condicionar risco de vida, assim e agindo pelo princípio da beneficência, pelo bem maior da pessoa.

Neste seguimento, no SMI, onde grande parte das pessoas internadas possam estar sedo-analgésias terapêuticamente e com ventilação mecânica, o que para além de não estarem capazes de decidir relativamente ao seu processo de saúde, estão num estado de além de crítico é vulnerável, cabe ao enfermeiro prestar cuidados humanizados promovendo a proteção dos direitos humanos, valorizando a privacidade e dignidade da pessoa. Os procedimentos cirúrgicos que possam vir a ser necessários, em caso de a pessoa estar sob sedação terapêutica, são explicados e revistos junto da família/pessoa de referência, no entanto noutros procedimentos, o consentimento é essencialmente presumido devido à sedo-analgesia instaurada à maioria das pessoas. Este é equiparado ao consentimento, propriamente dito, segundo as normas da Convenção relativas ao consentimento em saúde do artigo 6º do Código Penal, onde se lê “Proteção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento”, aplicável a menores ou adultos com alteração da consciência. Entende-se, que tal procedimento apenas poderá ser efetuado em benefício direto da pessoa, cabe ao profissional de Saúde, no sentido da promoção do benefício do cuidado da pessoa atendendo às circunstâncias destas, o melhor agir ético, com conhecimento científico e os deveres deontológicos (Deodato, 2017).

A família, a meu ver, é uma peça chave no processo terapêutico da PSC. As informações relativas à pessoa, apenas a família nos pode dar, como gostos ou preferências, ou desejos, nomeadamente quando há barreiras na comunicação verbal. Não obstante, está incluído nas competências específicas do enfermeiro EMC na área de enfermagem de PSC, “Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Há uma preocupação de envolver e conhecer a estrutura familiar e social da pessoa na admissão ao SMI. Neste momento, é entregue um folheto informativo que cria desde cedo uma proximidade com a família e desmistifica o ambiente técnico que rodeia a pessoa. Há preocupação em conhecer não só a família, como também integrá-la no processo terapêutico e caracterizá-la a nível sociocultural, para posteriormente dar acompanhamento em consulta de follow-up/rastreio de SPICI. O primeiro contacto é feito pelo médico e preferencialmente, em conjunto com o enfermeiro, na sala de reuniões, onde são explicados, de forma clara o contexto clínico, a situação atual e o plano de tratamento previsto. É o lugar, onde se recordam os riscos e o esforço incansável de todos os profissionais envolvidos, pelo que este momento cria ansiedade e medo nas famílias. É tão importante este momento, como todo o acompanhamento durante o internamento, e é sem dúvida gratificante ver como esta UCI prima pela humanização de cuidados, dando importância a muito mais do que procedimentos e salvar vidas, porque só humanizando os cuidados é que efetivamente teremos o melhor resultado possível.

O estado de vulnerabilidade da PSC, deve motivar o enfermeiro a prestar cuidados humanizados promovendo a proteção dos direitos humanos, valorizando a privacidade e dignidade da pessoa.

No decorrer de todo este estágio, agi em conformidade com as competências do domínio ético- legal, com atenção ao respeito pelos princípios básicos como autonomia e beneficência, reconhecendo a dignidade da vida humana. Participei ativamente na tomada de decisão em equipa, salvaguardando os interesses da PSC, família e equipa multidisciplinar à luz da melhor prática profissional, ética e legal.

3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A crescente preocupação em relação à qualidade dos cuidados de saúde, tem impacto na prática do cuidar em enfermagem, que deve acompanhar de forma proativa este desenvolvimento com objetivo principal: cuidados de excelência. O enfermeiro especialista, deve ser capaz de rever práticas e resultados, avaliando a qualidade e implementando programas de melhoria, e ainda promover a manutenção de um ambiente seguro, passando pelos padrões de qualidade, que incluem a satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e os autocuidados, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. No decorrer do exercício profissional encontramos muitas barreiras físicas, escassez de recursos humanos para alcançar os objetivos previstos na política de segurança de cada hospital, tendo em vista a premissa de que qualidade é igual a segurança dos cuidados.

Os objetivos delineados neste domínio preveem a aquisição de competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e são os seguintes:

- Desenvolver uma prática que promova a melhoria contínua da qualidade e adquirir competência no âmbito da relação terapêutica e ambiente seguro;
- Promover a prevenção e controlo das infeções associados aos cuidados de saúde (IACS) à PSC;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências inerentes à humanização de cuidados.

O Plano Nacional para a Segurança do doente (PNSD) 2021-2026, tem por objetivo fortalecer e fomentar a segurança dos cuidados de saúde, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Relativamente a boas práticas, deparei-me no SU que as metas previstas no PNSD 2015-2020, para a prevenção de incidentes associados ao exercício profissional e dos cuidados associados, apesar de serem conhecidas não estariam sistematizadas na prática do SU. Preconiza-se, garantir a identificação positiva e inequívoca dos clientes; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança do processo de utilização de fármacos; aumentar a cultura de segurança do ambiente e ambiente cirúrgico; prevenir ocorrências de quedas e de incidência de úlceras por pressão no âmbito hospitalar; garantir e promover a prática de notificação de incidentes com a criação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA); prevenir e controlar as infeções e as resistências aos

antimicrobianos. Assim, assumi como uma oportunidade de melhoria, predispos-me a realizar formação e criar um cartaz em forma de resumo e auxiliador de memória, a ser afixado no serviço e nos ambientes de trabalho dos computadores sobre “Metas Internacionais de segurança para o doente” (Apêndice 3). Lamentavelmente, não consegui concretizar a formação por falta de tempo e disponibilidade da equipa neste contexto.

É sabido que, um simples lapso na identificação da pessoa compromete todo o processo de tratamento inerente, neste sentido, fui exemplo e promotora da aplicabilidade destas metas nos pequenos momentos do quotidiano laboral, desde o primeiro contato com a pessoa e sempre que me foi possível, identifiquei de forma positiva o cliente com dois elementos: nome completo e data de nascimento e reforcei em todos os contactos ou procedimentos.

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (DGS, 2017), correspondendo as siglas: I Identify – identificar o doente; S Situation - situação atual que motivou a admissão no SU; B Background – antecedentes relevantes ou experiências vivenciadas pela PSC com pertinência na situação atual; A Assessment – avaliação, objetivar e reunir o que foi já averiguado como novos achados que justifiquem o caso atual; R Recommendation – Recomendações, indicações clínicas e plano de cuidados implementado para ser dado seguimento. Tendo em conta a imprevisibilidade do SU, e a própria estrutura com pessoas em corredor e salas de espera lotadas, esta abordagem sistematizada que visa treino, garante uma transmissão de informação de cuidados, diminuindo assim os erros associados, potencialmente impactantes na saúde do doente. No entanto a nível do SMI, esta metodologia está bem implementada, sendo possível observar a preparação efetuada pelos colegas para que a transmissão de cuidados na passagem turno seja exímia e com segurança de que todas as informações necessárias, são efetivamente referidas. A passagem de turno está dividida nos seguintes momentos: em equipa, transmite-se o motivo de entrada, estado atual e plano ou prognóstico – de forma que equipa do turno conhece os doentes presentes no serviço. Após este momento, ocorre a passagem de informação na unidade de cada utentes, e para o colega que irá ficar responsável pelo mesmo. De seguida, o enfermeiro responsável que acompanha a passagem de turno dos médicos com o intuito de salvaguardar os dados da vigilância de enfermagem e intervir, se for o caso, no melhor interesse da pessoa, transmite a cada

enfermeiro informações relevantes e dá a conhecer o plano clínico para a pessoa aos seus cuidados.

Com o intuito de otimizar os cuidados prestados com a máxima segurança, o responsável de turno do SMI, no final da passagem de turno, faz um briefing de segurança e reforça alguns itens importantes como, identificação de pessoas com nomes similares, risco de queda, via área difícil, risco de extubação, perfusão de aminas em cateter venoso periférico, isolamentos e alergias medicamentosas.

As falhas associadas à identificação de doentes são causa comum de erros, quer seja na administração de medicação, hemoderivados, como na realização de procedimentos e/ou métodos de diagnóstico. A identificação inequívoca assegura a realização de atos às pessoas corretas evitando incidentes de gravidade para os doentes. Melhorar a segurança associada à administração de fármacos é uma meta internacional de segurança do doente. Neste campo destaco dois tópicos: o primeiro, relacionado com a categorização dos fármacos e subdivido em medicamentos de Alerta Máximo e medicamentos “LASA” e sua constituição e a outra categoria, relacionada com todo o procedimento no âmbito dos cuidados de enfermagem. Os fármacos de Alerta Máximo, ou de alto risco foram identificados por possuírem risco aumentado de provocar dano significativo à pessoa, na consequência de falhas no seu processo de utilização. Não obstante, os erros que possam ocorrer com estes medicamentos não são os mais frequentes, mas suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte e, ainda, aumentar os custos associados aos cuidados de saúde prestados ao doente (DGS, 2015). Os chamados medicamentos “LASA” (Look-Alike/Sound-Alike), segundo a norma nº020/2014 da DGS, assim designados pelas siglas que os caracterizam, são por definição medicamentos cujo recipiente inicial é semelhante a outros, e /ou a fonética dos nomes pode induzir em erro. Neste ponto, o SU possui o carro de medicação da Sala de Enfermagem organizado e com estes fármacos devidamente identificados. No que concerne ao procedimento de administração de fármacos, fruto da dinâmica de trabalho, há um claro risco nesta área. A rotação de doentes no SU é avultada, pelo que por si só cria um ambiente com propensão ao erro, onde nem sempre existe um cuidar holístico ou contínuo. É comum observarem-se os cuidados de enfermagem e intervenções serem executados à tarefa e não de forma sistematizada: o enfermeiro que punciona um acesso venoso para colocação de catéter, não é o mesmo que prepara a terapêutica, mas, no entanto, é quem administra os fármacos preparados por outro, perpetuando, assim o risco de ocorrer o erro. Segundo a OE, a administração de fármacos

deve obedecer a nove certos: Pessoa, medicação, via, horário, dose, registo, orientação, forma e resposta certos. Aos cinco certos, preconizados anteriormente, acrescentamos mais quatro momentos de confirmação que são referentes à monitorização da reação do fármaco e documentação da administração. O cumprimento destas verificações diminui o risco de erro, e caso ocorra possa ser detetado atempadamente.

A prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), são uma preocupação presente. Este tipo de infeções adquiridas pela pessoa no decorrer dos cuidados de saúde, podem afetar os profissionais no decorrer da sua prática laboral. (Ministério da Saúde, 2007). Os procedimentos invasivos, aumentam o risco da infeção, tornando imperativo adotar medidas de prevenção para reduzir a incidência destes casos.

O Programa “STOP Infeção Hospitalar” que visa a redução da incidência de IACS em 50%, tem como objetivo quatro focos de intervenção, a redução da infeção associada a cateter venoso central (CVC), redução da pneumonia associada à intubação (PAI), a redução da infeção do local cirúrgico e a redução de infeção associada a cateteres vesicais. Paralelamente a estes feixes de intervenção, mantemos a consciencialização dos profissionais de saúde, família e utentes da importância da higienização das mãos. A equipa do SMI, está atenta e fomenta a implementação destas boas práticas, tendo protocolos internos baseados nas normas da DGS e na melhor evidência científica. No sentido de aprofundar competências no domínio da melhoria contínua, e desta forma promover a prevenção e controlo das infeções associados aos cuidados de saúde (IACS) à PSC, colaborei na prestação de cuidados seguros e de qualidade, participando no programa de auditorias aos cuidados de saúde executados no SMI, com objetivo de prevenir a PAVI e infeções associadas à colocação e manutenção do CVC. Neste seguimento, tive oportunidade participar em momentos critico-reflexivos diários relativos à necessidade de manter dispositivos médicos invasivos.

No SMI, o conceito de cuidados humanizados à PSC, família e equipa está presente na filosofia de trabalho da equipa. Pelo que, decidi fazer um levantamento de necessidades relativas a este tema, e com apoio e interesse da equipa em geral, realizei uma auditoria interna orientada pelo Programa de Certificação de Humanização das Unidades de Terapia Intensiva (HU-CI) (Apêndice 4). Este programa prevê ações e intervenções práticas com a implementação de 160 boas práticas para a humanização de cuidados, nas várias vertentes: flexibilidade de horário de visitas, presença e participação da família nos cuidados; comunicação; bem-estar da pessoa e do profissional; prevenção, deteção precoce e acompanhamento do SPICI; cuidados em fim de vida e ainda,

infraestrutura humanizada. Após análise dos resultados da auditoria, penso ser seguro referir que esta UCI citada ao longo do relatório, é um exemplo que devia ter transversalidade a todas as unidades nacionais. Os cuidados em fim de vida, é o tópico menos desenvolvido ou que há menos evidencia disso, como pontos mais sólidos, saliento o cuidado ao profissional, o seguimento à família e pessoa com SPICI e a comunicação. São cumpridas a maioria das boas práticas preconizadas no manual da HU-CI no quotidiano do SMI, podendo a unidade candidatar-se a certificação e reconhecimento de UCI humanizada à luz deste programa.

Como futura enfermeira especialista, detetei oportunidades de melhoria e agi em conformidade, não só deixando o meu contributo ao SU e SMI, promovendo a melhoria continua dos cuidados, bem como aprofundei conhecimentos tendo por base evidencia científica.

3.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito das competências do Domínio da Gestão dos Cuidados, subentende-se a gestão dos cuidados, otimização da resposta da equipa de enfermagem e a articulação entre equipas multidisciplinares, bem como a adoção do perfil de liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para aquisição de competências neste domínio formulei o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências na área da gestão de cuidados à pessoa em situação crítica.

Durante a permanência no SU, tive oportunidade de experienciar situações em que a equipa, de forma direta e indireta, influenciaram a qualidade dos cuidados prestados, pela tomada de decisões autónomas.

Na Sala de Triagem, durante a aplicação do Protocolo de Triagem Manchester, o enfermeiro alocado a este posto de trabalho gere o atendimento dos doentes e a carga de trabalho dos colegas, distribuindo os doentes por áreas do SU tendo em conta as queixas que motivaram a ida ao SU. Não obstante, considero, que a gestão do trabalho num contexto de urgência é executada em vários momentos. O enfermeiro gestor ou na sua ausência o enfermeiro responsável da equipa, desempenham um papel dinâmico na criação de horários e distribuição de elementos, planeamento e reforço de enfermeiros em

determinadas áreas do SU em caso de cenários de múltiplas vítimas – gestão de recursos humanos, na divulgação e implementação de normas e procedimentos, na gestão de recursos materiais, que influenciam diretamente a prestação de cuidados.

Neste âmbito de gestão de cuidados, urge a necessidade de humanizar os cuidados. Após a pandemia e com distanciamento obrigatório muitas foram as consequências psicológicas, quer para familiares, como também, para própria PSC em contexto de urgência. Segundo a DGS, com base num estudo observacional, a pandemia por COVID-19 teve um importante impacto na saúde global, nomeadamente na saúde mental, como resultado direto da infeção viral, mas também devido às alterações sociais e económicas resultantes, em grande parte, das medidas adotadas para controlar a disseminação do vírus a nível mundial. Ressalvam-se os casos de lutos penosos, devido ao fato de os familiares, privados da possibilidade de acompanhar a nível hospitalar, não verem a pessoa durante o internamento na morte do seu ente querido.

A humanização dos cuidados de enfermagem, já havia dado passos, ou não estivesse na base da profissão, no entanto, acredito que depois da pandemia por COVID-19, a realidade dos cuidados irá ser moldada no sentido de criar uma proximidade com a pessoa e família, a relação na base dos cuidados.

Ainda no âmbito deste domínio, e relativamente ao período de estágio no SMI, constatei que há, efetivamente, uma preocupação em assegurar quer as dotações seguras, quer as condições de bem-estar dos enfermeiros, passando pelos recursos materiais necessário, no entanto, proporcionar as condições ideais para um exercício de excelência, está dependente de vários fatores, que muitas vezes nada depende do enfermeiro responsável pelo serviço. É este elemento, que em conjunto com o médico residente, planeia altas/transferências hipotéticas em caso terem de dar resposta a alguma catástrofe ou situação de exceção e revém as vagas para o dia. Segundo a norma de cálculo de dotações seguras, define que os requisitos mínimos para UCI de nível III, são enfermeiro/utente, 1/1, como de forma assegurar os cuidados necessários ao doente crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Relativamente a estas, não se verifica em todos os turnos, e para ajustar os cálculos e a previsibilidade média, a equipa tinha especial atenção no preenchimento da ferramenta de avaliação de carga de trabalho de enfermagem, a utilizada e mais atual, é o *Nursing Activities Score* (NAS). Este instrumento informático descreve o tempo consumido por cada enfermeiro nos cuidados de enfermagem à pessoa internada. O NAS permite avaliar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, baseando essa avaliação no total de tempo gasto na

prestação de cuidados de enfermagem, independentemente do grau de gravidade do doente crítico. Através de uma avaliação correta da carga de trabalho, em horas, de cada enfermeiro na prestação de cuidados à PSC, seria possível reduzir o excesso da carga de trabalho, cumprindo as recomendações de rácio enfermeiro/doente para UCI nível III. Apesar de ser um instrumento de avaliação da duração dos cuidados de enfermagem, independentemente da gravidade da situação clínica, mas que o tempo despendido traduz efetivamente a gravidade da doença.

Não obstante desta necessidade de equilibrar a carga horária e dotações, e tendo por base a filosofia multifatorial da humanização de cuidados, na perspetiva do bem-estar da equipa, o SMI pratica todas as manhãs o momento “time out”. Este visa, realizar alongamentos e meditar, relaxar, favorecendo o bem-estar da equipa. A equipa fomenta atividades dinâmicas, como a prática de desportos “out-door” e ainda, num mural, praticam-se charadas e partilham-se vivências pessoais de cada profissional, como nascimentos, aniversários e casamentos. A motivação é uma ferramenta importante para o desenvolvimento das potencialidades dos enfermeiros, visando melhores relacionamentos interpessoais dentro da equipa culminando numa assistência de qualidade aos seus clientes (Bezerra, Andrade, Andrade, Vieira, & Pimentel, 2010).

A enfermagem, na sua essência, gere constantemente recursos materiais e humanos na capacidade de delinear prioridades. A gestão é necessária para que a profissão se desenvolva e para que os cuidados prestados sejam de qualidade e com segurança, com vista a excelência de cuidados e conseqüentemente a sua humanização.

Sendo conhecedora das competências do Enfermeiro Especialista, e orientando o exercício profissional para a prática crítico-reflexiva de forma a garantir a qualidade, segurança e humanização, julgo ter atingido os objetivos a que me propus neste domínio.

3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que se prende a este domínio, o autoconhecimento, a assertividade, integrada numa prática clínica especializada, fundamentada em padrões sólidos de conhecimento, como competências a desenvolve, são palavras-chave. O enfermeiro especialista deve ser proativo nas suas aprendizagens, ter a urgência de saber mais e melhor e fomentar esse espírito no restante equipa, sendo agente facilitador de mudança e procura de uma melhor evidencia para poder aplicar a prática.

Neste domínio, elaborei uma lista de objetivos no sentido de desenvolver conhecimentos e adquirir competências, tendo por base a prática clínica aliada à evidência científica:

- Conhecer e integrar a dinâmica funcional do serviço;
- Integrar a equipa de enfermagem multidisciplinar;
- Desenvolver competências específicas técnicas e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados em EMC à PSC;
- Identificar as complicações mais comuns, no sentido de desenvolver competências específicas na sua prevenção, deteção, atuação e recuperação.

A própria busca por conhecimento, que motivou a inscrição neste curso de Mestrado em Enfermagem, emana a minha competência para procurar novas aprendizagens dentro da minha área profissional. A postura empática, proativa, envolvimento e compromisso foi o veículo para conhecer o SU e as suas equipas multidisciplinares e as dinâmicas e funções correspondentes a cada elemento, os sistemas de informação e de documentação, as normas.

Durante o estágio reservei tempo para acompanhar e observar o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira de Referência com intuito de adquirir e desenvolver competências relativamente às dotações, como é gerido o serviço, a nível de logística e recursos materiais e humanos. Foi na criação de relações terapêuticas com as pessoas e a família que aprofundei competências na comunicação e ético-deontológicas.

Com base nos cuidados, na pesquisa e na reflexão crítica, quer fosse sozinha ou em equipa, que desenvolvi e aprofundei conhecimentos na atuação em situações clínicas mais comuns no SU e nas complicações associadas, aprofundei conhecimento relativo aos procedimentos mais característicos do SU, bem como sobre fármacos mais usados e específicos a serem utilizados em situações de emergência. Neste ponto, a equipa de enfermagem criou auxiliares de memória disponíveis nos carros de emergência para facilitar sua preparação e utilização.

Ainda referente à utilização da sala de SE, a articulação coordenada e quase sincronizada entre a equipa multidisciplinar, em cada enfermeiro sabe-se posicionar e as funções que lhe compete, foi uma realidade constante e inequivocamente vivenciada no decurso deste estágio. A coordenação/coesão da equipa multidisciplinar na sala de emergência é, portanto, essencial para o sucesso da abordagem ao doente crítico.

A visão do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (na área da pessoa em situação crítica) considera a complexidade das situações de saúde e respostas necessárias, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A SE dispõe de duas unidades equipadas de todo o tipo de equipamento para uma abordagem sistematizada, em ABCDE (A via aérea, B ventilação, C circulação, D disfunção neurológica e E exposição), adequada à PSC. O enfermeiro alocado no plano de trabalho à SE, tem como principal função garantir a resposta da equipa de enfermagem na abordagem ao doente crítico. O material disponível na sala é conferido diariamente por este enfermeiro, e a data de validade do material é revista mensalmente, pelo enfermeiro escalado para o efeito.

Aquando da ativação/abertura da SE, há um contacto telefónico para o médico intensivista que lhe dá apoio, pelo número 2222 (que se encontra de permanência no SMI) e é acionado o sinal sonoro, alertando a restante equipa do SU de que a SE está a ser utilizada e que, caso necessário, poderão ser mobilizados recursos humanos para áreas diferentes do estipulado em distribuição.

No decorrer do aprofundar deste domínio, pude ter contacto com a articulação com o meio extra-hospitalar, com a utilização de compressor torácico mecânico denominado de LUCAS numa pessoa em paragem cardiorrespiratória em manobras de suporte avançado de vida, não tendo sido possível a reversão da PCR, lamentavelmente o desfecho foi um óbito. A comunicação de más notícias, não seguiu a metodologia SPIKES pela situação inesperada inerente ao caso. O ideal teria sido a aplicação desta metodologia SPIKES, que reúne 6 momentos sequenciais: S (*setting up*) – onde há um cuidado na preparação do ambiente, isolado onde não haja interrupções e com privacidade); P (*Perception*) – Interligado a este caso citado, procurar saber o que a família sabia do acontecimento; I (*Inviction*) – Averiguar o que a família desejava saber face ao acontecimento; K (*Knowlegde*) – informar do acontecimento/ dar a notícia, perceber se a mensagem transmitida foi apreendida; E (*Emotion*) – considerada uma das fases crucias da metodologia que pressupõe a identificação e validação das emoções, e o apoio emocional. Por norma, o medo e a angústia podem estar associados e como tal, ocasionalmente pode surgir raiva direcionada ao profissional de saúde; S (*Strategy*) – onde se poderia sugerir um acompanhamento, falar do planeado no caso de transições de saúde. O elo comum em toda a metodologia, é a linguagem clara e verdadeira sempre na base do respeito das emoções do recetor.

A operacionalidade da “via verde” AVC, para tratamento em tempo útil, com a abordagem FAST imediatamente na triagem: F (*Face*)- observar de imediato se existe uma assimetria, ptose ou desvio; A (*Arms*)- observar e explorar prevalência de parésia ou plégia, pressupõe a elevação dos membros superiores em simultâneo e é lhe pedido para manter alguns segundos, no caso de um dos braços descair está confirmado um sinal de déficit motor; S (*Speech*) – referente ao discurso, preconizado efetuar despiste de disartria ou afasia; T (*Time*) – averiguar a hora do início de sintomas corresponde à última vez que foi vista sem os défices referidos. Esta abordagem pode ser aplicada por profissionais de forma imediata, mas também por familiares para despiste atempado e atuação em caso de suspeita de AVC, inclusive foi lançado, a nível mundial a campanha educativa que conta com o apoio da Organização Mundial do AVC, chamada “*FAST112*” retrata crianças, menores de idade que treinadas para deteção precoce de AVC nos avós, em versão Super-heróis de banda desenhada.

Referente à operacionalização da via verde coronária, identificada na triagem, está preconizado a execução de um eletrocardiograma até 10 minutos da avaliação pelo enfermeiro triador. No caso de se tratar de um enfarte agudo com supra-desnívelamento do segmento de ST (EEAMSST), dá entrada para a SE, onde é administrada a terapêutica protocolada, efetuada punção venosa periférica bilateral e como este SU não dispõe de serviço de hemodinâmica para tratamento, procede-se à transferência imediata para um SUP. A pessoa é transferida sob acompanhamento de médico e enfermeiro pelo risco de arritmia, segundo score para avaliação de risco para transporte secundário (SPCI, 2008), para se proceder a revascularização do miocárdio por cateterismo cardíaco urgente.

Em caso de síndrome coronário agudo, estável, sem EEAMSST, a pessoa permanece no SU até à transferência para UCIP ou SMI. A monitorização hemodinâmica por risco de arritmia ou deteção de sinais de instabilidade, o doseamento seriado de marcadores de necrose do miocárdio são boas-práticas cruciais para a vida da pessoa até agilizar intervenção programada percutânea de revascularização coronária.

A SE tem um diversificado leque oportunidades de aprendizagem, todas elas inesperadas. Ressalvo a colaboração em técnicas mais diferenciadas, como a colocação de dreno torácico em PSC com pneumotórax espontâneo à esquerda com dispneia aguda em esforço respiratório e assimetria do tórax, apresentava ciclos respiratórios acima de 30c/min, hipotenso com aumento do tempo de preenchimento capilar, sonolência e diaforese e, portanto, com sinais de instabilidade e exaustão. Após a colocação do dreno a pessoa mantinha, ainda, sinais de instabilidade hemodinâmica, iniciou, então, ventilação

não invasiva (VNI), para otimização das trocas gasosas e recuperação do quadro hemodinâmico, que surtiu efeito. Manteve-se na SE cerca de 2 horas, durante esse tempo foi efetuada a abordagem ABCDE já descrita no relatório, para confirmar evolução do quadro crítico.

O SMI, apesar da complexidade de cuidados, tem um ambiente mais controlado e um registo de trabalho mais sistematizado. No entanto, podem ocorrer situações inesperadas, para as quais a equipa precisa de estar preparada com os melhores conhecimentos e competências técnico-científicas. O EEEMC deve mobilizar conhecimentos e possuir competências específicas, que o capacitem para antecipar situações de risco de vida da pessoa.

Este serviço tem uma metodologia de trabalho sistematizada, mas aliada à humanização de cuidados. O primeiro dia de estágio foi intimidante, constatando uma realidade diferente do âmbito onde desempenha funções, mais tecnológica, com pessoas dependentes de ventiladores e fármacos vasopressores para manter funções vitais e por isso, alguns deles, sedo-analgesiados.

É necessária uma especificidade de competências e cuidados especializados para primeiro, não deixar de ver a pessoa como um ser vulnerável com sentimentos e com contexto familiar e social particular, segundo, o enfermeiro tem de ser capaz de detetar ou atempar alterações no estado de saúde desta pessoa, já que esta está, muitas vezes, impedida de comunicar.

A pessoa internada num SMI, tem a perceção da realidade frequentemente deturpada, devido ao ambiente desconhecido onde estão inseridos, às intervenções invasivas constantes às quais são sujeitos, e aos fármacos administrados, nomeadamente opióides e benzodiazepinas, desenvolvendo quadros de *delirium* durante o internamento. Este, traduz-se num estado confusional agudo que representa uma disfunção cerebral aguda, que pode ser potenciada por fármacos, privação de ambiente habitual e alteração da perceção do meio hospitalar, envolvendo uma ampla variedade de manifestações clínicas. Apesar de estar associado a um comprovado aumento da morbilidade e mortalidade, é ainda subvalorizado pelos enfermeiros (Pereira, et al., 2016), nestes casos, pode ocorrer a auto-extubação do tubo orotraqueal, remoção de catéteres e outros dispositivos invasivos, prolongando a necessidade de ventilação mecânica e conseqüente aumento do tempo de internamento (Faria & Moreno, 2013).

Os cuidados de enfermagem humanizados e especializados, podem prevenir quadros de *delirium*. O enfermeiro tem um papel privilegiado no contacto com a pessoa

e deve incentivar à comunicação e reorientar temporoespacialmente o doente e incentivar o envolvimento familiar no mesmo sentido.

As intervenções não farmacológicas, como a mobilização precoce e cuidados de reabilitação como mobilização passiva estão preconizadas na prevenção do *delirium*. Ainda, a promoção da comunicação verbal e não verbal, ressaltando o recurso à utilização de pictogramas e outras estratégias na impossibilidade de comunicar verbalmente, deve ser priorizada. Sempre que possível, as próteses adaptativas da pessoa como próteses auditivas ou visuais devem ser colocadas, para facilitar a compreensão e percepção do ambiente. A reorientação no tempo, espaço e pessoa pode passar por manter objetos pessoais dentro da unidade, manter um relógio e calendários visíveis ou ver as notícias diárias na televisão.

A otimização do padrão de sono, é crucial nestas pessoas. O enfermeiro deve-se certificar que, no período noturno são reunidas as condições ideais para o descanso, como a redução de ruído e da luminosidade, devem ainda ser minimizadas as intervenções durante a noite, bem como minimizar as restrições físicas, podendo optar por medidas farmacológicas como indutores de sono com intuito de minimizar a sedação com benzodiazepinas, assim que possível.

Desenvolvi competências na utilização de escalas para deteção ou diagnóstico de *delirium*, como *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* e *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*, que já possuía conhecimento teórico das mesmas através das aulas do curso de mestrado.

A equipa de enfermagem e clínica, na impossibilidade de a pessoa estar consciente, institui o diário para o doente do seu internamento no SMI, com o objetivo de relembrar o período de internamento e colmatar lacunas de memória, ajudando no caminho da recuperação. Este documento, é preenchido pelos profissionais de saúde e a família é convidada a participar, inclusive, aplicam por vezes um diário nos seus domicílios para que possam relatar todas as vivências das quais a pessoa não pôde usufruir. O diário do internamento, é constituído por relatos de eventos ocorridos e emoções, podendo contar fotografias da evolução da pessoa, e é considerado uma ferramenta essencial na humanização de cuidados. É importante para dar significado e coerência às memórias da pessoa para que, inclusive, consiga ordená-las numa linha de tempo, facilitando a compreensão e processamento das experiências no serviço de cuidados intensivos (Tavares, et al., 2019). O diário, é considerado um instrumento na prevenção ou na recuperação do SPICI psicológico. Deve ser constituído por entradas de,

pelo menos, uma vez dia e de todas as alterações do estado clínico, incluindo agravamento, períodos de agitação ou *delirium*, bem como, fotografias para acompanhar as alterações da imagem a sua auto- percepção (Jones, 2009), no sentido de promover o pensamento lógico da pessoa após a alta, desmistificar alguns sonhos ou alucinações que possam permanecer.

Os cuidados especializados à PSC, não se cingem ao SMI, prolongam-se até pelo menos 3 meses do momento da alta clínica dos cuidados intensivos e é realizada uma avaliação das sequelas e o impacto do internamento na qualidade de vida da pessoa e família.

Foi criada em 2004, a consulta de Follow-up. Em 2017 surge com outra metodologia, a consulta “Seguimento pós internamento no SMI” abrangendo a família no plano de cuidados e com objetivo de dar resposta às necessidades individuais da pessoa e família. Reavalia o estado geral da pessoa que esteve internada, física, psicológica e cognitivamente, bem como a situação familiar face à recuperação e por vezes, à adaptação a novos papéis familiares. Apenas uma pequena parte dos enfermeiros e médicos do SMI são responsáveis por dar resposta a estes momentos. Identificam o risco que a pessoa tem de vir a desenvolver SPICI, prevenindo e encaminhando para especialidades para reabilitação, psicológica e referenciando acompanhamento na sua unidade de saúde local. No sentido de prevenir o SPICI, a equipa do SMI foi trabalhando no sentido de promover as melhores práticas, e foram criados ou atualizados os protocolos nesse sentido. Na admissão da pessoa ao SMI, é entregue um formulário à família, de forma a caracterizar a pessoa, o ambiente familiar e sociocultural. O intuito é que a consulta seja personalizada, e dirigida às necessidades de cada contexto. Consegui durante o estágio conhecer e estudar os protocolos em vigor no serviço, e deste modo fundamentar a minha prática, bem como participar das consultas de seguimento.

No que respeita à prestação de cuidados técnicos, que envolvem alta complexidade e diferenciação, consolidei competências no cuidado à PSC em várias vertentes, como monitorização invasiva, técnica de substituição renal, ventilação mecânica e desmame ventilatório. A monitorização cardiovascular invasiva permite a vigilância contínua de funções sistémicas do organismo, através do estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea, pela observação e interpretação metódica dos parâmetros correlacionando com a situação e estado clínico. A vigilância hemodinâmica assume uma importância particular, uma vez que dado à situação de

falência multiorgânica da pessoa pode ocorrer instabilidade hemodinâmica a qualquer momento, e ser necessária uma intervenção diferenciada de enfermagem.

A ventilação mecânica é uma técnica invasiva, que pressupõe uma via área artificial, considerada como um método de suporte da função respiratória, que pode assumir diferentes modalidades e parâmetros em função das necessidades de cada pessoa em estado crítico, com objetivo de tratamento de pessoas com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Esta técnica, pelos dispositivos inerentes, quer seja tubo orotraqueal ou traqueostomia, pode causar desconforto e/ou dor à PSC, merece especial vigilância pela incapacidade, por vezes, da pessoa comunicar as suas necessidades. A dinâmica ventilatória também é alterada pela ventilação artificial. Há alterações das pressões intratorácicas e os ciclos do ventilador contrariam, muitas vezes, o ritmo fisiológico do doente. Existem diferentes modos ventilatórios, desde modos controlados unicamente pelo ventilador (por pressão ou por volume), há modos ventilatórios mais sincronizados, em que o ventilador adapta os ciclos aos movimentos espontâneos do doente. Sempre que é utilizado o modo controlado há imposição do trabalho ventilatório pela máquina interferindo com os parâmetros fisiológicos, razão pela qual se recorre à terapêutica farmacológica para proporcionar a adaptação do doente ao ventilador. São administrados sedativos a que se associa, em algumas situações, relaxantes musculares para provocar a paralisia dos músculos respiratórios.

As técnicas de substituição renal (TSR) são complexas, e exigem experiências e conhecimento e foram uma novidade a nível prático para mim, pude observar na preparação da pessoa e do aparelho de hemofiltração venosa-venosa contínua. O recurso a esta técnica teve por objetivo corrigir os níveis de uremia, alterações eletrolíticas e de excesso de volume de líquidos, conforme a tolerância hemodinâmica da pessoa. Esta técnica é considerada com menos riscos, pela forma gradual no tempo, mais lenta que a hemodialise convencional, e do ponto de vista da situação crítica oferece maior estabilidade à pessoa.

Em suma, desenvolvi atividades que me permitiram atingir os objetivos proposto neste domínio, tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

4. CONCLUSÃO

Esta UC consistiu numa descoberta e consolidação de novas experiências e conhecimentos, que consolidaram a componente teórica, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional no caminho da especialização e da excelência. Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente diferenciados, que exigem um plano de intervenção especializado centrado na necessidade da pessoa em situação crítica, assim como da sua família, prevenindo complicações e promovendo a recuperação e a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018), não dissociável a humanização destes cuidados com vista ao melhor desfecho possível para todas as partes envolvidas no processo.

O EEEMC com especialização na área da PSC assume um papel decisivo na resposta às necessidades destas pessoas ao mobilizar conhecimentos científicos e técnicos, baseados na melhor evidência científica. E esta evidência demonstra que não podem existir cuidados de excelência de enfermagem sem humanizar os mesmos, com este princípio envolver a família e desenvolver um plano de intervenção específico, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados.

E foi na crescente necessidade pessoal de aprofundar conhecimentos e melhorar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na perspetiva de conseguir ter uma visão mais abrangente da implementação da humanização de cuidados, que recorri a este investimento pessoal e profissional neste curso. O presente documento, com objetivo de meio de avaliação, mas não só, demonstra de forma objetiva e clara as competências que adquiri na área da especialização, que possibilitarão a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Efetuada uma análise retrospectiva do meu percurso académico, do qual me orgulho, regi-me por um exercício profissional ético e legal, respeitando os direitos humanos e a dignidade humana, desenvolvi capacidades de trabalhar adequadamente em diferentes equipas multidisciplinares, demonstrando habilidade de integrar novas equipas e disponibilidade, participando ativamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

Predispus-me a aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, efetuando levantamento das necessidades de cada serviço e apresentando sugestões de melhoria.

Relativamente à área da humanização de cuidados, desenvolvi um profundo conhecimento. É um tema que desperta o melhor de mim, e foi tida em conta nos dois contextos de estágio. Desenvolvi, no âmbito do SU um poster com o mote da segurança dos cuidados, era essencial para poder abrir portas à implementação da humanização de cuidados. Sinto que neste contexto que há um longo caminho a percorrer, contrastando com o SMI cujas medidas de segurança e qualidade são uma realidade dinâmica entre a equipa e que estão predispostos e atentos à implementação de cuidados humanizados. Estes dois locais permitiram-me aprofundar conhecimentos através de pesquisas e experiências, procurando melhorar os cuidados humanizados e consequentemente a qualidade e segurança dos cuidados.

Com a elaboração da Revisão Integrativa, Humanização de Cuidados em UCI, sinto que desenvolvi competências na área da investigação, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional. De futuro servirá de veículo para promover o desenvolvimento de outros colegas.

O tempo de passagem por cada local de estágio foi reduzido, analiso como um constrangimento, de certa forma, para aprofundar conhecimentos da forma que desejava. No domínio da gestão de cuidados posso assumir que desenvolvi as competências esperadas de um Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao demonstrar capacidade de gerir cuidados de enfermagem, otimizando o trabalho de equipa adequando os recursos à necessidade de cuidados.

Desenvolvi a assertividade e reflexão, tendo presente os meus limites pessoais e profissionais, procurando proactivamente novas oportunidades de aprendizagem, ao identificar défice de conhecimento complementando, ainda com pesquisa autónoma com a melhor evidência científica.

De futuro, pretendo aplicar os conhecimentos e competências adquiridos durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, enaltecendo enfermagem como profissão e disciplina.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (s.d.). Obtido de RCP LUCAS: <https://www.lucas-cpr.com/pt/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- DGS. (14 de Novembro de 2001). *Rede de referência hospitalar de urgência e emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- DGS. (30 de dezembro de 2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. *norma 020/2014*.
- DGS. (04 de novembro de 2015). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. *norma 015/2013*.
- DGS. (06 de agosto de 2015). Medicamentos de Alerta Máximo. *norma nº014/2015*, p. 2015.
- DGS. (2016). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência.
- DGS. (08 de fevereiro de 2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saude. *norma 001/2017*.
- DGS. (09 de 01 de 2018). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Grupo Portugues de Triage. (2000). *Protocolo de Manchester*. Obtido de <https://www.grupoportuguestriage.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Heróis FAST*. (s.d.). Obtido de <https://pt-pt.fastheroes.com/about-2/>
- HU-CI, G. d. (2019). *Manual de boas práticas de humanização de unidades de Terapia Intensiva*. Madrid.
- Imai, M. (s.d.). *Kaizen institute*. Obtido de https://pt.kaizen.com/o-que-e-kaizen#definition_kaizen
- Médicos, O. d. (22 de abril de 1994). *Crítérios de morte cerebral*. Obtido de https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=237&tabela=leis

- Meleis, A. e. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*.
- Ministério da Saúde, m.-s. (2003). *Direção de serviços de planeamento* .
- Ordem dos enfermeiros. (Setembro de 4 de 1998). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). código deontológico do enfermeiro. p. 10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2015). código deontológico dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2ªserie, 26).
- saude, m. d. (2002). Despacho normativo 11/2002. Portugal.
- SPCI. (2008). *Recomendações para Transporte de Doentes Críticos*. Obtido de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- ULSM. (2021). *Departamento de Emergência e Medicina Intensiva*. Obtido de Unidade Local de Saude de Matosinhos: <https://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

6. APÊNDICES

APÊNDICE 1- Revisão Integrativa da Literatura “Fatores que influenciam a implementação de cuidados Humanizados de cuidados na UCI”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Humanização de cuidados em Unidades de Cuidados Intensivos

Ana Luísa Maia Lopes

Porto, janeiro 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Humanização de cuidados em Unidades de Cuidados Intensivos

Trabalho para a Unidade Curricular de Estágio final e Relatório Sob orientação da Professora Doutora Amélia Ferreira

Elaborado por:
Ana Luísa Maia Lopes

Porto, janeiro de 2023

LISTA DE SIGLAS E ABERVIATURAS

JBÍ - Joanna Briggs Institute

PCC - População, Conceito e Contexto

PSC – Pessoa em Situação Crítica

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. Enquadramento teórico: Humanização de Cuidados nas UCI	4
2. METODOLOGIA	6
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSSÃO	9
CONCLUSÃO	10
BIBLIOGRAFIA	11
ANEXOS	13

Figuras

Figura 1 – Processo de identificação dos estudos - PRISMA Diagram flow

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio final e estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2021/2022, foi proposto pela docente a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, cujo tema foi escolhido face ao meu interesse sobre o mesmo e de forma a aprofundar conhecimentos e adquirir para servir de mote para realizar o relatório final.

A consciencialização da necessidade de humanizar as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), tem tido maior enfoque nos últimos anos, surgiu uma necessidade de promover um ambiente com melhores condições de bem-estar, integridade física e emocional, para a pessoa, família e equipa assistencial (Pereira, 2012). Os cuidados centrados na pessoa e a sua essência humana, como o centro do cuidado e do princípio de que regem a profissão, havendo evidência que não só os cuidados científicos e tecnológicos curam e previnem sequelas, mas o melhor resultado possível para a pessoa e família, surge quando estes são aplicados com cuidados humanizados. Falar de humanização nos sistemas de saúde é escutar o grito do homem ou da mulher frágil e vulnerável que quando sofre, enferma ou morre, quer ser considerado, valorizado, tratado como pessoa humana até ao fim. (Vieira, 2017)

A revisão integrativa da literatura tem o objetivo de reunir e sintetizar os resultados de outras pesquisas elaboradas sobre determinado tema, de forma sistematizada e organizada culminando num aprofundar de conhecimentos sobre o mesmo. O documento encontra-se dividido em cinco capítulos, onde neles são descritos todo o trabalho desenvolvido. No primeiro capítulo é realizada uma breve contextualização da temática escolhida. O segundo capítulo é dedicado à metodologia utilizada na elaboração da revisão integrativa e o terceiro é referente aos resultados obtidos, através da tabela de evidências. No quarto capítulo reflete-se a discussão dos resultados referentes aos artigos analisados. Finalmente, no último capítulo estão patentes as conclusões obtidas, e a resposta à questão de investigação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO: Humanização de Cuidados nas UCI

As UCI, estão equipadas com recursos tecnológicos e científicos sofisticados, servem de resgate de pessoas com falência de um ou mais órgãos com situação clínica potencialmente reversível mantendo a qualidade de vida. Segundo a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, as UCI são classificadas em três níveis de cuidados: nível I (têm capacidade para a monitorização, geralmente não invasiva); nível II (têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais); nível III (unidades que devem de ter equipas funcionalmente dedicadas, tanto médicas como de enfermagem, visa assistência médica qualificada por um intensivista por 24 horas/dia e prevê que haja acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica) (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A consciencialização da necessidade de humanizar as UCI, tem tido maior enfoque nos últimos anos, surgiu uma necessidade de promover um ambiente com melhores condições de bem-estar, integridade física e emocional, para a pessoa, família e equipa assistencial (Pereira, 2012).

Os cuidados centrados na pessoa e a sua essência humana, como o centro do cuidado e do princípio que rege a profissão, destaca-se a evidência de que não só os cuidados científicos e tecnológicos curam e previnem sequelas, mas o melhor resultado possível para a pessoa e família, surge quando estes são aplicados com cuidados humanizados. Este ambiente da UCI pode ser considerado hostil, quer para o próprio profissional que enfrenta a necessidade de gestão da vida pessoal, com a dualidade no serviço de constante vida e morte, quer para a pessoa internada na UCI. Os cuidados e intervenções a que a pessoa é sujeita, com propósito de diagnosticar atempadamente, tratar e prevenir sequelas, desenvolve-se em ambiente desconhecido e altamente tecnológico. A família que, para além de se deparar, com um ambiente desconhecido, ainda sente um misto de sentimentos e dúvidas. Entende-se que é uma situação ténue de vida e de morte e que pode condicionar alteração de papéis na dinâmica familiar.

Como a própria palavra o define, entende-se por humanização a ação ou efeito de humanizar, ou seja, tornar humano, mais humano, tornar afável, no entanto humanizar é uma expressão de difícil concetualização, tendo em conta o seu carácter subjetivo, complexo e multidimensional (Pereira, 2012). Posto isto, entendo a humanização dos cuidados como um processo no sentido de reunir melhores ou mais condições para os profissionais e para a própria pessoa e família possam, no fundo encontrar empatia no meio da dificuldade ou do

desconhecido, é, portanto, além da qualidade de cuidados uma competência comportamental nas relações interpessoais. Nas relações profissionais, profissionais e família, profissionais e pessoa aos seus cuidados, há toda uma dinâmica no sentido da promoção do bem-estar, muito para além da componente física, mas também emocional e psicológica, contrariando os sistemas rígidos e excessivamente padronizados que promovem distanciamento entre as partes.

A humanização é uma componente inseparável dos cuidados de enfermagem, na própria essência da profissão- o cuidar, muito antes de ser considerada profissão e ser diferenciada, enfermeiros eram pessoas que cuidavam de pessoas. A humanização de cuidados, pauta-se por comportamentos visando o respeito do ser humano e da vida, na solidariedade, na sensibilidade de perceção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (Pereira, 2012).

METODOLOGIA

Para a construção da questão de investigação, seguimos as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) (The Joanna Briggs Institute, 2015), baseando-nos na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC). Assim formulamos a seguinte questão: “Quais os fatores que influenciam a implementação da humanização de cuidados nas unidades de cuidados intensivos?”.

Realizou-se uma revisão da literatura que aborda a humanização de cuidados nas unidades de cuidados intensivos, seguindo as diretrizes da metodologia do JBI. Os critérios de inclusão dos artigos foram definidos de acordo com o tipo de estudo, a língua e o espaço temporal. Assim, incluiu-se todos os estudos primários ou secundários, quantitativos ou qualitativos; estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa e estudos publicados entre 1 de janeiro de 2012 e 30 de dezembro de 2022, de acesso livre.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos teve por base a pesquisa de publicações científicas em base de dados como, *LILACS*, *MedLine* e PubMed. A seleção dos artigos foi realizada com recurso aos *Medical Subject Headings terms (MESH)*: “intensive care units”; “humanization”. Para construção da frase booleana foi utilizado o operador booleano “AND”, que se apresenta (“intensive care units” AND “humanization”). Para melhor responder à pergunta de investigação foram selecionados 7 artigos para revisão.

Os principais aspetos de cada estudo foram mapeados na tabela de evidências, tendo sido agrupados em forma de síntese os dados mais pertinentes para a investigação, sob forma de tabela de evidencias para posterior análise. Estes dados incluem: Título, autor/es e data de publicação, resumo do artigo, objetivo do estudo, desenho, metodologia utilizada e resultados e/ou conclusões.

A Figura 1 representa o processo de identificação e seleção realizada.

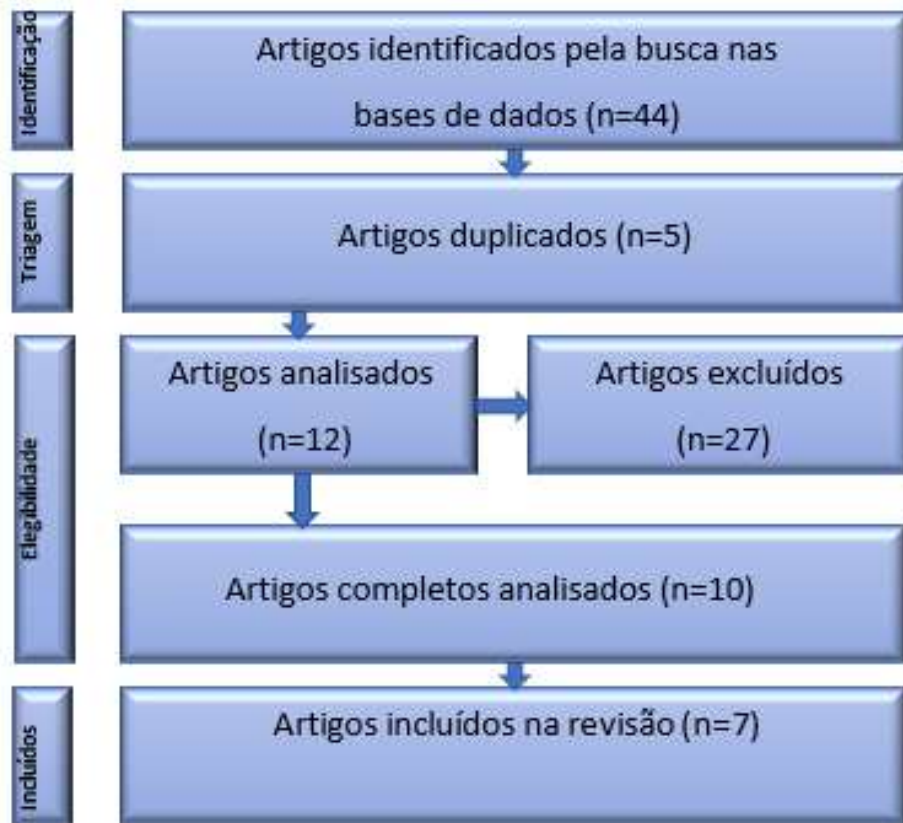


Figura 1. Processo de identificação dos estudos - PRISMA Diagram flow.

RESULTADOS

Com vista a facilitar a análise dos artigos incluídos na revisão, apresento-os sobre a forma de tabela (Anexo I).

DISCUSSÃO

A análise dos artigos selecionados, decorrentes da revisão de literatura, levam ao encontro de várias evidências e conclusões que dão resposta às questões em estudo.

A humanização é um processo no sentido reunir melhores ou mais condições para os profissionais e para a própria pessoa e família. Nas relações interpessoais entre profissionais, profissionais e família, profissionais e pessoa aos seus cuidados, há uma dinâmica no sentido da promoção do bem-estar muito para além de físico, emocional e psicológico, contrariando os sistemas rígidos e excessivamente padronizados que promovem distanciamento entre as partes outrora em vigor. Estudos evidenciam os benefícios da humanização como a redução de tempo de internamento, diminuição do absentismo dos profissionais de saúde, aumento do bem-estar, do ponto de vista da pessoa, família e equipa assistencial, que traduzem ganhos para a Saúde.

A humanização é descrita de forma distinta, quando inquirida a familiares ou a elementos da equipa profissional, no entanto realçaram iguais necessidades e prioridades para a melhoria dos processos de humanização na UCI: acolhimento, comunicação, profissionalismo ético sensível, aspetos desfavoráveis, perceção sobre humanização, e religiosidade/espiritualidade.

Os aspetos desfavoráveis à humanização são situações que distanciam os sujeitos dificultando a formação do vínculo e da corresponsabilização.

Nos vários artigos, é demonstrado, não sendo uma prioridade constante, que existe uma preocupação no cuidar para além do ambiente tecnológico destes serviços, no entanto tem ainda um longo período a percorrer, não só em torno de cuidados na vertente pessoa e família, mas também na vertente dos profissionais de saúde.

O maior desafio detetado à implementação da humanização nos UCI, diz respeito à sobrecarga laboral da equipa, que leva à prática de cuidados mecanizados e técnicos, não-reflexivos. Outros fatores encontrados estão relacionados com doente e família, questões da equipa de enfermagem, questões estruturais das instituições de saúde, revelando o carácter multidimensional da humanização.

As equipas de enfermagem referem como necessidade formativa a aquisição de competências de comunicação para dar suporte emocional e terapêutico e trabalhar no processo transição saúde/doença com a família e pessoa. A falta de competências de comunicação para ligar com estas situações, cria distanciamento da parte da equipa

multidisciplinar como forma de se auto-protegerem e no mesmo sentido foram sentidas lacunas no apoio à saúde mental dos enfermeiros que se reflete na vida pessoal e na própria prática de cuidados.

Salientam-se, questões relacionadas com a dignidade e privacidade da pessoa, despersonalizar a pessoa, o ruído excessivo, baixa temperatura ambiente e falta de valorização por vontades da pessoa são tidas como dificuldade na implementação de cuidados humanizados. E ainda, questões socioeconômicas e vencimentos atrasados são tidas como fatores promotores da desumanização de cuidados.

Conclui-se que há necessidade de capacitar e sensibilizar os profissionais, incrementar o investimento na formação, na gestão institucional e no cuidado para em conjunto melhorar a assistência à PSC.

Os resultados encontrados nesta investigação, são limitados no ponto que a literatura disponível é reduzida. Segundo os mesmos estudos, a escassez de literatura relativa a humanização deve-se ao fato de ser um assunto com múltiplas vertentes, e que essas são aprofundadas individualmente, está fragmentada por tópicos de estudo e não como um modelo conceptual, tornando-se uma dificuldade no âmbito da pesquisa sobre o tema.

CONCLUSÃO

A humanização de cuidados só é possível com grande envolvimento de todos os profissionais de saúde da UCI ao aliarem a sua prática à empatia, compreenderem que um cuidado fundamentado na relação interpessoal nas vertentes pessoa, família e equipa, melhora o *outcome* e previne sequelas destes internamentos.

É essencial entender que os cuidados humanizados desempenham um papel fundamental para reunir melhores ou mais condições para os profissionais e para a própria pessoa e família. Nas relações interpessoais entre profissionais, profissionais e família, profissionais e pessoa aos seus cuidados, há uma dinâmica no sentido da promoção do bem-estar muito para além de físico, emocional e psicológico, contrariando os sistemas rígidos e excessivamente padronizados que promovem distanciamento entre as partes outrora em vigor. Estudos evidenciam a os benefícios da humanização como a redução de tempo de internamento, diminuição do absentismo dos profissionais de saúde, aumento do bem-estar, do ponto de vista da pessoa, família e equipa assistencial, que traduzem ganhos para a Saúde.

Através dos estudos analisados, foi possível identificar diversos tipos de fatores que influenciam a implementação da humanização de cuidados, tais como os fatores, da própria orgânica do serviço, como escassez de recursos, aumento da carga laboral por enfermeiro o que torna os cuidados mecanizados, despersonalizados e não reflexivos, a falta de formação no sentido de capacitar a equipa com ferramentas de comunicação, importância destes cuidados mais personalizados, libertando-se de ações sem fundamento científico, também foi apontada como um dos fatores. A preocupação com o bem-estar da própria equipa fomenta a humanização de cuidados, destes que são o veículo primário da mudança. As infraestruturas do serviço., são por vezes um desafio à implementação da humanização de cuidados.

Face ao exposto, a pesquisa realizada respondeu, com efeito, à questão e ao objetivo de investigação delineados para este estudo, uma vez que os artigos encontrados, nos quais os autores se preocuparam em explicar de forma coerente os resultados obtidos. A metodologia utilizada foi relevante para a execução deste estudo, no entanto, verificamos alguma dificuldade em encontrar estudos recentes verificando-se que a literatura esta fragmentada nas várias vertentes que constituem a humanização de cuidados. A maioria dos estudos sugere que a maior parte dos fatores que influenciam a implementação de cuidados humanizados na UCI podem ser minimizados ou modificados pelas equipas de saúde

multidisciplinares e pela gestão hospitalar, que fazer isso se traduz numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Por conseguinte, a elaboração deste trabalho, permitiu assim uma reflexão e oportunidade de melhorar a execução de uma prática diária, garantindo melhores cuidados de enfermagem sustentados de forma teórica e científica.

BIBLIOGRAFIA

- Bueno, J. M., & Calle., G. H. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. pp. 135-147.
- Camponogara, S., Santos, T. M., Seiffert, M. A., & Alves, C. N. (2012, Janeiro/Abril 1). O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. pp. 124-132.
- Gareau, S., Oliveira, É. M., & Gallani, M. C. (2022). Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. pp. 647-657.
- HU-CI, G. d. (2019). *Manual de boas práticas de humanização de unidades de Terapia Intensiva*. Madrid.
- Jovell, A. (1999). Medicina baseada na afetividade. pp. 113(5):173-5.
- Luiz, F. F., Caregnato, R. C., & Costa, M. R. (2017). Humanização na terapia intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. pp. 70(5):1040-7.
- Methodology for JBI Scoping Reviews. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. In T. J. Institute, *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement* (pp. 10-20). Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014, Maio). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Retrieved from Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Pereira, M. (2012, julho/dezembro 6). Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. pp. 101-108.
- Reis, C. C., Sena, E. L., & Fernandes, M. H. (2016, abril- junho 2). Humização de cuidados em unidades de cuidados intensivos: revisão integrativa. pp. 4212-4222.
- Santos, R. S., Amorim, L. P., Santos, L. L., Monteiro, L. V., Dourado, G. K., & Cardoso, R. d. (2022, abril 3). Humanização no cuidado na UTI adulto. pp. 21(3):318-32.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

APÊNDICE

APÊNDICE I - Tabela de Evidências

TÍTULOS/ AUTORES/ RESUMO	OBJETIVOS	DESENHO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÕES
<p>Título: Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva</p> <p>Autores: Marta Martins Silva Pereira (2012)</p> <p>Resumo: A Humanização é um aspeto fundamental aos seres humanos, nomeadamente em situações de fragilidade. Portanto, não deve ser apenas um cenário teórico, mas efetivamente aplicada no contexto de trabalho das ações / intervenções de enfermagem, com o intuito de acolher, de forma humanizada o doente e família. Por humanização pode, ainda, entender-se como a democratização das relações entre trabalhadores, utentes e gestores, num modelo de produção centrado na comunicação.</p>	<p>Descrever os fatores que interferem para que uma efetiva humanização de cuidados aconteça.</p>	<p>Revisão sistemática da bibliografia</p>	<p>Utilizadas bases de dados da biblioteca Virtual Saúde, tendo por base os descritores “Enfermagem”, “Humanização da assistência”, “Unidade de terapia intensiva” para pesquisa de artigos entre 2001 e 2011, tendo sido analisado 7 artigos.</p>	<p>Os fatores encontrados estavam relacionados ao doente e família, questões da equipa de enfermagem, questões estruturais das instituições de saúde, revelando o carácter multidimensional da humanização. De referir, que a sobrecarga imposta às equipas de enfermagem, que leva à prática de cuidados mecanizados e técnicos, não-reflexivos. Os instrumentos como foco do cuidado da saúde, desumaniza o cuidado. As equipas de enfermagem referiram necessidade de adquirirem competências de comunicação para dar suporte e trabalhar a dor da pessoa e família, criando distanciamento para se protegerem e neste sentido há lacunas no apoio à saúde mental dos enfermeiros que se reflete na vida do enfermeiro e na própria prática de cuidados.</p> <p>O estudo revela benefícios da humanização de cuidados como redução do tempo de internamento, diminuição do absentismo, aumento do bem-estar geral quer seja da pessoa, família e profissionais, que</p>

				consequentemente se traduzem em ganhos para a saúde.
<p>Título: O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica</p> <p>Autores: Silviomar caponogara, Tanise Martins dos Santos, Margor Agathe Seiffert, Camilia Neumaier Alves (2012)</p> <p>Resumo: As UCI como serviços de grande complexidade que são, aparentam um ambiente hostil e intimidante. As situações de multifalência e a invasividade dos cuidados de enfermagem podem ser uma barreira para o cuidado humanizado. Os recursos materiais e instrumentais são importantes nas UCI, no entanto não os mais significativos que a essência humana e a essência do cuidar em Enfermagem. São abordados temas como: sono, ruído, privacidade, proximidade dos familiares, comunicação e o próprio ambiente tecnológico.</p>	<p>O estudo pretendia conhecer que publicações têm sido divulgadas, na área da enfermagem, a cerca da humanização em UCI.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura.</p>	<p>11 Artigos recolhidos das bases de dados LILACS e BDENF, no espaço de 2000 a 2009, utilizando os descritores: Equipa de enfermagem, UCI; humanização na assistência.</p>	<p>A humanização é vista como um processo dinâmico a partir da deteção de potencialidades, necessidades, interesses da equipa de enfermagem, família e a pessoa. A revisão concluiu que o processo de implementação dos cuidados humanizados nas UCI é uma realidade, embora pouco aprofundada na literatura, existe uma preocupação no cuidar para além do ambiente tecnológico destes serviços, no entanto tem ainda um longo período a percorrer, não só em torno de cuidados na vertente pessoa e família, mas também na vertente dos profissionais de saúde. O maior desafio detetado à sua implementação da humanização nos UCI, diz respeito à sobrecarga laboral da equipa. Proposta a realização de mais estudos com esta temática para aprofundar conhecimentos.</p>
<p>Título: Humanização dos cuidados nas Unidades de</p>	<p>Identificar o que a literatura científica</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Trata-se de uma revisão integrativa realizada a traves do</p>	<p>A literatura sobre o tema é reduzida.</p>

<p>Cuidados Intensivos: revisão integrativa</p> <p>Autores: Camila Calhau Andrade Reis, Edite Lago da Silva Sena, Marcos Henrique Fernandes (2016)</p> <p>Resumo: A humanização de cuidados nas UCI pressupõe que se alie a tecnologia à empatia, cuidado fundamentado na relação interpessoal terapêutico, visando a promoção do cuidado seguro, responsável e ético a PSC. As infraestruturas, os recursos materiais, os recursos humanos devem ser priorizados com objetivo da valorização e respeito para com a pessoa, famílias e profissionais de saúde.</p>	<p>nacional tem abordado acerca da humanização dos cuidados em unidades de terapia intensiva</p>		<p>acesso às bases LILACS e BDENF, utilizando os descritores “humanização da assistência” e “Unidades de Cuidados Intensivos” e análise de 6 artigos.</p>	<p>Os resultados evidenciaram que a humanização no cuidado traduz ganhos para a saúde, reduz absentismo, aumenta a satisfação das famílias, pessoa internada e colaboradores.</p> <p>No entanto, há dificuldades na implementação dos cuidados humanizados, o ambiente tecnológico e a situação crítica da pessoa pode transpor a humanização como não sendo uma prioridade. O artigo refere ainda, questões relacionadas com a dignidade e privacidade da pessoa, despersonalizar a pessoa, o ruído excessivo, baixa temperatura ambiente e falta de valorização por vontades da pessoa são tidas como dificuldade na implementação de cuidados humanizados, bem como a falta de formação neste tema. Ainda de referir, questões socioeconómicas, salariais e sobrecarga laboral dos profissionais como barreira.</p> <p>Conclui-se que há necessidade de capacitar e sensibilizar os profissionais, incrementar o investimento na formação, na gestão institucional e no cuidado para em conjunto melhorar a assistência à PSC</p>
<p>Título: Humanização dos cuidados Intensivos- percepção do</p>	<p>Compreender as percepções de familiares e</p>	<p>Estudo de campo exploratório- descritivo de</p>	<p>Dados recolhidos sob forma de entrevistas</p>	<p>Os dois grupos, descreveram a humanização de forma distinta, no entanto realçaram iguais necessidades e prioridades para a</p>

<p>familiar e do profissional de saúde</p> <p>Autores: Flavia Fero Luiz, Rita Catalina Aquino Caregnato, Márcia Rosa da Costa (2017)</p> <p>Resumo: A humanização de cuidados e maneira como é percebida por familiares e enfermeiros, têm expressões diferentes, mas coincidentes que foram divididos em 6 categorias para responder ao tema: acolhimento, comunicação, profissionalismo ético e sensível, aspetos desfavoráveis, percepção sobre humanização e religiosidade/espiritualidade cujo resultado final, gerou a seguinte definição de humanização: cuidados com valorização das singularidades, com respeito às diferenças de opiniões e de maneira acolhedora.</p>	<p>profissionais de saúde sobre humanização na UCI para levar a cabo uma ação educativa.</p>	<p>abordagem qualitativa</p>	<p>semiestruturadas, com n= 14 (8 familiares e 6 profissionais de saúde) e mediante análise de conteúdo.</p>	<p>melhoria dos processos de humanização na UCI: acolhimento, comunicação, profissionalismo ético sensível, aspetos desfavoráveis, percepção sobre humanização, e religiosidade/espiritualidade.</p> <p>Os aspetos desfavoráveis à humanização são situações que distanciam os sujeitos dificultando a formação do vínculo e da corresponsabilização</p>
<p>Título: Humanizing Intensive Care- From theory to practice.</p>	<p>Pesquisar literatura refere à humanização de cuidados intensivos a</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>The international research project for the humanization of intensive care</p>	<p>Desenvolvidas duas premissas básicas para a humanização de cuidados: primeiro, respeitar que cada pessoa é única bem como a sua resposta a situações de crise; segundo, reconhecer a importância da família nas</p>

<p>Autores: José Manuel Bueno, Gabriel Heras La Calle (2020)</p> <p>Resumo: O conceito base da humanização de cuidados é respeitar a dignidade de cada pessoa. Os fatores que influenciam a desumanização de cuidados devem ser explorados para ser minimizados e alterados para que não sirvam de barreira os cuidados humanizados. O projeto HU-CI compilou um manual de 160, consideradas, boas praticas, com intervenções e ações para a humanização e cuidados, exequíveis de serem aplicadas e reproduzíveis, subdivididos em 8 contextos.</p>	<p>nível internacional, para o projeto de humanização de cuidados que visa uma mudança de paradigma centrado no modelo de cuidados centrado na pessoa humana.</p>			<p>decisões e desejos de vida, mantendo informação clara para que entendam a sua situação podendo envolver-se no processo terapêutico e de recuperação da saúde.</p> <p>Os fatores apurados como sendo influenciadores da desumanização de cuidados são: o ambiente com tecnologia e cuidados complexos, o complexo “Social-universo da saúde publica”, condições de trabalho inadequadas, a fragmentação dos doentes por subespecialidades, comercialismo na gestão de instituições de saúde. Estes devem ser explorados para ser minimizados e alterados para que não sirvam de barreira os cuidados humanizados.</p>
<p>Título: Humanization of care of adult ICU patients: a scoping review protocol</p> <p>Autores: Stéphanie Gareau, Elaine de Oliveira, Maria Cecilia Gallani (2022)</p> <p>Resumo: No final dos anos 70, denota-se uma mudança de paradigma nos cuidados de</p>	<p>Efetuar revisão e mapear datas de estudos referentes à humanização de Cuidados Intensivos com base num conceito estrutural.</p>	<p>Scoping review</p>	<p>Pesquisas efetuadas nas bases de dados Embase, Pubmed and CINAHAL com os discriminadores “holistic care”, “humanization”, “Intensive care”, “Person-centred care”. Foram excluídos artigos</p>	<p>Conclui-se que existe um vasto interesse na humanização de cuidados. A literatura disponível está fragmentada por tópicos de estudo e não como um modelo conceptual, tornando-se uma dificuldade no âmbito da pesquisa sobre o tema.</p>

<p>saúde, gradualmente focado mais na pessoa como centro do cuidado. Atualmente a humanização de cuidados foca em 7 vertentes como: comunicação, Bem-estar da pessoa internada, envolvimento familiar e satisfação, horas de visita, SPICI, estrutura física e bem-estar dos profissionais.</p>			<p>referentes a cuidados em fim de vida.</p>	
<p>Título: Humanização no Cuidado ao adulto na UCI</p> <p>Autores: Raisa Silva dos Santos, Layna Pereira Amorim, Larissa Lessa dos Santos, Luana Valentim Monteiro, Grace Kelly da Silva Dourado, Rachel da Silva Serejo Cardoso (2022)</p> <p>Resumo: A UCI é um ambiente que com frequência é considerado desafiante e intimidatórios para a pessoa, para os familiares e para a equipa do serviço. A Humanização é um ato imprescindível na UCI, surge da necessidade de cuidar da pessoa como um todo e não apenas direcionar a atenção e os cuidados para o foco do problema. Há</p>	<p>Identificar estratégias em prol da aplicabilidade do cuidado humanizado em Enfermagem na literatura científica analisando como é implementado na UCI Adulto.</p>	<p>Revisão qualitativa/integrativa da literatura.</p>	<p>Utilizada Biblioteca Virtual de saúde como base de dados, com pesquisa pelos descritores “humanização da assistência”, “Cuidados intensivos”, “Enfermagem” de artigos datados de 2016 até 2021, sendo selecionados 10 artigos para produção de conteúdo.</p>	<p>A humanização não deve ter apenas a pessoa como foco, mas também os familiares que sofrem no processo de internamento e os profissionais de saúde, que, por serem protagonistas desse processo, necessitam de reconhecimento e valorização do trabalho.</p> <p>A equipa de enfermagem possui grandes desafios durante o processo de trabalho que pode influenciar neste cuidado humanizado, como a carga horaria exaustiva, lotação de serviços, atrasos dos salários e outros. Enfatiza-se a necessidade de melhor as condições de trabalho, pela positividade que advém das equipas motivadas.</p>

várias vertentes de atuação das quais umas direcionadas para a própria pessoa, a inclusão da família nas decisões e cuidados e o bem-estar físico e mental da equipa de enfermagem.

--	--	--	--	--

APÊNDICE 2- Documento “Registro no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”

Equipa que efetua a transferência:

Médico: _____ Enfermeiro: _____

Hora prevista de chegada ao destino ____:____

Hora de chegada da ambulância: ____:____ Tempo de atraso (caso ocorra): ____:____

Hora de saída da UCIP ____:____

INTERCORRÊNCIAS

Registo no Transporte Inter-hospitalar de pessoa em situação crítica

Hora de chegada ao destino: ____:____ Hora de saída de regresso: ____:____

Antes de sair confirme:		No regresso confirme:	
Identidade do cliente		Transferência de cuidados ao serviço de destino	
Local de destino			
Identidade do médico que recebe o cliente no destino		Preencher hora de regresso	
MCDT que acompanham o cliente		Devolver equipamento e reportar qualquer intercorrência	
Nota de transferência (médica/enfermagem)			
Equipamento de monitorização		Arquivar no processo clínico as folhas de registo	
Mala de transporte			
Equipamento da ambulância		Devolver/ Repor fármacos usados	
Outros: _____		Entrega de imagens/ relatórios do procedimento	

RETORNO (*A PREENCHER EM CASO DE RETORNO DO DOENTE AO LOCAL DE ORIGEM)

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Data e Hora do retorno: _____

APÊNDICE 3- Cartaz “Metas Internacionais de Segurança para o Doente “

SEGURANÇA = QUALIDADE



IDENTIFICAR CORRETAMENTE O DOENTE

- Identificação positiva do doente – solicitar o nome completo e data de nascimento a cada contacto ou procedimento;
- Verificar número do processo clínico da prescrição com o da pulseira do doente.



MELHORAR A EFICIENCIA DA COMUNICAÇÃO

- Metodologia ISBAR (DGS, norma nº001/2017).



MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO

- Medicação de alerta máximo (DGS, norma nº014/2015);
- Medicamentos LASA (DGS, norma nº020/2014);
- Os nove certos da administração segura de medicamentos.



ASSEGURAR CIRURGIA COM LOCAL, PROCEDIMENTO E DOENTE CORRETOS



REDUZIR O RISCO DE INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAUDE



REDUZIR O RISCO DE LESÕES RESULTANTES DE QUEDAS EM DOENTES

- I – Identify** – Identificação do doente
- S – Situation** – Situação atual
- B – Background** – Antecedentes relevantes
- A – Assessment** – Avaliação
- R – Recommendation** – Recomendações

ALERTA MÁXIMO

Todos os fármacos que possuem risco aumentado de causar dano significativo em caso de falha no processo de utilização.

LA- (LOOK-Alike) SA- (SOUND-Alike)

NOVE CERTOS

1. Pessoa certa
2. Medicação certa
3. Via certa
4. Horário certo
5. Dose certa
6. Registo certo
7. Orientação certa
8. Forma certa
9. Resposta certa



APÊNDICE 4- Levantamento de necessidades do SMI - Humanização nos Cuidados Intensivos

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES
Programa de certificação de humanização das
Unidades de Cuidados intensivos (HUCI)

Ana Luísa Maia Lopes

Porto, novembro de 2022

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES
Programa de certificação de humanização das
Unidades de Cuidados intensivos (HUCI)

Ana Luísa Maia Lopes

Porto, novembro de 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (HUCI).....	7
Estratégia 1: UCI “Portas Abertas”, presença e participação dos familiares nos cuidados... 7	
Estratégia 2: Comunicação	15
Estratégia 3: Bem-estar da pessoa em situação crítica	21
Estratégia 4: Cuidados ao profissional	27
Estratégia 5: Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos	31
Estratégia 6: Cuidados em fim de vida	35
Estratégia 7: Infraestrutura Humanizada.....	41
CONCLUSÃO	50
BIBLIOGRAFIA	51

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e conduzidos de forma contínua e intensiva, pelo risco iminente de vida pela falência, muitas vezes multiorgânica. O crescente desenvolvimento tecnológico dos últimos anos, dotou as unidades de cuidados intensivos com equipas multidisciplinares com alto nível de diferenciação e dedicação para manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar as incapacidades que possam advir da doença e dos próprios cuidados, no entanto, tendencialmente o próprio ambiente e os cuidados, podem ser hostis e severos para o doente, família e equipa.

As unidades de cuidados intensivos são assim “locais qualificados para assumir responsabilidade integral de doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. (Ministério da Saúde, 2003) O serviço do Serviço de Medicina Intensiva, criado em 2004, tal como toda a instituição rege-se pelos seguintes princípios orientadores, como a valorização primordial da vida e dignidade da pessoa humana, atitude de serviço, atenção e cortesia, compaixão e respeito, competências e eficiência, as equipas focadas no doente e na promoção da saúde na comunidade, na cultura de trabalho em equipa e bom relacionamento laboral e um constante empenho na procura da melhoria contínua da prestação clínica e dos resultados do serviço. (ULSM, 2021)

Como a própria palavra assim o define, entende-se por humanização, a ação ou efeito de humanizar, ou seja, tornar humano, mais humano, tornar afável. A humanização é um processo no sentido reunir melhores ou mais condições para os profissionais e para a própria pessoa e família. Nas relações interpessoais entre profissionais, profissionais e família, profissionais e pessoa aos seus cuidados, há uma dinâmica no sentido da promoção do bem-estar

muito para além de físico, emocional e psicológico, contrariando os sistemas rígidos e excessivamente padronizados que promovem distanciamento entre as partes outrora em vigor.

A equipa do SMI, teve desde cedo a consciência da necessidade desmistificar à pessoa e família todo o ambiente da própria unidade de cuidados intensivos e desta forma iniciar um momento em prol da humanização de cuidados, nas várias vertentes onde este conceito poder ser aplicado e no sentido da procura de excelência de cuidado, surge este relatório e que passar por ser um tema de interesse pessoal.

Serve o presente documento como relatório de levantamento de necessidades relativas à humanização dos cuidados no SMI, na procura da melhoria continua da qualidade e busca pela excelência de cuidados, tendo por base o Programa de Certificação de Humanização das Unidades de Terapia Intensiva (HU-CI, 2019) que visa 160 boas práticas distribuídas em 7 linhas estratégicas:

1. Unidade de Cuidados intensivos de portas abertas: Presença e participação dos familiares nos cuidados;
2. Comunicação;
3. Bem-estar da pessoa;
4. Cuidados ao profissional;
5. Síndrome pós-internamento em cuidados intensivos;
6. Cuidados de final de vida;
7. Infraestrutura humanizada.

Este programa pretende distinguir as unidades mediante o cumprimento dos padrões propostos, entre básico, avançado ou excelente. As boas práticas se dividem-se em três tipos: as Obrigatórias, para ser possível afirmar que uma unidade se encontra no nível básico de humanização (assinaladas com a letra **O**); as Essenciais, porém que não são obrigatórias para considerar o nível básico,

sendo que sua existência ou verificação em serviço corresponde a um nível mais avançado (assinaladas com a letra **E**); e por ultimo as Desejáveis, fornecendo um excelente nível de reconhecimento e certificação (assinaladas com a letra **D**).

PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (HUCI)

Estratégia 1: UCI “Portas Abertas”, presença e participação dos familiares nos cuidados.

Apesar do crescente interesse no que diz respeito à humanização de cuidados, a flexibilização dos horários de visitas, de acordo com as necessidades e preferências dos doentes e familiares, ainda não é a realidade generalizada das Unidades de Cuidados Intensivos.

A reflexão crítica e sensibilidade da equipa é fundamental para promover a proximidade das equipas com os familiares, e da família com a própria pessoa internada.

A rigidez de horários, quando existe, baseia-se em crenças e hábitos estáticos no tempo, e que não se verificam, nos quais se crê que, de alguma forma a presença de familiares interfere na prática laboral dos cuidados de enfermagem, ou que causa distrações ou que propícia algum tipo de complicação para a pessoa internada, pelo contrário, a presença de familiares não aumenta as complicações por agentes infecciosos e pode inclusive melhorar ou prevenir o *delirium*.

A família pode, se assim o desejar prestar cuidados simples, ao seu familiar de forma fomentar o laço emocional e relacional entre as partes, e a potenciar a recuperação. Dar à família a oportunidade de participar na tomada de decisões e de contribuir para a recuperação da pessoa pode ter efeitos positivos na família e no profissional, reduzindo a incidência da síndrome pós internamento em cuidados intensivos, permite uma maior satisfação por parte das famílias no sentido de melhor compreensão e aceitação da situação vivenciada pelo familiar, contribuindo inclusive capacita para um luto menos penoso dos familiares quando deste evento. Não obstante da família de uma forma

genérica, a figura do “cuidador principal” possibilita e favorece que a presença de outros familiares se adapte às necessidades individuais de cada pessoa.

Há, ainda, um longo caminho a percorrer neste sentido, não tanto a nível da equipa do SMI, que iniciou já este processo de reflexão e proximidade, mas da cultura das unidades de cuidados intensivos em geral, salvaguardando que a cada profissional que reflita sobre esta necessidade é efetivamente um marco de mudança. Neste sentido propus-me a averiguar o que está implementado no SMI, e onde pode haver proposta de melhoria neste sentido, contrastando com a proposta de estratégias do Programa de Certificação de Humanização das Unidades de Terapia Intensiva com objetivo de favorecer a presença e a participação dos familiares nos cuidados intensivos.

SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DA EQUIPA

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
1.1 Há um grupo de trabalho interprofissional encarregado de coordenar e monitorizar o cumprimento do modelo de flexibilidade dos horários de acompanhamento	O	Equipa multidisciplinar, Enf. ^a Amélia Ferreira e Dr. Rui Araújo, sendo a última atualização comunicada à equipa, via email datado 28/10/2022, sobre alteração do horário de visitas para doentes com SARS-CoV-2
1.2 São realizadas atividades reflexivas/sessões multidisciplinares	E	Formação dia 7/17 “Registo das intervenções na promoção da autonomia”
1.3 Realiza-se a formação continua em habilidades não-técnicas direcionadas à equipa assistencial para facilitar a presença e a participação da família	O	Formação em serviço da equipa D.

ACESSIBILIDADE

1.4 Há um protocolo assistencial de atenção à família que apresente períodos flexibilizados de acesso	O	Folheto nº1734.4
1.5 A figura do cuidador principal/acompanhante com acesso contínuo é reconhecida e respeitada, independentemente dos familiares que puderam visitar o paciente em outros períodos previstos	O	Figura do cuidador principal- elo. (Folheto nº1734.4)
1.6 É permitida a visita de menores de idade previamente instruídos à unidade	O	Folheto nº1734.4
1.7 Existe um procedimento para preparar menores de idade para terem acesso à unidade	E	Sem evidência
1.8 Existe a possibilidade do acesso de animais de estimação à unidade	D	Sem evidência
1.9 Existe um guia, folheto e/ou cartaz informativo de acolhimento a familiares e pacientes internados na UTI, que abrange as indicações de acesso à unidade	O	Folheto nº 1734.4

CONTATO

<p>1.10 Dispositivos de proteção desnecessários (avental, máscaras, gorros etc.) não são utilizados, exceto em casos especiais previamente definidos</p>	<p>O</p>	<p>DOC.1269.2</p>
<p>1.11 A amamentação é facilitada quando as condições da mãe e do lactante estão adequadas</p>	<p>E</p>	<p>Confere, inclusive, quando necessária existe articulação com serviço de obstetrícia. Sem evidencia documental.</p>
<p>PRESENÇA DE FAMILIARES E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTOS E EM CUIDADOS</p>		
<p>1.12 Existe um protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados básicos (alimentação, higiene, mobilização) à pessoa em situação crítica</p>	<p>O</p>	<p>Documento de “Promoção da qualidade do cuidar no SMI através do envolvimento direto dos familiares/pessoa significativa nos cuidados ao doente” a consultar em pasta na copa intermédia.</p>
<p>1.13 Valorizam-se a estrutura e a função da família, identificando-se os familiares que desejam, possivelmente, assumir o papel de cuidadores principais</p>	<p>O</p>	<p>Impresso “caracterização família/cuidador informal do doente internado no SMI”</p>
<p>1.14 Realizam-se atividades programadas de formação aos familiares (Escola dos Familiares da UCI)</p>	<p>D</p>	<p>Não confere</p>

<p>1.15 Considera e facilita que os familiares acompanhem a pessoa em determinados procedimentos, quando solicitado</p>	<p>D</p>	<p>Cumpre-se de forma informal e pontual</p>
<p>1.16 em caso de entradas programadas, considera-se a possibilidade de realizar visitas prévias ao serviço da UCI (com o intuito de minimizar a ansiedade gerada pela entrada numa UCI)</p>	<p>D</p>	<p>Não confere.</p>
<p>1.17 O protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados PSC inclui a tomada de decisões relativas ao tratamento e aos cuidados de forma compartilhada, quando o estado da pessoa o permite</p>	<p>O</p>	<p>Cumpre-se para procedimentos eletivos [consulta de consentimento livre e esclarecido no diário clínico e em S-Clinico / gestão documental]</p>
<p>1.18 O protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados à PSC inclui a formação individualizada <i>in situ</i></p>	<p>O</p>	<p>Cumpre-se de forma informal [ensinos sobre utilização de <i>cough assist</i> e dispositivos de ventilação não invasiva, para a preparação para a alta]</p>
<p>1.19 Registra-se o consentimento da pessoa para o envolvimento da sua família nos cuidados, quando aplicável</p>	<p>O</p>	<p>Não confere, o contrário fica registado.</p>
<p>1.20 O sistema organizacional promove a continuidade dos cuidados, atribuindo profissionais de referência para cada paciente concreto</p>	<p>E</p>	<p>Plano de trabalho diário, impresso nº 701_01_SMI_1733, rotatividade entre doentes.</p>

<p>1.21 Há um guia, folheto ou cartaz informativo de acolhimento para os familiares, nos quais está indicada a possibilidade da sua participação nos cuidados do paciente</p>	<p>O</p>	<p>Em aprovação – folheto nº1734.4 (última revisão)</p>
<p>1.22 Há um guia de acolhimento para os familiares, no qual está indicada a possibilidade da sua participação na visita interdisciplinar diária</p>	<p>D</p>	<p>Não confere.</p>
<p>SUPORTE ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E ESPIRITUAIS DOS FAMILIARES</p>		
<p>1.23 Há algum procedimento para avaliar e detetar possíveis necessidades emocionais, psicológicas, religiosas e espirituais dos familiares</p>	<p>E</p>	<p>Impresso “caracterização família/cuidador informal do doente internado no SMI”</p>
<p>1.24 Há algum procedimento para facilitar o uso regulamentado de telemóvel ou outros dispositivos (para favorecer o contato com familiares)</p>	<p>O</p>	<p>[Check-list chamadas telefónicas e videochamadas]</p>
<p>1.25 Há um guia, folheto e/ou cartaz informativo de acolhimento para os familiares, em que se indicam os métodos diferentes que os familiares têm para poderem se comunicar com o paciente</p>	<p>O</p>	<p>Não confere.</p>

1.26 Há disponibilidade de apoio psicológico para as famílias que necessitem	E	Protocolo de articulação entre o serviço de psiquiatria e o serviço de Medicina Intensiva
---	----------	---

Estratégia 2: Comunicação

Neste âmbito, destacam-se 3 categorias, que segundo Programa de Certificação de Humanização das Unidades de Cuidados Intensivos, merecem atenção e planeamento dirigido para melhoria:

1. A comunicação entre profissionais de saúde;
2. A qualidade da informação à PSC e família;
3. A comunicação da PSC com os profissionais de Saúde e a família, especialmente em situações de últimos desejos.

Quanto à comunicação entre profissionais na equipa multidisciplinar, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (DGS, Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saude, 2017), no sentido de minimizar o erro, que possa por em risco a segurança da pessoa, associado a passagem de informação incorreta ou incompleta, bem como o desconforto gerado entre as partes desse processo. Além disso, é importante disponibilizar espaços para que profissionais e família possam partilhar de informação e experiências, dialogar, chegar a consenso relativo a tratamentos, e cuidados específicos ou gestão de más notícias, onde nestes casos a técnica de comunicação tem muitas vezes um impacto importante e decisivo.

No ponto 2) ressalvada a qualidade da informação à PSC e família, pois deparamo-nos muitas vezes com pessoas que pelo seu estado de saúde não estão capazes de entender a informação que queiramos partilhar ou tomar decisões quanto ao seu estado de saúde, sendo comum delegar a tomada de decisão ao familiar.

Comunicar em situações de grande carga emotiva requer competências de comunicação, para as quais a equipa, pode não estar formada.

No último ponto é abordada a comunicação da PSC, considera-se imprescindível que os processos/ estratégias de comunicação com a PSC que tem dificuldades ou limitações para expressar o que deseja ou sentes sejam aperfeiçoados, promovendo o uso de sistemas potencializadores de comunicação (que complementam a linguagem oral, quando ela não é suficiente para uma comunicação eficaz) e de sistemas alternativos de comunicação, de modo a que possa indicar algo que deseje, ou que cause desconforto ou mesmo expressar desejos de final de vida.

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA		
2.1 Há um protocolo estruturado de transmissão de informações na mudança de turno	O	Utilizada metodologia ISBAR.
2.2 Há um protocolo estruturado de transmissão de informações na alta da UCI para internamento de cuidados gerais	O	Utilizada metodologia ISBAR e transferência do processo de enfermagem no S-Clinic. Formação 10/10/2017 - “Comunicação <i>eficaz na transição dos cuidados</i> ”
2.3 São realizadas atividades de aquisição de competências para os profissionais do SMI de dinâmicas de grupo e comunicação efetiva utilizando ferramentas, tais como a simulação clínica e o CRM (Crisis Resource Management)	E	Formação em serviço, com workshop nas datas 15/2/2022, 30/6/2022, 7/7/2022, 19/7/2022, 27/7/2022.
2.4 São realizadas sessões conjuntas e/ou pontos de situação diários pela equipa assistencial	O	Duas vezes dia – 8:30 e 14:00, registado e auditado em documento para o efeito.

<p>2.5 Estão implantadas ferramentas específicas para melhoria da comunicação efetiva: objetivos de tratamento diários /cheklists/briefings/AASTRE (Análise Aleatória de Segurança em Tempo Real) / técnica ISBAR</p>	<p>D</p>	<p>Várias ferramentas implementadas – metodologia ISBAR; briefing de segurança; cheklist interdisciplinar; sinalética de alertas – Alergias, disfagia, aspiração de dreno torácico, isolamentos...</p>
<p>2.6 Há ferramentas para identificar conflitos entre os profissionais de terapia intensiva</p>	<p>D</p>	<p>Não confere.</p>
<p>COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO À FAMÍLIA</p>		
<p>2.7 Há espaços físicos adequados para a informação aos familiares</p>	<p>O</p>	<p>Sala de reuniões</p>
<p>2.8 Existe um protocolo de informações conjuntas entre médico e enfermeiros a pacientes e familiares, realizado de forma habitual</p>	<p>O</p>	<p>Não confere</p>
<p>2.9 São realizadas atividades de aquisição de competências não-técnicas e de relação de ajuda que incluam comunicação de más notícias, em situações difíceis e luto</p>	<p>O</p>	<p>Formação 7/4/2015 – “Fim de vida em cuidados intensivos”; Formação 21/11/2017 “Humanização de cuidados”</p>

<p>2.10 Além da informação programada, existem outras estratégias que facilitam a informação e a comunicação entre PSC e família, tais como a flexibilização dos horários de visita e de informações, a informação telefónica ou videochamadas</p>	<p>E</p>	<p>Check-list das videochamadas, check-list das chamadas telefónicas, folheto nº 1734.4.</p>
<p>2.11 No caso de a PSC ser capaz, explora-se com a própria pessoa a vontade de se informar à família ou aos mais próximos</p>	<p>O</p>	<p>Cumpre-se a vontade do doente. Registado em processo clínico a não autorização de conceder informação.</p>
<p>COMUNICAÇÃO COM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</p>		
<p>2.12 Estão disponíveis sistemas de comunicação alternativa</p>	<p>O</p>	<p>Pasta com pictogramas; <i>quadro mágico</i>; diário de internamento em cuidados intensivos para pessoa e família, papel.</p>
<p>2.13 Há um protocolo para melhorar a comunicação com pessoa que apresente dificuldades de comunicação</p>	<p>O</p>	<p>Não confere</p>
<p>2.14 Há um procedimento para avaliar a pessoa com dificuldades de linguagem e suas necessidades quanto a isso</p>	<p>E</p>	<p>Não confere</p>

2.15 Está disponível uma equipa multidisciplinar que possa apoiar as estratégias de comunicação em pessoa com limitações de linguagem (Otorrinolaringologista, terapeuta da fala)	D	Apoio de ORL e terapia da fala
2.16 Treinam-se os profissionais, doente e familiares quanto ao uso de sistemas alternativos de comunicação	E	Formação dirigida à utilização de pictogramas aos profissionais, ensino <i>in situ</i> aos familiares
2.17 Há um sistema em que as pessoas podem chamar os profissionais de saúde quando precisam	O	Instrução/demonstração de uso de campainha, localização ajustada ao alcance do doente

Estratégia 3: Bem-estar da pessoa em situação crítica

Promover o bem-estar da pessoa deve ser tão fundamental como a sua cura. A doença e a dor das pessoas internadas em UCI, bem como sede, frio e calor, dificuldades para dormir devido ao excesso de ruído ou iluminação, são experiências perturbadoras. Além disso, é frequente terem sua mobilidade limitada, tanto por condições impostas pela doença quanto dificuldades de comunicação.

A avaliação e controle da dor, a sedo-analgesia adequada a cada pessoa e a prevenção e controle do *delirium* são fatores imprescindíveis para melhorar o conforto dos doentes. Além do sofrimento físico, existe um intenso sofrimento psicológico e emocional, pois os pacientes têm sentimentos de solidão, isolamento, medo, tristeza, angústia, perda da identidade, sensação de dependência, incompreensão, ansiedade, insegurança por falta de informações, entre outros. Por isso, a avaliação e o suporte a essas necessidades devem ser consideradas como elemento-chave da qualidade dos cuidados. (HU-CI, 2019)

Promover formação contínua de forma a garantir a minimização dos sintomas referidos, garantir o bem-estar físico e emocional das pessoas internadas na UCI, sendo que neste ponto as equipas enfrentam um desafio major, dada a subjetividade.

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
BEM- ESTAR FÍSICO		
3.1 Existe um protocolo atualizado de analgesia e sedação	O	Gestão documental, IT-2774.0
3.2 Há uma monitorização dos níveis de analgesia e sedação, por meio de escalas validadas	O	Implementado e obrigatório 1xturno
3.3 Há um protocolo atualizado de prevenção e tratamento do <i>delirium</i>	O	Gestão documental, IT-2774.0
3.4 Há um protocolo de contenção física	O	Não confere.
3.5 Há um protocolo de fisioterapia respiratória antecipada na PSC	O	Cumprido pelo Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação – não existe protocolo de Fisioterapia respiratória
3.6 Há um protocolo de mobilização precoce	O	Cumprido pelo Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação – não existe protocolo de Mobilização precoce
3.7 Há disponibilidade de um Enfermeiro especialista na área de reabilitação integrado na equipa – adaptado à realidade do SMI	O	Enfermeiro especialista em reabilitação 12h de 2ª a 6ªfeira e 7h aos fins-de-semana, com protocolo com serviço de medicina física e reabilitação.

3.8 Há um protocolo de cuidados pessoais (higiene e hidratação) da PSC com dependência nos autocuidados	D	Protocolo de higiene oral em doente com via aérea artificial; Protocolo de descontaminação da pele em situações de específicas – MRSA, cirurgia e procedimentos invasivos.
BEM - ESTAR PSICOLOGICO		
3.9 O uso de meios de entretenimento é facilitado às PSC com capacidade de utilização (leitura, jogos, dispositivos de multimídia, rádio, Televisão.)	E	Televisão disponível e permissão para presença de outros dispositivos, jogos de tabuleiros e outros jogos.
3.10 Aplicam-se intervenções para dar apoio às necessidades espirituais da pessoa	O	Folheto 1734.4. No caso de cristãos católicos disponível pároco no hospital. Formação 8/6/2016 “Espiritualidade nos cuidados de saúde”
3.11 Há psicólogos disponíveis integrados à equipe assistencial	D	Protocolo de articulação entre o serviço de psiquiatria e o serviço de Medicina Intensiva
3.12 Há um protocolo de passeios fora do SMI para doentes selecionados que possam beneficiar deles	D	Não existe Protocolo, no entanto efetua-se ocasionalmente. Foto em equipa e doente no exterior.

3.13 É fornecida a possibilidade de realizar cuidados corporais para favorecer a autoestima (cabeleireiro, maquiagem, depilação...)	D	Manicura e depilação realizada pela equipa e familiar
3.14 Promove-se a deambulação controlada	D	Confere, inclusive com andarilho
3.15 O uso do banheiro/chuveiro é facilitado em casos selecionado	D	Confere.
3.16 É facilitado o uso de telemóvel ou outras tecnologias para favorecer o contato com familiares e amigos, sob regras	O	Confere.
3.17 Há um guia no qual são as descritas as indicações para o autocuidado direcionado ao doente ou cuidador principal	D	Não confere.
3.18 Terapia ocupacional está disponível como medida de prevenção e tratamento do <i>delirium</i> no doente crítico	D	Não confere.
3.19 Realização de atividades lúdicas e de entretenimento é facilitada na unidade	D	Televisão e literatura

BEM ESTAR AMBIENTAL E DESCANSO NOTURNO

3.20 Medidas de controle do ruído ambiental estão definidas e são promovidas na UCI	O	Confere.
3.21 Há aparelho medidor de decibéis com aviso luminoso quando os limites estabelecidos são ultrapassados	D	Implementado
3.22 á um protocolo de medidas de descanso noturno	O	Não confere.
3.23 O tom dos alarmes e de outros dispositivos é ajustado segundo o momento do dia	O	Não confere.
3.24 A luz ambiental noturna é ajustada com possibilidade de reduzir a intensidade geral à noite nos espaços comuns e individualizada em cada quarto	O	Implementado (SMI2)
3.25 Inclui-se, no protocolo de descanso noturno, a adaptação dos horários das intervenções aos períodos de descanso dos pacientes	O	Apesar de não existir protocolo, está implementado a minimização de intervenções em período de descanso noturno
3.26 Avalia-se e monitora-se a qualidade do sono	E	Sem escala definida, é analisado empiricamente na visita multidisciplinar das 8:30.
3.27 Favorece-se a iluminação externa durante o dia (quartos com luz natural)	D	Implementado.

3.28 Realizam-se intervenções relacionadas à música e/ou musicoterapia	D	Formações dirigidas à equipa e facilitados dispositivos eletrónicos. Formação 13/12/2016 – “Musicoterapia em cuidados intensivos”
---	----------	--

Estratégia 4: Cuidados ao profissional

O “Síndrome de Burnout” ou “Síndrome do Desgaste Profissional” é um transtorno de origem psicossocial, consequência de stress crônico do profissional que perdeu a capacidade de coping, caracterizado por três dimensões básicas: esgotamento emocional, despersonalização e sentimentos de baixa autoestima profissional. Devido, muitas vezes as exigências da profissão e das situações com risco iminente de vida que são tratadas, horários noturnos e falta de regulação de sono, dotações desajustadas que tornam o ambiente laboral pesado, os profissionais de saúde, tem taxas altas de incidência de síndrome de burnout. O desenvolvimento desta síndrome tem impacto quer no profissional de saúde quer na própria instituição.

A nível profissional, a falta de bem-estar do profissional tem consequências na qualidade dos cuidados à pessoa, e na sua satisfação. A nível institucional, relaciona-se com a substituição de profissionais e integração de novos elementos criando instabilidade dentro das equipas. Atualmente, as instituições começam a despertar para este problema, desenvolvendo um dever moral e legal de “cuidar de seus cuidadores”. Para cumprir esta obrigação, deve-se cumprir uma série de objetivos básicos e prioritários que nos orientam para a execução de ações preventivas e terapêuticas. (HU-CI, 2019)

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS		
4.1 Realizam-se atividades de capacitação sobre o conhecimento e a gestão do desgaste profissional, bem como de promoção do engagement (ou vínculo com o trabalho), competências emocionais e habilidades psicossociais no trabalho	O	Formação “ <i>Mindfulness</i> ”, a unidade dispõe de um grupo de trabalho nesta área realizando alongamentos no início de cada turno da manhã, bem como local de pausa.
4.2 Avalia-se periodicamente o processo de desgaste profissional e o engagement, utilizando-se ferramentas validadas	E	Não confere.
PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR		
4.3 A composição quantitativa da equipe está adequada, cumprindo as recomendações vigentes	O	Confere.

<p>4.4 Oferece-se um programa de acolhimento a todos os funcionários da UCI (para explicação adequada da organização, dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas dos novos profissionais, motivação, difusão de propostas de humanização etc.)</p>	<p>O</p>	<p>Sessão de boas-vindas geral ao HPH, no serviço Doc. 2287.1 “<i>Manual de Integração ao Serviço de Medicina intensiva</i>”</p>
<p>4.5 Funcionários com mais de 55 anos: oferece-se a possibilidade de redução ou não participar de turnos de plantões</p>	<p>O</p>	<p>Mobilidade de serviço.</p>
<p>4.6 Facilita-se a possibilidade de mudar os turnos de trabalho e adaptar o horário às necessidades particulares dos profissionais</p>	<p>E</p>	<p>Atende às necessidades dos profissionais, trocas facilitadas entre colaboradores e preferências de horário.</p>
<p>4.7 Há reuniões preestabelecidas e periódicas da equipa da UCI, nas quais pode-se estabelecer pautas inclusivas de atuação e organização do trabalho</p>	<p>O</p>	<p>Confere, existem periódicas durante o ano.</p>
<p>4.8 Facilita-se a atividade docente, de formação e de pesquisa</p>	<p>E</p>	<p>Confere, elaboração de horário laboral de acordo com necessidades formativas ao abrigo do estatuto trabalhador-estudante.</p>
<p>4.9 Promove-se a participação e a opinião dos profissionais na cultura organizacional da Unidade, na sua gestão e nos objetivos dela</p>	<p>O</p>	<p>Confere, gestão do serviço permeável a ideias por parte dos colaboradores.</p>

<p>4.10 Estão disponíveis estratégias de prevenção perante problemas emocionais e apoio do profissional, inclusive a disponibilidade de um psicólogo</p>	<p>D</p>	<p>Programa da Saúde Mental do HPH. Durante a pandemia existiu contacto telefónico por parte do departamento de psicologia para averiguar necessidades dos colaboradores.</p>
<p>4.11 Mediante incidentes críticos, situações difíceis ou traumáticas para a equipe assistencial (por complicações inesperadas num paciente, erros na prática assistencial, atitudes violentas de familiares etc.), realizam-se ações facilitadoras do processamento emocional da situação, promotoras do bem-estar da equipa e detecção antecipada de alterações emocionais nos profissionais</p>	<p>D</p>	<p>Não confere.</p>
<p>4.12 Uma área adequada de descanso está disponível para os profissionais</p>	<p>O</p>	<p>Não abrange todos os profissionais.</p>
<p>4.13 Material/dispositivos de trabalho estão disponíveis para mobilizar os pacientes, minimizando o risco de lesões dos profissionais.</p>	<p>E</p>	<p><i>Slide-shit</i>, transfer <i>Rollaid</i>, Elevador de transferência</p>
<p>4.14 Promovem atividades em grupo para promover as relações positivas entre os membros da equipa</p>	<p>D</p>	<p>Mural SMI na copa intermédia, com atividades de equipa, como <i>famillyday</i>.</p>

Estratégia 5: Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

O síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), ocorre num número significativo de doentes, caracteriza-se por:

- sintomas físicos como dor persistente, hipotonia muscular, desnutrição, úlcera por pressão, alterações do padrão de sono, necessidade do uso de dispositivos e de Ventilação não-invasiva;
- sintomas neuropsicológicos, como déficits cognitivos, alterações da memória, atenção, velocidade do processo mental;
- Sintomas emocionais, como ansiedade, perturbação de pânico, depressão.

O SPICI afeta não só a pessoa internada, mas também a família, sendo esta parte fundamental para minimizar esta síndrome, podendo participar nos autocuidados mais simples durante o internamento na UCI, ajudando a manter orientação temporal e espacial. Esta transição de processos de vida aúde/doença pode desencadear uma crise familiar no que toca ao papel familiar da pessoa internada que entra em rutura bem como toda a estrutura familiar. Posto isto, é importante que a equipa multidisciplinar esteja sensibilizada para este fato e possa mobilizar recursos para dar o apoio psicológico necessário.

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
PREVENÇÃO E TRATAMENTO		
5.1 Há um protocolo interprofissional para a prevenção e o manejo da PICS para pacientes e familiares.	O	Protocolo nº 2774.0 Analgesia, sedação e <i>delirium</i>
5.2 Há um protocolo atualizado de analgesia e sedação	O	Protocolo nº 2774.0 Analgesia, sedação e <i>delirium</i>
5.3 Há monitoramento dos níveis de analgesia e sedação, por meio de escalas validadas	O	Cumpre.
5.4 Há um protocolo atualizado de desconexão da ventilação mecânica	O	Protocolo nº2732.0 Desmame ventilatório.
5.5 Há um protocolo atualizado de prevenção e manejo do <i>delirium</i>	O	Protocolo nº 2774.0 Analgesia, sedação e <i>delirium</i>
5.6 Há um protocolo de fisioterapia respiratória precoce para os pacientes gravemente doentes	O	Cumprido pelo Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação – não existe protocolo de fisioterapia respiratória
5.7 Há um protocolo de mobilização precoce	O	Cumprido pelo Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação – não existe protocolo de Mobilização precoce

5.8 Um fisioterapeuta integrado à equipe assistencial está disponível	D	Enfermeiro especialista em reabilitação 12h de 2ª a 6ªfeira e 7h aos fins-de-semana, com protocolo com o serviço de medicina física e reabilitação.
5.9 Aplicam-se outras medidas de prevenção e tratamento de doença neuromuscular (adequação do medicamento curatisante, uso de prótese antiequino, entre outros).	O	Confere.
5.10 Um protocolo de passeios fora da UCI está disponível para doentes selecionados que possam se beneficiar dele	D	Não existe Protocolo, no entanto efetua-se ocasionalmente.
5.11 Há um protocolo que implementa os Diários de internamento no SMI	D	Implementado o uso de diário de internamento em cuidados intensivos, destinados a colaboradores e familiares, no entanto não existe protocolo
5.12 Terapia ocupacional está disponível como medida de prevenção e tratamento do <i>delirium</i> na PSC	E	Não confere.

SEGUIMENTO

5.13 Realiza-se uma avaliação física funcional que conste no relatório de alta do doente	E	Utilizadas <i>Frailty Scale (CSF)</i> e <i>ICU Mobility Scale(IMS)</i>
5.14 Realiza-se uma avaliação psicológica que conste no relatório de alta do doente	E	Confere.
5.15 Realiza-se uma avaliação cognitiva que conste no relatório de alta do doente	E	Não confere.
5.16 Há um protocolo de seguimento intra-hospitalar de pacientes e familiares com SPICI na alta do SMI	D	Confere. São Implementadas consultas de Follow-up com equipa multidisciplinar ainda em regime de internamento.
5.17 Há uma consulta específica de seguimento de pacientes com risco de SPICI após a alta do hospital	D	Confere. Implementadas consultas de Follow-up com equipa multidisciplinar, destinadas a doente e família.
5.18 Empregam-se instrumentos validados para mensurar a qualidade de vida do doente antes e após a entrada na UCI	D	Aplicado questionário de Saúde EQ-5D.
5.19 Realizam-se “grupos de apoio” para ex-doentes do SMI e seus familiares	D	Não confere.

Estratégia 6: Cuidados em fim de vida

Os cuidados paliativos e intensivos deveriam coexistir durante todo o processo de internamento da PSC. Embora o objetivo fundamental da terapia intensiva seja restituir a situação prévia à entrada da UCI, nem sempre isso é possível e deve se modificar de forma dinâmica e se orientar para reduzir o sofrimento e oferecer os melhores cuidados, principalmente no final da vida. A atenção paliativa tem o intuito de proporcionar um cuidado integral ao doente e familiares, com a intenção de permitir uma morte livre de mal-estar e sofrimento ao paciente e familiares, segundo os seus desejos e padrões clínicos, culturais e éticos. (HU-CI, 2019)

A limitação do suporte vital, que é frequente no paciente crítico, deve se realizar seguindo as diretrizes e recomendações estabelecidas pelas sociedades científicas.

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
PROTOSCOLOS DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA		
6.1 á um protocolo multiprofissional de Cuidados no final da vida no paciente crítico, adaptado às recomendações das Sociedades Científicas	O	Não confere
6.2 Há um procedimento para identificação das necessidades paliativas em pacientes internados na UTI	O	Não confere
6.3 Utiliza-se uma sinalização adequada para que os profissionais identifiquem os quartos dos pacientes que se encontram em situação de final de vida/LTSV	E	Sinalética: <i>Silêncio, por favor</i>
SUPORTE DE SINTOMAS FISICOS		

6.4 Instaure-se sedação paliativa adequada aos pacientes em situação no final da vida, segundo o protocolo estabelecido	O	Confere
6.5 Há um registo adequado da decisão de se instaurar sedação paliativa (termo de consentimento informado, medicamentos, indicação...	O	Confere.
ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES AO FINAL DA VIDA		
6.6 Facilita-se o acompanhamento contínuo dos familiares de pessoas em situação no final da vida	O	Confere
6.7 Facilita-se a formação no acompanhamento no final da vida e atenção a dor aos profissionais envolvidos no cuidado do doente/família	O	Formação em serviço.
6.8 Aplicam-se estratégias de apoio emocional a pacientes e familiares em situações no final da vida	E	Confere.
6.9 Consulta-se, de modo sistemático, o registo de vontades e diretrizes antecipadas nos doentes que	O	Confere

entraram na UCI, especialmente aqueles em que se realize limitação dos tratamentos de suporte vital		
6.10 Incorporam-se as vontades antecipadas na tomada de decisões, tendo uniformidade do processo no histórico clínico	O	Confere
6.11 Quando não existem vontades antecipadas, planeja-se a decisão de modo compartilhado com o doente e sua família	O	Confere
6.12 Oferece-se apoio emocional e de suporte aos profissionais que participam nos cuidados ao final da vida, com o objetivo de reduzir a aparição de síndromes, tais como o sofrimento moral, a percepção de cuidados inadequados e a fadiga por compaixão	D	Confere
6.13 Identifica-se a figura do representante para a tomada de decisões em doentes não capazes	O	Confere.
6.14 Existe a possibilidade de apoio de serviço de cuidados paliativos	D	Confere, mediante apoio de serviço de cuidados paliativos.
PROTOCOLO DE LIMITAÇÃO DOS TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL		

6.15 Há um protocolo de Limitação dos Tratamentos de Suporte Vital (LTSV)	O	Não confere
6.16 Utiliza-se um registo específico para a LTSV	O	Não confere
6.17 Há procedimentos para a resolução de conflitos relacionados com os tratamentos considerados potencialmente inadequados	D	Não confere
6.18 incorpora-se a doação de órgãos e tecidos nos cuidados ao final da vida nos casos em que seja indicado	O	Confere.
6.19 Facilita-se a formação específica aos profissionais em aspetos bioéticos e legais, relacionados com a tomada de decisões e os cuidados no final da vida	E	Confere.
6.20 Avalia-se a satisfação dos familiares dos doentes falecidos na UCI sobre os cuidados no final da vida	D	Confere, presente em inquérito de satisfação
IMPLICAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS DE LTSV		

6.21 A decisão de LTSV é realizada contando com a participação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados ao doente, com o objetivo de se ter um maior consenso pela equipa	O	Confere
6.22 Dispõe-se de protocolos e ferramentas que facilitem a avaliação prognóstica e tomada de decisões nos pacientes com alta probabilidade de falecimento	D	Não confere.
6.23 Dispõe-se de um procedimento de consulta com o Comitê de Ética Médica para casos em que não há o consenso	O	Confere

Estratégia 7: Infraestrutura Humanizada

O espaço físico nas unidades de cuidados intensivos deve permitir que a permanência nestes locais seja tida em conta e haja valorização de um ambiente saudável, que ajuda na otimização geral do doente quer fisicamente como também psicologicamente. Serve a presente estratégia, para a promoção de espaços em que a eficácia técnica se une à qualidade da atenção e à comodidade de todos os usuários, considerando que um design adequado pode ajudar a reduzir erros dos profissionais, melhorar os resultados dos doentes, como a redução da estadia média, e contribuir com possível papel no controle de custos. Essas modificações podem influenciar positivamente nos sentimentos e nas emoções, favorecendo espaços humanizados adaptados à funcionalidade das unidades. Espaços de acordo com os processos que ocorrem nelas, com a máxima funcionalidade possível, considerando as necessidades de todos os usuários envolvidos. Esse conceito também se aplica às salas de espera, que devem ser redesenhadas de modo que sejam convertidas em “salas de estar” e ofereçam um maior conforto e funcionalidade às famílias.

Estratégia	Categoria (OED)	Prova/documento
PRIVACIDADE DO DOENTE		
7.1 Há quartos individuais	D	A Unidade dispõe de espaço em formato <i>open-space</i> e quartos individuais.
7.2 Os quartos individuais têm janelas e portas translúcidas, as quais os funcionários podem escurecer para realizarem exames, procedimentos ou qualquer outro ato que requeira a privacidade do doente e de sua família.	D	Cumpre na área designada de SMI – II
7.3 Há biombos, cortinas e outros elementos de separação, com material antimicrobiano e de fácil limpeza, que possibilitam a privacidade.	O	Confere
7.4 Há chuveiro acessível aos pacientes ou sanitários/chuveiros portáteis que garantem uma mínima intimidade para as funções fisiológicas que geram pudor	D	Confere

CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE

7.5 Dispõe-se de luz natural que chega em quantidade e qualidade suficiente ao paciente, com opção de escurecimento	D	Confere
7.6 Incorporam-se cores ou imagens adequadas aos pacientes. Presta-se atenção, além disso, ao teto e à parte alta das paredes em frente ao paciente.	D	Não confere
7.7 Há mobília adequada e corretamente distribuída para criar um espaço funcional, com uma ótima circulação, evitando-se incômodos e obstáculos desnecessários	O	Confere
7.8 Conta-se com opções de “personalização do espaço” (fotos da família, desenhos de familiares, cartões com mensagens carinhosas, fotos de bandas musicais ou equipes de futebol etc.	O	Confere
7.9 Há o controle autônomo e individualizado em cada quarto da temperatura, umidade e ventilação conforme as normas publicadas	D	Confere.

7.10 Há um sistema para controle de luz, em quantidade suficiente em todas os quartos de pacientes	O	Confere
7.11 São definidas e promovidas medidas de controle do ruído ambiente	O	Confere
ORIENTAÇÃO DO DOENTE		
7.12 Dispõe-se de conexão visual com a parte externa (janela em uma altura adequada), para não perder a orientação e manter o ciclo circadiano	D	Confere
7.13 Dispõe-se de elementos que facilitam a orientação temporal de fácil acesso e visibilidade (como relógio e/ou calendário)	O	Confere
7.14 Estão disponíveis sistemas de comunicação potencializada /alternativa	O	Pasta com pictogramas; <i>quadro mágico</i> ; diário de internamento em cuidados intensivos para utente e família, papel.
7.15 Há um sistema em que os pacientes ou familiares podem chamar os profissionais quando precisarem	O	Confere

7.16 Quando o quarto não tem luz natural e/ou janela, há janelas virtuais digitais ou vinis que se assemelham a paisagens	D	Não confere
CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES		
7.17 Há uma sinalização adequada e visível dos quartos e a indicação das vias de acesso, mantendo-se a estética estabelecida para a unidade.	O	Confere.
7.18 Há uma orientação quanto ao uso como “salas de estar” do espaço em que se encontram os familiares no período em que não estão na unidade	E	Não confere
7.19 Há quartos para familiares em situações especiais, que garantem privacidade, sempre que possível	D	Confere.
7.20 Há um quarto de despedida, em que se pode acompanhar uma pessoa no processo de morte em condições de intimidade	D	Confere.

CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS

7.21 Realiza-se o controle acústico adequado na área de trabalho.	O	Confere
7.22 Possibilita-se o acesso adequado à documentação com postos de computadores suficientes e avisos de monitorização nas salas de médicos e de enfermeiros	O	Confere
7.23 Há um sistema de informação clínico adaptado ao fluxo de trabalho da Unidade que permite trabalhar em rede	O	Confere
7.24 Há um sistema de monitorização central que reúne todos os monitores da unidade, controlados pelos médicos e enfermeiros, a partir de um espaço facilmente acessível	E	Confere
7.25 Há um sistema de visualização adequada do doente a partir da central ou balcão de enfermagem	E	Confere

CONFORTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA E DE PROFISSIONAIS

7.26 Há espaços de trabalho adequados, dotados de instalações necessárias para se realizar a assistência habitual	O	Confere
7.27 Há quartos para profissionais plantonistas, com espaços adequados e mantendo-se o fio condutor estético marcado na unidade	O	Em falta para equipa assistencial de enfermagem.
7.28 Uma sala de estar está disponível para profissionais com acesso rápido à unidade	O	Confere

DISTRAÇÃO DO PACIENTE

7.29 Luz está disponível para leitura	D	Confere
7.30 Dispõe-se de conexão wi-fi para uso de tablets e celulares que permitam que o paciente se comunique com seus familiares e esteja conectado com o mundo externo, favorecendo seu entretenimento	D	Sinal de Wi-Fi fraco/ nem sempre disponível.

7.31 É permitido o uso de telefones dentro do quarto	O	Confere
7.32 O uso de meios de entretenimento é facilitado aos pacientes com a regulamentação devida da utilização (leitura, jogos, dispositivos de multimídia, rádio, TV...)	E	Confere
HABILITAR ESPAÇOS EM JARDINS OU PÁTIOS		
7.33 Dispõe-se de espaços em jardins, pátios ou terraços para pacientes nos quais está indicado, com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc.)	D	Não confere

CONCLUSÃO

À luz da análise dos resultados da auditoria, penso ser seguro referir que o SMI, é um exemplo que devia ter transversalidade a todas as unidades nacionais. Os cuidados em fim de vida, é o tópico menos desenvolvido ou que há menos evidência dos mesmos, como pontos mais sólidos, saliento o cuidado ao profissional, o seguimento à família e pessoa com SPICI e a comunicação.

São cumpridas a maioria das boas práticas preconizadas no manual da HU-CI no quotidiano do SMI, podendo a unidade candidatar-se a certificação e reconhecimento de UCI humanizada à luz deste programa.

BIBLIOGRAFIA

- (s.d.). Obtido de RCP LUCAS: <https://www.lucas-cpr.com/pt/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- DGS. (14 de Novembro de 2001). *Rede de referência hospitalar de urgência e emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- DGS. (30 de dezembro de 2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. *norma 020/2014*.
- DGS. (04 de novembro de 2015). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. *norma 015/2013*.
- DGS. (06 de agosto de 2015). Medicamentos de Alerta Máximo. *norma nº014/2015*, p. 2015.
- DGS. (2016). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência.
- DGS. (08 de fevereiro de 2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saude. *norma 001/2017*.
- DGS. (09 de 01 de 2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>
- Grupo Portugues de Triagem. (2000). *Protocolo de Manchester*. Obtido de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Heróis FAST. (s.d.). Obtido de <https://pt-pt.fastheroes.com/about-2/>
- HU-CI, G. d. (2019). *Manual de boas práticas de humanização de unidades de Terapia Intensiva*. Madrid.
- Imai, M. (s.d.). *Kaizen institute*. Obtido de https://pt.kaizen.com/o-que-e-kaizen#definition_kaizen
- Médicos, O. d. (22 de abril de 1994). *Critérios de morte cerebral*. Obtido de https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=237&tabela=leis
- Meleis, A. e. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*.
- Ministério da Saúde, m.-s. (2003). *Direção de serviços de planeamento*.
- Ordem dos enfermeiros. (Setembro de 4 de 1998). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). código deontológico do enfermeiro. p. 10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2015). código deontológico dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2ªserie, 26).
- saude, m. d. (2002). Despacho normativo 11/2002. Portugal.
- SPCI. (2008). *Recomendações para Transporte de Doentes Críticos*. Obtido de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- ULSM. (2021). *Departamento de Emergência e Medicina Intensiva*. Obtido de Unidade Local de Saude de Matosinhos: <https://www.ulsm.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

