



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O ENFERMEIRO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: SÍNDROME DE BURNOUT EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

Carla Sofia Cordeiro Vaz



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Carla Sofia Cordeiro Vaz

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**O ENFERMEIRO EM UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS: SÍNDROME DE BURNOUT EM TEMPOS DE
PANDEMIA COVID-19**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Clementina Sousa

Dezembro de 2022

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de saúde, que neste tempo de pandemia demonstraram resiliência e profissionalismo, pelo carinho e dedicação que dão a cada pessoa que cuidam.

Agradeço à minha família, pelo incentivo, força e pelo suporte em todas as fases da minha vida.

Agradeço à Professora Doutora Clementina Sousa, pela orientação, disponibilidade e motivação transmitida ao longo de todo o processo.

PENSAMENTO

“A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido
e não na vitória propriamente dita.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP), inserida no 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizou-se um estágio num Serviço de Medicina Intensiva (Unidade de Cuidados Intensivos [UCI]), com relatório final referente às atividades desenvolvidas. Este relatório tem como base uma metodologia de análise crítico-reflexiva, principiando pela sistematização dos saberes e competências desenvolvidos no estágio, centrados nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área à pessoa em situação crítica.

Este exercício fez-se a partir dos padrões do conhecimento em enfermagem que conduziram à integração de competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, suportadas por uma base ética e deontológica, que promove a prestação de cuidados, formação e gestão e investigação. Para o desenvolvimento e aquisição destas competências, emergiram diversas atividades no contexto de estágio, que foram realizadas sustentadas num diagnóstico de necessidades, em bases teóricas e na evidência científica, de modo a garantir uma prática especializada para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a excelência no exercício da profissão.

Almejamos com a especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, prestar cuidados de excelência, contribuindo para a melhoria do ambiente da prática de enfermagem, através de uma assistência avançada, baseada na qualidade, eficiência, eficácia e segurança, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

No âmbito da investigação, desenvolvemos um estudo sobre burnout nos enfermeiros da UCI, durante a pandemia COVID-19, tendo como objetivos avaliar os níveis de burnout nos enfermeiros da UCI de um hospital polivalente da região norte do país e analisar a influência de variáveis socioprofissionais no burnout, através de um questionário sociodemográfico e do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) traduzido e validado em Portugal, aplicado a 83 enfermeiros da UCI, com idades compreendidas entre os 24 e os 62 anos.

A pertinência do tema decorre da síndrome de burnout nos profissionais de saúde ser uma realidade e um problema, uma vez que leva ao comprometimento da qualidade dos cuidados prestados ao utente e familiares.

Os resultados obtidos evidenciaram que os enfermeiros apresentavam níveis elevados de Burnout Total e na dimensão Burnout Trabalho. Na relação entre as variáveis socioprofissionais e o burnout, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Em suma, as instituições de saúde devem preconizar, de forma regular, a vigilância e controlo dos níveis de burnout nos seus profissionais. Protocolos e instrumentos de avaliação devem ser desenvolvidos, de forma a monitorizar a saúde mental dos profissionais e desenvolver estratégias que assegurem bons níveis de saúde mental positiva, para fomentar a satisfação profissional e qualidade nos cuidados que prestam.

Desta experiência de formação clínica, salienta-se a importância da intervenção pró-ativa do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica num ambiente tão complexo como uma UCI, na promoção da formação contínua na equipa multidisciplinar e na diferenciação dos cuidados de enfermagem. Como contributos pessoais salienta-se a oportunidade de desenvolvimento profissional no aprofundamento de competências para o saber agir diferenciador em contextos imprevisíveis e na reflexão sobre as práticas.

Palavras-Chave: Cuidados especializados de Enfermagem; Pessoa em situação crítica; Cuidados intensivos; Enfermeiros; Burnout; COVID-19.

ABSTRACT

A clinical practice in a Critical Care Unit has been accomplished with a final essay that describes all the activities developed. This practice is included on the Professional Clinical Practice module, from the 1st semester of the 2nd year of the Nursing master's with Specialization in Medical-Surgical Nursing. A critical-reflective analysis methodology was used for this essay, starting with systematization of the knowledge and competences developed, centred on the common competences domains of the specialist nurse and on the specific competences of the specialist nurse in medical-surgical nursing, in critical care.

This exercise was based on nursing knowledge standards that led to the integration of technical, scientific, human and connection skills supported by an ethical and deontological theory which promotes the nursing care, training, and management, as well as research. For the development and acquisition of these skills, several activities took place during the clinical practice that were carried out based on nursing theory and scientific evidence, to guarantee quality care improvement and professional excellency.

With the nursing specialisation is intended to reach the excellency of care, leading to the improvement of the nursing care environment, through an advanced assistance based on quality, efficiency, effectiveness, and security, with high levels of clinical assessment and decision.

As part of the investigation, a study was developed about burnout affecting critical care nurses, during the pandemic time. The significance of this theme arises from the fact that burnout syndrome in healthcare professionals is a reality and a problem since it can compromise the quality of the care provided to the patient and to his social network, as it is a problem exacerbated by the pandemic scenario caused by COVID-19.

This study aims to measure the levels of burnout in ICU nurses of a main hospital in the north of the country. Also to analyse the influence of social and professional variables on burnout, through a social and demographic questionnaire and with the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) validated for Portuguese population. These questionnaires were applied to 83 nurses from an ICU, with ages between 24 and 62 years.

The results obtained revealed high levels of burnout among nurses, in general and in the work burnout dimension. In the relationship between socio-professional variables and burnout, no statistically significant differences were found.

We can assume that health institutions should acknowledge, on a regular basis, the surveillance and control of burnout levels among their professionals. Assessment protocols and other evaluation instruments must be developed to monitor the mental health in healthcare professionals and develop strategies that guarantee good levels of positive mental health and to encourage work satisfaction and improve quality care.

From this experience of clinical training, the importance of proactive intervention by nurses specializing in medical-surgical nursing in an environment as complex as an ICU is highlighted, in promoting continuous training in the multidisciplinary team and in the differentiation of nursing care. As personal contributions, emphasis should be placed on the opportunity for professional development in deepening skills to know how to act in differentiating situations in unpredictable contexts and in reflection on practices.

Keywords: Specialized nursing care; Person in critical situation; Intensive care; nurses; Burnout; COVID-19.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARDS: Acute respiratory distress syndrome

BP: Burnout Pessoal

BT: Burnout Trabalho

BU: Burnout Utente

BPS: Behavior Pain Scale

CHUPORTO: Centro Hospitalar Universitário do Porto

CIPE: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

COVID-19: Coronavirus Disease

DGS: Direção Geral de Saúde

DV: Decúbito Ventral

EE: Enfermeiro Especialista

EEEMC: Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem

EEEMCPSC: Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa Situação Crítica em Enfermagem

EEPSC: Enfermeiro Especialista na Pessoa Situação Crítica

EPSC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ENP: Estágio de Natureza Profissional

EPI: Equipamento de Proteção Individual

Et al.: e outros

IACS: Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN- International Council of Nurses

IR: Insuficiência Respiratória

KPC: Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

MBI: Maslach Burnout Inventory

MI: Medicina Intensiva

OE: Ordem dos Enfermeiros

OM: Ordem dos Médicos

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAI: Pneumonia Associada à Intubação

PBCI: Precauções Básicas no Controlo de Infecção

PQCEEEPSC: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PCR: Paragem Cárdio- Respiratória

PPCIRA: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC: Pessoa em Situação Crítica

REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMN: Ressonância Magnética

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus - 2

SCI: Serviço de Cuidados Intensivos

SMI: Serviço de Medicina Intensiva

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPCI: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TAC: Tomografia axial computadorizada

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UMI: Unidade de Medicina Intensiva

VMI: Ventilação Mecânica Invasiva

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT	VI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VIII
SUMÁRIO.....	X
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS.....	XII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: O PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL. 6	
1.1. MEDICINA INTENSIVA EM FASE PANDÉMICA.....	7
1.2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	13
2. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	17
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	21
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	25
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS E DE CUIDADOS.....	32
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	37
3.5. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS.....	41
3.5.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	41
3.5.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	51
3.5.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	54
PARTE II - O PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO: O ENFERMEIRO DA UCI E O SÍNDROME DE BURNOUT EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	60
4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	61
4.1. BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	61
4.2. BURNOUT EM CONTEXTO DE PANDEMIA	67
5. PERCURSO METODOLÓGICO	72

5.1. DA JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS E FINALIDADE	72
5.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	73
5.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO E HIPÓTESES.....	73
5.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	74
5.5. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS...	75
5.6. TRATAMENTO DE DADOS	77
5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	78
6. RESULTADOS	79
6.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA	79
6.2. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SEU NÍVEL DE BURNOUT	81
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
8. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICES	115
APÊNDICE I – Planeamento da Sessão de Formação subordinada ao tema Dreno Torácico: Cuidados de Enfermagem	116
APÊNDICE II – Diapositivos para a apresentação da Ação de Formação realizada no SCI do CHUPorto, subordinada ao tema Dreno Torácico: Cuidados de Enfermagem	120
APÊNDICE III – Resultados da avaliação da Ação de Formação realizada no SCI do CHUPorto, subordinada ao tema Dreno Torácico: Cuidados de Enfermagem	135
APÊNDICE IV – Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	137
APÊNDICE V – Consentimento informado	140
ANEXOS	143
ANEXO I – Questionário Copenhagen Burnout Inventory – CBI-PT	144
Anexo II – Autorização para utilização do instrumento Copenhagen Burnout Inventory – CBI-PT	147
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética e do Concelho de Administração da instituição	149

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Índice de tabelas:

Tabela 1: Classificação das UCI

Tabela 2: Coeficiente de Consistência interna do CBI

Tabela 3: Valores de correlação (Pearson) para as dimensões do CBI

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 5: Perceção dos enfermeiros quanto à Síndrome de Burnout

Tabela 6: Relação entre o Burnout e o género

Tabela 7: Relação entre o Burnout e idade

Tabela 8: Relação entre o Burnout e ter ou não filhos

Tabela 9: Relação entre o Burnout e ter ou não dependentes a cargo

Tabela 10: Relação entre o Burnout e a coabitação

Tabela 11: Relação entre o Burnout e as habilitações académicas

Tabela 12: Relação entre o Burnout e a especialidade em enfermagem

Tabela 13: Relação entre o Burnout e o tempo de atividade profissional

Tabela 14: Relação entre o Burnout e o tempo de atividade profissional na UCI

Índice de figuras:

Figura 1: Número de camas em Portugal por áreas de Região de Saúde

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP), inserida no 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, de acordo com o Despacho nº 7710/2018. Elaborou-se de forma a descrever e refletir criticamente as atividades desenvolvidas durante o percurso do estágio realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), num Hospital Polivalente da Região Norte do país.

O objetivo primordial deste documento é destacar os principais contributos que fomentaram o crescimento pessoal e profissional, no sentido de validar o desenvolvimento e a aquisição de competências especializadas comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC).

Com o decorrer dos anos, tem-se verificado uma evolução demográfica e tecnológica dos processos de diagnóstico e de terapêutica que, em conjunto com a legítima exigência dos cidadãos e complexidade das suas necessidades em saúde, conduz a uma adaptação e modernização da prestação dos cuidados por parte das organizações, e consequentemente à necessidade de profissionais mais qualificados. Como consequência dessa modificação, têm surgido alterações nas dinâmicas das equipas de saúde, nomeadamente na enfermagem, conducentes a um investimento na especialização e formação dos profissionais que lhes “permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde” (Lopes et al., 2018).

A profissão de enfermagem, resultante destas e de muitas outras circunstâncias, tem sido, entre todas as profissões da área da saúde, das que maior evolução e desenvolvimento tem sofrido nas últimas décadas. Neste contexto particularmente exigente, através das especializações nas diferentes áreas, a Enfermagem procura prestar cuidados de excelência, contribuindo para a melhoria do ambiente da sua prática clínica, através de uma assistência avançada, baseada na evidência, qualidade, eficiência, eficácia e segurança, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, pelos seus profissionais.

Perante a complexidade de conhecimentos e exigência crescente na diferenciação dos cuidados prestados aos doentes¹/família, no sentido da aquisição dos cuidados adequados às suas necessidades e expectativas, referenciadas nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade (Ordem dos enfermeiros [OE], 2011), emergiu a motivação de prosseguir com a nossa formação especializada e o desenvolvimento de competências nos domínios científico, técnico, na formação e na gestão com base na evidência científica, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar.

O enfermeiro especialista, resultante do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e relativamente a um determinado contexto de intervenção, fundamenta o seu exercício profissional numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando-os na formação, na investigação e na assessoria, em coerência com a sua área de especialização (Regulamento n.º 140, 2019).

De forma a desenvolver uma prática de enfermagem especializada e de sustentar a tomada de decisão clínica de enfermeiro perito na prestação de cuidados, importa referir o modelo de aquisição de competências de Patricia Benner, que definiu como perito, aquele que suporta a sua ação a partir de uma grande experiência, e compreende de forma intuitiva cada situação, sem deixar de refletir criticamente nas intervenções de enfermagem. Com um desempenho indubitavelmente complexo e eficaz, com base no conhecimento clínico, este é reconhecido pelos seus pares e pela restante equipa multidisciplinar, pela diferença nos resultados que advêm da prática de um cuidar especializado (Nunes, 2010).

Do EEEMCPSC, que importa aqui relevar, requer-se uma procura contínua e sistematizada do conhecimento e habilidades com o objetivo de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil (Regulamento n.º 429, 2018), tendo por base “cuidados altamente e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...) e tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento 429, 2018, p.19362).

Por conseguinte, torna-se importante que o enfermeiro especialista em EMC na área à pessoa em situação crítica garanta os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional: a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e

¹ Ao longo deste relatório quando se utiliza o termo utente/doente/doente crítico refere-se à “pessoa em situação crítica” que é alvo dos cuidados de enfermagem definidos no Regulamento n.º 429/2018.

autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo de infeção (OE, 2017).

Os últimos dois anos têm sido particularmente desafiantes para a Enfermagem, devido ao surto pandémico provocado pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus - 2* (SARS-CoV-2), desde 11 de março de 2020, anunciado pelo Diretor Geral da *World Health Organization* (WHO). Esta Pandemia exigiu da medicina intensiva novas respostas, quer do ponto de vista profissional e humano, quer do ponto de vista material e afetou disruptivamente o nosso dia-a-dia, reforçando a incerteza e o desconhecido com especial impacto no local de trabalho. Em se tratando de unidades de medicina intensiva, submete os profissionais a cargas excessivas de stress, promovendo um declínio da sua saúde física e mental, e por consequência, diminuição de qualidade de vida. Das principais patologias que afetam os profissionais de saúde destaca-se a síndrome de burnout (Christofoletti, 2008), visto o seu trabalho ser caracterizado pela peculiar dimensão do ato de cuidar, levando muitas vezes a um estado de exaustão emocional (De Valk & Oostrom, 2007).

Assim, após pesquisa bibliográfica e com base nos dados recolhidos, e na constatação verbal por parte de pares, sobre a dificuldade inerente ao exercício profissional, tendo em conta as exigências da profissão e das provas diárias às habilidades emotivas e capacidades de resiliência inerentes à prática de enfermagem incrementadas pela pandemia COVID-19, emergiu a motivação para a realização de um projeto de investigação cuja temática é burnout nos Enfermeiros de uma UCI² em tempos de pandemia COVID-19.

Com a realização do ENP, tendo por base o plano de estudos da unidade curricular, pretendeu-se:

- a) Consolidar a intervenção em enfermagem à PSC:
 - o Intervir em situações requerentes de cuidados especializados na área de Enfermagem médico-cirúrgica à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença;
 - o Assistir a pessoa/ família nas perturbações emocionais consequentes da situação crítica resultante da COVID-19;

² Ao longo deste relatório quando se utiliza o termo UCI, refere-se a Serviço de Medicina Intensiva

- Demonstrar conhecimentos e práticas na prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, com vista à segurança e qualidade dos cuidados.
- b) Desenvolver competências e participar ativamente na gestão e organização do serviço, de recursos materiais e humanos, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança dos cuidados;
- c) Identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados adotado no local de estágio;
- d) Aprofundar conhecimentos e adquirir competências no âmbito da dinamização da formação em serviço;
- e) Perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação das práticas em enfermagem à PSC;
- f) Agir em conformidade com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais;
- g) Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- h) Desenvolver competências no âmbito da investigação, tomando como objeto de estudo as problemáticas dos contextos reais da prática de enfermagem à PSC;
- i) Desenvolver competências no âmbito da investigação.

Com a realização deste relatório, pretendeu-se descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do ENP, tomando como objeto de estudo, as problemáticas dos contextos reais da prática de enfermagem à PSC.

O relatório encontra-se dividido em duas partes: na primeira, aborda-se o contexto do ENP, as competências do EEMC e a análise crítica e reflexiva das competências adquiridas; na segunda, apresenta-se o estudo de investigação realizado sobre a temática “síndrome de burnout no Enfermeiro da UCI em tempos de pandemia COVID-19”. Por fim, narra-se a conclusão e apresenta-se uma reflexão sobre os contributos do ENP para o desenvolvimento pessoal e de competências profissionais especializadas.

**PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: O PERCURSO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Os cuidados de saúde e, concludentemente, os cuidados de enfermagem, assumem uma grande importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma crescente realidade que abrange a globalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140, 2019).

A Enfermagem, enquanto disciplina científica do conhecimento, é fundamentada na sua atividade por um processo de atingimento de competência dos seus profissionais que, para além dos conhecimentos teóricos, pressupõe a realização de formação em contextos práticos, essencial para conciliar os conhecimentos teóricos adquiridos com uma multiplicidade de situações experienciadas nos locais de prática clínica, desenvolvendo um processo de reflexão crítica para a tomada de decisão em cuidados.

A reflexão crítica estruturada é um processo de análise consciente, dinâmico e persistente, em busca do atingimento de uma nova compreensão e apreciação da prática. O processo reflexivo é um veículo de aprendizagem, pois é através deste que o sujeito se torna sabedor daquilo que faz e de como faz, desenvolvendo-se por etapas. Inicia-se com a própria percepção de uma situação especialmente significativa, prosseguindo com uma descrição pela narrativa, sem juízos de valores, à qual, à posteriori se faz uma análise crítica (Santos & Fernandes, 2004).

Centrada no crescimento profissional e no desenvolvimento de competências específicas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), pese embora, toda a experiência profissional passe pelos cuidados intensivos, optou-se ainda assim, pela realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) num Serviço de Medicina Intensiva (MI) de um Centro Hospitalar e Universitário na zona norte de Portugal, na expectativa de se obter um maior e diversificado campo de oportunidades de aprendizagem, adquirir novas formas de abordar a Pessoa em Situação Crítica (PSC), sob a perspetiva da gestão dos cuidados e dos recursos materiais e humanos, de forma aperfeiçoar as competências existentes e adquirir novas.

Com este capítulo pretende-se descrever e evidenciar aspetos da MI em fase de pandemia Covid-19, o contexto do estágio, o cuidar especializado e as competências profissionais e pessoais desenvolvidas neste estágio, tendo por referência as competências comuns e

específicas do EEEMCPSC, com recurso a uma descrição crítica reflexiva baseada na atualidade e fidedignidade, aplicando preferencialmente as referências bibliográficas primárias e relevantes.

1.1. MEDICINA INTENSIVA EM FASE PANDÉMICA

Florence Nightingale, conhecida como a mãe da enfermagem moderna, iniciou seu percurso naquilo que hoje se entende por Unidade de Medicina Intensiva durante a Guerra da Crimeia em 1854, ao criar, em conjunto com um grupo de enfermeiras, uma área no hospital militar de campanha onde prestavam cuidados de enfermagem a soldados gravemente feridos, separando-os de outros soldados com menor gravidade e colocando-os em áreas de maior vigilância. Da época de Nightingale até meados da década de 1950, os cuidados intensivos eram sobretudo cuidados de enfermagem intensiva. Com a introdução da ventilação mecânica e o desenvolvimento de técnicas de hemodiálise, após a Segunda Guerra Mundial, desencadeou-se a estruturação daquilo que é atualmente o modelo contemporâneo das unidades de MI (Marshall et al., 2017).

A epidemia de poliomielite em Copenhaga, em 1952 deu um impulso na criação de unidades especializadas para o tratamento de doentes críticos e desenvolvimento das primeiras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), particularmente pela necessidade da utilização de suporte respiratório em doentes com insuficiência respiratória (IR) por poliomielite bulbar. A Segunda Guerra Mundial, esta epidemia, bem como, a guerra do Camboja e do Vietname impulsionaram a necessidade de responder às grandes lesões traumáticas e infeções dos feridos, levando a uma mudança de paradigma na assistência no âmbito da medicina intensiva (Paiva et al., 2016).

Em Portugal, foi no final da década de 50 do século XX que surgiram as primeiras UCI, onde existiam equipamentos de monitorização e de tratamento específicos e que englobavam recursos humanos vocacionados e diferenciados para esta nova área da medicina, que têm evoluído em função das necessidades da população (Ministério da Saúde, 2003). Atualmente, grande parte das UCI encontram-se integradas em Serviços de Medicina Intensiva (SMI), constituindo uma parte importante da estrutura hospitalar (Paiva et al., 2016).

A MI resulta do desenvolvimento multidisciplinar que se tem observado nos últimos 50 anos, ao nível da fisiopatologia, da terapêutica e da tecnologia. Tendo como objetivo suportar e

recuperar as funções vitais, visa a criação de oportunidades para uma vida futura com qualidade, sob a condição de se concentrem num mesmo contexto, competências, saberes e tecnologias, que lhe permitam atingir esses objetivos (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com a Direção Geral de Saúde, a MI é “uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas”, que investe na prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas que apresentam “condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2003, p.30), potencialmente reversíveis. Tem como objetivo primário o suporte e recuperação das funções vitais, tratando a doença subjacente de forma a proporcionar uma vida futura com qualidade (Ibidem).

Paiva et al. (2016, p.6) acrescenta ainda, que os serviços de medicina intensiva “devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, nomeadamente no serviço de urgência, salas de emergência, nas unidades intensivas e intermédias e no internamento, através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria”. Posto isto, é cada vez mais imperativa a especialização e diferenciação do conhecimento, com vista ao desenvolvimento da capacidade para abordar de forma global, integrada e multidisciplinar, pessoas em situações complexas e graves.

Atualmente, estas unidades dispõem de uma equipa multidisciplinar e interprofissional especializada e dedicada ao tratamento à PSC, resultante do conhecimento e dos avanços tecnológicos. Dotadas de tecnologia avançada que fornece o suporte a órgãos em disfunção, sobretudo pulmão, sistema cardiovascular e rins, têm, inevitavelmente, de possuir um espaço físico apropriado, com tecnologia de monitorização e suporte, recursos humanos especializados e treinados no cuidado à PSC, uma rede de referência intra e inter-hospitalar, unidades de investigação, educação e qualidade no cuidar (Marshall et al., 2017).

Em maio de 2003, a Ordem dos Médicos (OM) reconhece a necessidade formativa em MI em Portugal, com o documento orientador da formação em MI: Critérios de Idoneidade e de Formação em MI, elaborado pelo colégio de subespecialidade de MI. Contudo, foi apenas a 31 de agosto de 2015 que se reconheceu a especialidade primária de MI, com a publicação dos novos estatutos da OM (Decreto-Lei 117, 2015). No que se refere à Enfermagem, a OE reconheceu e nomeou pela primeira vez no Regulamento nº 124 (2011) as competências específicas do EEEMCEPSC e no Regulamento nº 361 em 2015, os padrões qualidade de enfermagem à PSC, salientando que são referenciais orientadores para a prática especializada do enfermeiro.

Distinguidas em termos de prática, avaliação e investigação, as UCI classificam-se atualmente em três níveis de complexidade (I, II e III), tendo por base a sua capacidade de assistência de cuidados à PSC (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS, 2013]). Penedo et al. (2013) refere que estes podem e devem coexistir na mesma unidade hospitalar, de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis. No que respeita a valências, ou áreas de intervenção médica, as UCI dividem-se em Polivalentes e Monovalentes e em termos de estrutura podem ser abertas, fechadas ou mistas. Em Portugal, as UCI seguem recomendações técnicas específicas para a sua instalação.

Assente na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, também a OE (2019), classifica as UCI em três níveis e recomenda que sejam utilizados os rácios enfermeiro/ pessoa doente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica, conforme se pode consultar na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação das UCI

Nível	Descrição	Rácio Enfermeiro/utente
I	Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior.	1/3
II	Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular) pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior	½
III	Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição, UCI nível III são UCI polivalentes, em que	1/1

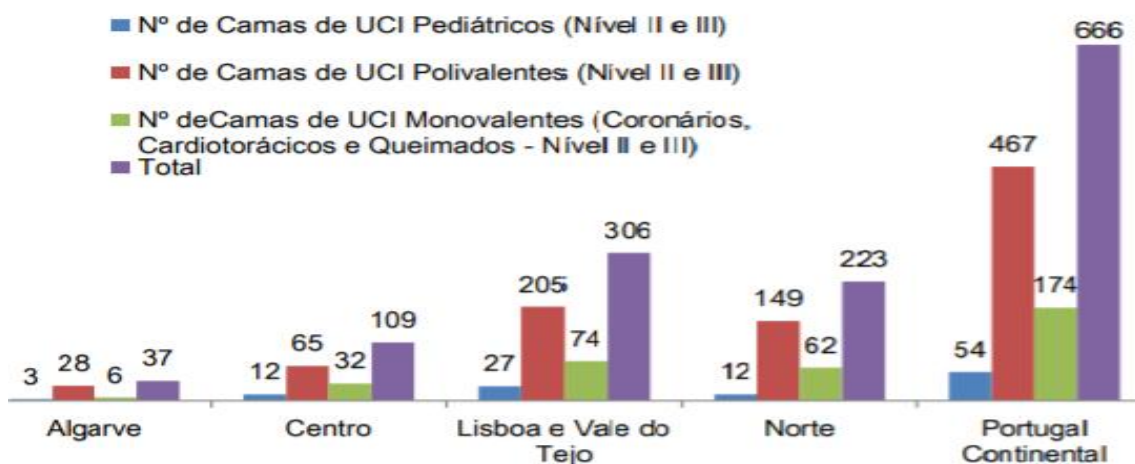
	ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável.	
--	--	--

Fonte: adaptado do Regulamento nº 743, 2109, pp 144 -145

Nesse documento, a OE recomenda que na constituição das equipas das UCI, 50% dos enfermeiros sejam especialistas em EMC “(...) preferencialmente na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno (...)” (Regulamento nº 743, 2019, p.145; OE, 2019). Nas unidades de MI de nível I e II devem integrar, complementarmente, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar o rácio de um enfermeiro por cada oito doentes durante 12 horas de cuidados de enfermagem, em todos os dias da semana. No caso das unidades de MI de nível III, o rácio deve ser de um enfermeiro de reabilitação por cada cinco doentes, mantido também ao longo de 12 horas em todos os dias da semana (Ibidem).

Em 2013, de acordo com Penedo et al., o total de camas em unidades de MI com capacidade de assegurar cuidados de nível II e nível III para adultos, em Portugal, era de 612 como se pode ver no seguinte gráfico da figura 1.

Figura 1 - Número de camas em Portugal por área de Região de Saúde



Fonte: Penedo et al., 2013

Segundo dados da “Rede de Referência de Medicina Intensiva” (2016), Portugal era, no início do século XXI, o país europeu com menor rácio de camas de MI níveis II e III (4,2 por

100 000 habitantes). Ainda que nos últimos anos se tenha observado algum progresso na capacidade instalada de camas de medicina intensiva, estabelecendo-se o rácio em 6,4 camas por 100 000 habitantes, a situação em Portugal, perante a média europeia (11,5 por 100 000 habitantes), é nitidamente insuficiente para as necessidades de cobertura da rede de cuidados críticos (Paiva et al., 2016).

O relatório final sobre a avaliação da situação nacional das UCI pressupunha, no planeamento até 2020, que a evolução implicaria uma inevitável necessidade crescente de cuidados em medicina intensiva, não obstante o papel da promoção da saúde e a prevenção da doença na diminuição da morbilidade e mortalidade (Penedo et al., 2013).

Todavia, toda a planificação viria a ser posta à prova, com o surgimento de uma pandemia à escala mundial. A delegação da *World Health Organization* (WHO) na China, foi informada sobre a presença de alguns casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, a 31 de dezembro de 2019. As autoridades chinesas conseguem isolar um novo tipo de coronavírus pela primeira vez a 7 de janeiro de 2020, posteriormente identificado pela sigla de SARS-CoV-2 (WHO, 2021).

No dia 11 de março de 2020, foi declarada a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2 como pandemia COVID-19, pela WHO (2020), condicionando uma emergência de saúde pública de âmbito internacional.

Em Portugal, o início da transmissão local do vírus SARS-Cov-2 verificou-se no dia 3 de março de 2020, e foi declarada a fase de mitigação a 16 do mesmo mês (DGS, 2020a). O pico dos internamentos e mortes provocados pela infeção associada ao vírus é atingido a 28 de janeiro de 2021, tendo-se registado 6565 internamentos em enfermaria, 782 internamentos em UCI e 303 óbitos (DGS, 2021a).

De acordo com os dados da Comissão Europeia (2020), a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 provocou um forte impacto, tanto a nível dos recursos humanos, como na capacidade instalada das UCI. Segundo informação apresentada pela Ministra da Saúde Doutora Marta Temido, em 2020 os hospitais do SNS dispunham de 1.021 camas para prestar cuidados intensivos de nível II/III e 566 para a prestar cuidados intensivos de nível I (SNS, 2020). Para aumentar a capacidade hospitalar das unidades de MI, foram instituídas algumas medidas de reorganização da rede hospitalar com vista ao tratamento da PSC com infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente a transformação de enfermarias em unidades de

MI, um aumento do número de camas em unidades de MI de nível III, parcerias do SNS com o setor privado e a criação de hospitais de campanha.

Durante a pandemia, os profissionais de saúde destas unidades, estiveram sujeitos ao contágio devido à exposição elevada ao vírus, trabalhando, muitas vezes, num contexto de falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequados.

Segundo Sampaio et al. (2020), os enfermeiros portugueses apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress, quando comparados com a população portuguesa em geral durante a pandemia. Os enfermeiros que consideraram a quantidade e qualidade do EPI inadequados apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, stress e ansiedade, pelo que estes resultados sugerem que o estado de saúde mental dos enfermeiros parece ser particularmente afetado pela pandemia da COVID-19 e que alguns elementos modificáveis podem acentuar os impactos na sua saúde mental.

Trabalhar em grandes hospitais durante a pandemia foi considerado um evento stressor e traumático para muitos profissionais de saúde. Vários estudos comprovaram uma consistente e relevante proporção entre profissionais de saúde, sobretudo os que estiveram na linha da frente a cuidar de PSC com COVID-19, e o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional, nomeadamente burnout. Trabalhar em SMI, a incerteza de lidar com uma doença desconhecida, a rápida disseminação global, a mortalidade significativa da doença e a falta de equipamentos de proteção individual e de protocolos de tratamento eficazes foram fatores predisponentes para a ocorrência de burnout (Lasalvia et al., 2021).

Cuidar a PSC com pneumonia por SARS-CoV-2 foi, talvez, o maior desafio enfrentado pela MI em toda a sua história. Os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos intensivistas e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, souberam dar resposta até 300% mais daquilo que eram as necessidades habituais até então, o que terá sido um desafio logístico e de saúde sem precedentes (Oczkowski et al., 2020).

Face a esta pandemia, a MI demonstrou capacidade de reorganização e adaptação, com resiliência, para possibilitar a excelência do cuidar à PSC, apesar das circunstâncias adversas.

1.2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Para caracterizar o contexto do estágio clínico importa efetuar, não só uma caracterização da UCI, mas também um enquadramento funcional, dinâmico e estrutural do hospital.

O hospital da região norte onde decorreu o ENP é regulado pelos estatutos dos Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia EPE (Entidade Publica Empresarial) do anexo II do Decreto-lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, que regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Publico Administrativo.

Este centro hospitalar tem como visão ser o melhor hospital para cuidar e tratar doentes, o melhor local para trabalhar e destaca-se pelas boas práticas clínicas e de gestão, de acordo com informação presente no seu regulamento interno, disponível na página de internet, de acesso aberto e público. Uma vez que é um hospital central e universitário, pela sua associação com uma faculdade de medicina, tem por missão, para além da prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promover a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.

O mesmo documento apresenta os valores que orientam a prática dos profissionais do hospital, nomeadamente a saúde das pessoas doentes e qualidade do serviço; o orgulho e sentimento de pertença; a excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança; o respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais; a responsabilidade, integridade e ética. Neste contexto, o hospital tem por principal objetivo a prestação de cuidados de saúde à população, desenvolvendo, complementarmente, atividades de investigação, formação e ensino.

O serviço onde decorreu o ENP tem a designação de SMI e está integrado no Departamento de anestesiologia, cuidados intensivos e emergência. Este departamento é constituído pela UCI 1, UCI 2, pela Unidade de Cuidados Intermédios Médico-cirúrgica e pelo Serviço de Urgência. O estágio decorreu apenas no SMI, que integra a UCI 1 e a Unidade de Cuidados Intermédios Médico-cirúrgica, que apresenta a classificação de unidade de nível II e III (Ministério da Saúde, 2003) e com a classificação prevista no Regulamento nº 743 de 2019 da OE. e tem capacidade de resposta à PSC do foro médico e cirúrgico em todas as suas valências, sendo designado um serviço polivalente. “Por definição, os Serviços/ Unidades

de Cuidados Intensivos (nível III) são polivalentes. Ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por que se é responsável” (Ministério da Saúde, 2003, pp 8 e 9).

O SMI apresenta dois pisos: no segundo piso estão as salas de apoio administrativo, sala de espera de visitas, sala de reuniões, copa para alimentação, vestiários e balneários; no primeiro piso estão as salas 1,2 e 3, sendo possível percorrê-las através de uma zona limpa que atravessa todo o serviço (circuito externo).

Cada uma das salas (sala 1, sala 2 e sala 3) tem capacidade para 12 unidades de internamento, perfazendo uma capacidade máxima de 36 camas, das quais 3 são quartos, sem pressões negativas. As unidades são individualizadas por cortinas que garantem a privacidade das pessoas em situação crítica e seus acompanhantes. Há também, em todas as salas, uma casa de banho de apoio, para as pessoas em situação crítica com mobilidade não comprometida. As salas têm, igualmente, música ambiente, televisão e luz natural direta.

Duas das salas (24 camas) funcionam habitualmente como unidades com capacidade de prestação de cuidados de nível II, dispondo, no entanto, de equipamento completo para se transformarem em nível III. De salientar que duas das camas são apenas para situações especiais (situações de pico de afluência, transplantes hepáticos e reno pancreáticos). Cada unidade encontra-se equipada com: uma cama, uma cadeira, uma mesa de apoio e uma mesa de cabeceira com material médico de apoio, um ventilador invasivo e um monitor com capacidade de monitorização invasiva.

Globalmente, no que se refere às tipologias de monitorização, a unidade possui: monitorização hemodinâmica, monitorização ventilatória, monitorização de concentração de dióxido de carbono no final da expiração, pressão intra-arterial, pressão venosa central, pressão intracraniana, pressão intra-abdominal, débito cardíaco, índice Bi – Espectral, espectroscopia por infravermelhos, eletroencefalograma contínuo, monitorização de gases sanguíneos, doseamento de fármacos, maca e mala de transporte com ventilador mecânico. Relativamente aos procedimentos terapêuticos habitualmente disponíveis usufruí de: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, ventilação por oxigenoterapia por alto fluxo, reanimação interna e externa, desfibrilhação, pacemaker e hipotermia. O serviço dispõe ainda de oito unidades, distribuídas pelas três salas, preparadas para técnicas de suporte renal intermitente: hemofiltração, hemodiafiltração, hemoperfusão,

plasmaferese e técnica dialítica com citrato podem ser efetuadas em qualquer unidade, sendo possível ainda fazer técnica de substituição hepática – Prometheus.

Os procedimentos invasivos mais frequentes no SMI são: cateterismo arterial, cateterismo venoso central, cateterismo para técnica dialítica, cateterismo da artéria pulmonar, intubação traqueal, traqueostomia percutânea, broncofibroscopia, cateterismo epidural, cateterismo intratecal, colocação de cateter intracerebral, drenagem torácica, paracentese, biópsia hepática, renal ou pulmonar transbrônquica, cateterismo jugular retrógrado, colocação de cateter vesical, colocação de sonda nasogástrica, entre outros.

De acordo com as características do hospital, estão disponíveis para exames complementares de diagnóstico: Radiografia de tórax (RaioX) portátil, Tomografia axial computadorizada (TAC), Ressonância Magnética (RMN), angiografia, bloco operatório, bloco de hemodinâmica, cintigrafia, endoscopia digestiva, laboratório de química e hematologia clínica, hematologia com bancos de sangue, microbiologia, entre outros.

Segundo o gestor do serviço, os últimos dados disponíveis e referentes a 2018 demonstram que a taxa média de ocupação do SMI rondou os 90%.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar própria, composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que funcionam de forma permanente e em presença física nas 24 horas. A equipa médica é composta por um diretor clínico, dois médicos responsáveis de serviço e 13 médicos intensivistas, todos acreditados na especialidade de MI, sendo que a seis deles acresce a especialidade de anestesiologia, três com a especialidade de pneumologia, e sete médicos com a especialidade de medicina interna. De forma rotativa, a equipa médica, integra ainda 6 a 10 internos. A equipa de assistentes operacionais da unidade detém 51 elementos. O serviço dispõe, igualmente, de um serviço de secretariado, composto por 3 secretárias de unidade, que funciona nos dias úteis entre as 08 horas e as 17 horas. Nos intervalos deste período, o secretariado da urgência faz o apoio administrativo ao serviço.

Quanto ao grupo profissional dos enfermeiros, que importa relevar neste documento, este é formado por 122 enfermeiros, dos quais 30 são enfermeiros especialistas, um na área de enfermagem comunitária, quatro na área de enfermagem de reabilitação, seis na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e 19 especialistas em enfermagem na área médico-cirúrgica, dos quais quatro na área de enfermagem à PSC. Destaca-se ainda que, do total dos 19 especialistas em EMC, 11 integram a carreira de especialista e destes nenhum

tem a competência acrescida no âmbito da enfermagem à pessoas em situação crítica. Atendendo ao Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem que considera: “(...) na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24h horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (Regulamento n.º 743, 2019, p.145; OE, 2019), fica claro que o serviço está aquém dos requisitos apontados no regulamento referente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

A distribuição do número de enfermeiros por doente, durante o estágio clínico, é efetuada com um rácio estabelecido de um enfermeiro para duas pessoas em situação crítica (1:2) independentemente da carga de trabalho. Importa referir que o serviço apresentava um funcionamento diferente no período pré-pandemia do pós-pandemia, onde os rácios enfermeiro/doente eram diferentes nas salas 2 e 3 (1:3) e na sala 1 (1:2).

O horário dos enfermeiros é efetuado pelo gestor do serviço mensalmente e consiste em turnos rotativos, de seis horas e 30 minutos diurnas e 12 horas e 30 minutos noturnas, com 30 minutos de sobreposição entre os turnos para passagem de turno, sendo que de manhã, de segunda a sexta acresce o enfermeiro gestor, o enfermeiro de apoio à gestão e o enfermeiro de reabilitação. À tarde adicionam-se aos elementos mencionados o enfermeiro de reabilitação e o enfermeiro de transportes intra e inter-hospitalar. Em cada turno é designado um enfermeiro responsável por sala e um enfermeiro responsável da unidade. Importa ainda referir que as funções de todos os enfermeiros, bem como de todos os grupos profissionais, estão documentadas no manual de funções que se encontra de acesso disponível a todos os enfermeiros no manual de políticas e procedimentos do serviço.

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual, prestando cuidados à pessoa em situação crítica de forma holística, permitindo a continuidade dos cuidados e garantindo o cumprimento do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161, 1996), promovendo-se, no entanto, o trabalho em equipa.

Os sistemas de informação em enfermagem utilizados são o SClínico Hospitalar (sistema informático) e a folha de registo de Enfermagem (sistema manual).

2. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Pensar em Enfermagem, é pensar essencialmente em pessoas. É com elas que os enfermeiros trabalham, em ambientes de alta tecnologia, ou em ambientes onde a escassez de recursos é predominante, pessoas que vivem uma situação de alteração da estabilidade do binómio saúde/doença, não conseguindo, não podendo ou não querendo a satisfação das suas necessidades humanas básicas, sendo o enfermeiro e a relação que este estabelece, a principal arma terapêutica (Vieira, 2017).

Parafraseando o mesmo autor, na Enfermagem, como disciplina e profissão, apesar da evolução e mudanças ocorridas, as exigências são cada vez maiores, e conseqüentemente os enfermeiros têm a responsabilidade de uma atualização constante, de um investimento pessoal na formação e desenvolvimento de competências ao longo de toda a sua vida profissional. A complexidade dos conhecimentos, contextos e práticas, conduziu a uma diferenciação das áreas de conhecimento em enfermagem, tornando o desenvolvimento e certificação de competências crucial para corresponder adequadamente às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população. A multiplicidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença, espelha-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos enfermeiros, no sentido de prestar cuidados de qualidade às pessoas e cuidados mais especializados, diferenciados e direcionados. Por conseguinte, surgem as áreas de especialização em Enfermagem, que dotam o enfermeiro de competências acrescidas, para o cuidar do doente numa fase da sua vida.

A especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, é essencial para a prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde, traduzindo-se em ganhos de eficiência e efetividade em saúde, na satisfação dos clientes, nos indicadores de saúde e bem-estar, numa prestação de cuidados de saúde de qualidade, permitindo também assegurar as dotações adequadas nas instituições de saúde (Lopes et al., 2018).

O enfermeiro especialista é entendido e intitulado pela OE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744).

Conforme o descrito no artigo 40º, e após as alterações apresentadas pelo Decreto-Lei n.º156 (2015), os Estatutos da OE reconheceram quais os títulos de enfermeiro especialista passíveis de serem atribuídos, dos quais o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No caso deste título em particular, fundamentado na necessidade de especificar dos cuidados de acordo com o destinatário e contexto de intervenção, bem como na vasta abrangência, destacaram-se diferentes áreas de enfermagem médico-cirúrgica, das quais se identificaram as seguintes: a área de enfermagem à PSC, a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e a área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429, 2018).

Todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua área de especialização, são detentores de competências comuns, que se aplicam em todos os contextos independentemente do nível de cuidados de saúde (primário, secundário ou terciário) e que atendem a um conjunto de domínios, nomeadamente da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Embora o termo competência não seja um conceito novo, é usado em muitas áreas distintas da sociedade, nomeadamente na enfermagem, onde é entendido como termo chave para a qualidade e excelência dos cuidados e a segurança em saúde. O aumento do interesse pela competência dos enfermeiros pode estar relacionado com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes associados à escassez global de profissionais qualificados (Oliveira & Queirós, 2015). Benner (1984) citada pelos mesmos autores (2015, p.78) “definiu competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”. Competência para Le Boterf (1994), expressa-se num saber mobilizar, integrar e transferir diferentes saberes/recursos para a realização de determinada atividade ou para resolver problemas. Se o profissional adquiriu saberes cognitivos, afetivos e técnicos e os utiliza de forma adequada, detém um saber-agir em ação.

A atribuição do título de especialista pressupõe que os profissionais de enfermagem “(...) partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (Regulamento n.º140, 2019, p. 4744). Importa ressaltar que o EEEMCPSC, para alcançar o reconhecimento científico, técnico e de pensamento crítico, demonstrado “(...) através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades

de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744), necessita de adquirir competências específicas, em três grandes domínios (Regulamento n.º 429, 2018, p.19359):

- a) “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”

O cuidar especializado do enfermeiro reflete-se em cuidados de excelência e qualidade fundamentados nas melhores evidências. Mongardi et al. (2019), no seu estudo multicêntrico que teve como principal objetivo avaliar as características das equipas de enfermagem na tipologia dos cuidados prestados, salientou, apesar da grande heterogeneidade dos resultados, a influência positiva nos cuidados de saúde de acordo com o número de enfermeiros especializados. Numa revisão sistemática com 63 artigos incluídos, Twigg et al. (2019) identificaram 12 indicadores de resultados, estatisticamente significativos, associados à combinação de competências e habilidades dos enfermeiros no cuidado à PSC, na diminuição do tempo de internamento, do risco de úlceras de pressão, das infeções nosocomiais (essencialmente respiratórias e urinárias) e a diminuição da taxa de mortalidade aos 30 dias.

A OE elaborou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à PSC, que pretende dar a conhecer junto da pessoa/ família, comunidade e outros profissionais de saúde, aquilo que se reconhece como resultados mínimos aceitáveis e os resultados máximos expectáveis do cuidar especializado (OE, 2017). Também o Regulamento n.º 429, 2018 (p. 19362) consigna cuidados especializados à PSC, como:

“Cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

Estes cuidados baseiam-se essencialmente na pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e em cuidados especializados. Para isso é exigido uma observação, monitorização, investigação e colheita contínuas, de forma sistemática e sistematizada dos dados, para um célere diagnóstico de enfermagem, de forma a prever e detetar precocemente complicações.

Os Padrões de Qualidade (Regulamento n.º 361, 2015; OE 2017), pretendem, ao mesmo tempo, ser uma ferramenta orientadora de referências para o EEEMCEPSC na execução da sua atividade profissional e na aquisição de habilidades e competências. Nele consta que o enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, e a readaptação funcional, pelo que as intervenções e reflexões realizadas no decorrer do processo formativo são realizadas tendo em conta os aspetos acima enunciados. A abordagem ao doente crítico inclui o cuidar da sua família/pessoa significativa, sendo que o acompanhamento destes é da responsabilidade do enfermeiro especialista e devem ser parte integrante dos cuidados, reconhecido como um foco dos cuidados de enfermagem.

Ressalva-se deste modo, que o percurso de desenvolvimento de competências em EMCPCSC será efetuado com a pretensão de contribuir positivamente para os indicadores de resultado de um cuidar especializado em enfermagem, baseando-se no instrumento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 361, 2015; OE, 2017).

3. DAS ATIVIDADES REALIZADAS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: REFLEXÃO CRÍTICA

Espera-se do enfermeiro especialista, ao longo do seu processo formativo, um desenvolvimento de conhecimentos e competências decorrentes da formação à qual se propõe. Tendo em conta os desafios da prática clínica, que proporcionaram a aprendizagem e a construção do conhecimento, com base nos domínios e competências do enfermeiro especialista previamente apresentadas, procurou-se, ao longo do estágio, identificar e desenvolver as competências do EEMCPSC, refletindo criticamente sobre o nosso desempenho e postura enquanto futura enfermeira especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

Pretende-se com os próximos subcapítulos, efetuar uma apreciação crítico-reflexiva da formação no contexto de estágio, sobre as pesquisas realizadas e as experiências vivenciadas, que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, e conseqüentemente, para o nosso crescimento profissional e pessoal.

Por conseguinte, passamos a descrever os domínios de competências comuns e específicas do EEMC e as atividades desenvolvidas no ENP para o atingimento das mesmas.

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

De acordo com o Regulamento n.º 140, 2019 (p. 4745), o enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

A competência do enfermeiro especialista assenta num corpo de conhecimentos, no domínio ético-deontológico, na avaliação metódica das melhores práticas e nas preferências da pessoa. Este domínio é composto por unidade de competência que traduzem a demonstração da tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, na gestão eficaz dos processos de tomada de decisão ética na área da especialização e na avaliação de processos e dos resultados da tomada de decisão. A responsabilidade profissional ética e

legal dos profissionais de saúde concretiza-se, na sua prática clínica, pelos princípios éticos, pelo código deontológico e pela responsabilidade das competências profissionais.

“O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”, é o primeiro e possivelmente, o mais importante dos direitos dos doentes, enunciado na Carta dos Direitos dos Doentes (DGS, 2005). A dignidade e o respeito são princípios básicos do ser humano, mas necessitam de maior enfoque em situações de hospitalização, fragilidade e ou vulnerabilidade na doença. Este deve ser o princípio base de toda a intervenção do enfermeiro.

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se pelos princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade e autodeterminação, pelo acompanhamento, esclarecimento e apoio, pelo consentimento e sigilo, independentemente das suas escolhas e perspectivas de saúde. A ética em enfermagem manifesta-se na qualidade dos cuidados individualizados prestados diariamente, numa visão holística de cada pessoa. Efetivamente, os pressupostos do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista reconhecem no doente uma dignidade absoluta, que se unifica pelas dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia, que carece de ser respeitada durante a prestação de cuidados de enfermagem (OE, 2015).

A Enfermagem, como disciplina e profissão, tem demonstrado uma preocupação constante por todos os aspetos relacionados com o respeito integral da pessoa humana. Essa preocupação, no que respeita à defesa da pessoa na sua globalidade, está bem clara na produção legislativa referente à profissão. O Código Deontológico, cuja publicação em diploma legislativo, vincula todos os enfermeiros e consagra um conjunto de normas que constitui o pilar fundamental para a prática dos enfermeiros. É referido no artigo 97º, e indo ao encontro desta competência comum, que os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com 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” (Decreto-Lei n.º 156, 2015, p. 8078). Também nos princípios gerais no artigo 99, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Ibidem). Da mesma forma, a relação profissional deverá ser pautada por princípios universais como a igualdade, a verdade e a justiça, a liberdade responsável, a competência e o aperfeiçoamento profissional, e o altruísmo e solidariedade.

Na prestação de cuidados à PSC, ao integrar a equipa multidisciplinar para a tomada de decisões, o enfermeiro especialista é confrontado com diversas dúvidas e angústias geradoras de stress e de tensão, pelo que este deve estar dotado de habilidades críticas e reflexivas acerca dos dilemas éticos, adequando as suas tomadas de decisão e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Moritz et al, 2008).

A rapidez da tomada de decisão é, por vezes, um obstáculo para a tomada de consciência dos profissionais dos desejos, valores e sentimentos dos doentes. Estes são levados a optar por um conjunto de normas e valores que vão ao encontro da deontologia, da ética e da moral, respeitando e garantindo os direitos humanos, a segurança, privacidade e dignidade dos doentes. O enfermeiro é confrontado com situações que requerem recolha de informação, análise e ponderação das opções, interpretação das alternativas e avaliação das mesmas para que a escolha seja a mais acertada, com base nas evidências mais recentes e mais adequadas à situação (Nunes, 2006).

No decorrer do ENP, como forma de atingirmos competências neste domínio, houve a preocupação constante de prestar cuidados de excelência, aperfeiçoando o saber agir no âmbito do cuidar, na tomada de decisão clínica e na ética profissional, assegurando uma prática segura e profissional, sendo sempre orientado pelas normas e valores deontológicos da profissão. Procuramos adaptar a nossa abordagem em concordância com as necessidades biopsicossociais e religiosas de cada pessoa, independentemente da etnia e da condição socioeconómica de cada um.

Ao trabalhar num SMI o EE depara-se muitas das vezes com a PSC em fim de vida e que necessita de suportar as suas decisões respeitando os princípios da autonomia, da justiça e da beneficência. Proporcionou-se, por diversas vezes, a inclusão na equipa multidisciplinar de tomadas de decisão para a suspensão de terapêutica que prolongasse o processo de morte e para privilegiar o controlo da dor e dos sintomas por forma a aliviar o sofrimento destes doentes. Foi possível verificar e participar na garantia da privacidade do espaço físico e das relações entre a PSC em fase terminal e a sua família respeitando sempre os valores culturais e as crenças de cada doente (Moritz et al, 2008).

No sentido de reconhecer o doente enquanto Pessoa, tratámos o doente pelo nome que gostava de ser tratado (artigo 78º e 82º da Deontologia Profissional), respeitando a sua dignidade e integridade bio-psico-social, cultural e espiritual; explicámos a situação e as intervenções necessárias (artigo 84º da Deontologia Profissional e Base XIV da Lei de Bases

da Saúde), respeitando o nosso dever de informar e o direito do doente à informação; pedimos autorização para realizar os procedimentos necessários (artigo 84º da Deontologia Profissional), respeitando o direito ao consentimento informado; promovemos o sigilo e procurámos respeitar a sua intimidade (artigos 85º e 86º da Deontologia Profissional), no respeito pela sua privacidade; e tentámos incluir os seus conviventes significativos/ família em todas as fases do processo de intervenção, sempre que possível e tendo em consideração as suas vontades e necessidades (artigo 88º e 89º da Deontologia Profissional), pelo respeito pelos direitos à excelência do exercício e à humanização dos cuidados,

Toda a equipa multidisciplinar da UCI demonstrou preocupação com a presença, esclarecimento de dúvidas e acompanhamento da família, proporcionando sempre espaço para esclarecimentos, privilegiando a via telefónica sempre que a presencial não fosse possível devido às condicionantes impostas pela realidade vivida devido à COVID-19. Estávamos cientes que esta postura facilitadora de abertura implicaria a diminuição de sentimentos de ansiedade e dúvida, aumentando o grau de confiança nos profissionais.

Procurou-se prestar os melhores cuidados individualizados à Pessoa, no respeito pela sua autodeterminação e pelo reconhecimento da sua fragilidade, de forma que a transição fosse o menos traumática e o mais confortável possível. Contudo, nem todos os direitos são fáceis de cumprir e nem todos os deveres são fáceis de concretizar. Na grande maioria das vezes, numa UCI, por alterações fisiopatológicas, agudas ou crónicas, que comprometem o estado de consciência da PSC, torna-se difícil obter informações acerca das suas vontades, no caso de agravamento da sua situação de saúde, levantando a questão do direito à sua autonomia, que constituiu um importante foco de atenção neste ENP.

No caso do desconhecimento das vontades da Pessoa, o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde, é legalmente consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, que se operacionaliza na Lei de Bases da Saúde. Quando se reconhece que a proteção da saúde é um direito dos indivíduos que deve ser promovido e garantido pelo Estado (Base I); quando é referido que esse direito é garantido por um sistema de saúde, do qual fazem parte as instituições públicas, privadas e profissionais liberais (Base XII); quando se enuncia que deve haver articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde (Base XIII); e por fim, quando se expressa que os utentes têm direito a ser tratados, pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito (Base XIV) (Assembleia da Republica, 2005).

Cabe a todos os enfermeiros, na procura da excelência do exercício, assegurar por todos os meios disponíveis, “condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (OE, 2015, p.91).

O nosso percurso enquanto enfermeira, bem como no decurso do ENP, sempre se pautou pela prestação de cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Desenvolveram-se competências ético-deontológicas, suportando as decisões com base nos princípios, valores e normas deontológicas, tomando decisões éticas numa variedade de situações da prática, contribuindo para essa tomada de decisão junto da equipa. Nesse seguimento, podemos concluir que a aquisição desta competência foi conseguida.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Os enfermeiros, no contexto de UCI, exercem a sua atividade profissional frequentemente em cenários de grande exigência e por consequência com uma enorme carga emocional. Os cuidados do enfermeiro especialista em EMC exigem conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção como resposta às necessidades das pessoas, por conseguinte, deve basear a sua prática na qualidade, de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro, almejando a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Desde há vários anos que se fala da importância dos padrões de qualidade em saúde, e dos parâmetros definidos pela OE para tal, pois é através destes que se consegue ver o reflexo de melhoria dos cuidados de enfermagem, por pressupor uma reflexão sobre o exercício profissional.

Definir qualidade não é uma tarefa fácil, sobretudo no âmbito da saúde, uma vez que este conceito é em grande parte subjetivo, mas que tem evoluído ao longo do tempo. Segundo a DGS (2021b), o departamento para a qualidade na saúde identifica a necessidade da implementação de medidas que visem a qualidade dos cuidados de saúde, a sua monitorização, tendo como principal missão “Promover a melhoria contínua da qualidade”. A importância da qualidade nos cuidados de saúde e de enfermagem reflete-se em diversos níveis, nomeadamente: a nível social - maior exigência por parte dos utentes; a nível ético - maior o nível de formação e conhecimentos; a nível profissional - evolução de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados; a nível económico – melhor

racionalização dos recursos e desenvolvimento de Culturas da Qualidade na Saúde (Ribeiro et al., 2008).

De acordo com o Regulamento n.º 140, 2019, p. 4747, cabe ao EEMC “(...) participar no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” na sua prestação de cuidados. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção e implementação de programas que melhorem continuamente a qualidade dos cuidados prestados, que se baseiam nos padrões de qualidade de enfermagem, permitindo estruturar e orientar o exercício dos enfermeiros. No que diz respeito aos cuidados especializados em enfermagem na PSC, estes devem ter como objetivo a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo de infeção (OE, 2017).

Em concordância com os enunciados descritivos dos PQCEEEPSC, desenvolveram-se atividades ao longo do ENP com vista ao atingimento de competências no domínio da melhoria da qualidade. Na assistência à PSC e família, o enfermeiro especialista mobiliza múltiplos conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística, tendo em conta a complexidade dos problemas de saúde e as respostas necessárias (Regulamento n.º 429, 2018; OE, 2018), pelo que uma das suas principais características é a identificação e resposta de forma proativa a focos de instabilidade.

De forma a responder eficazmente e em tempo útil aos problemas complexos de doença, que ameaçam a vida do doente, para além de todo o processo de conhecimentos e técnicas especializadas, não se pode negligenciar a vertente relacional, nomeadamente a comunicação, essencial para a humanização dos cuidados e para a excelência dos cuidados prestados e satisfação do doente/ família. A comunicação, pilar fundamental no processo de prestação de cuidados, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa/família e contribui para o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, essencial para o sucesso do processo terapêutico. Promove índices de satisfação que se traduzem em ganhos de saúde (Vieira, 2014). Dessa forma, gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a PSC, família/ convivente significativo perante a complexa situação da sua condição clínica, constitui uma competência específica do EEMC com significado e um valor reconhecido no processo, pela importância que tem na melhoria dos cuidados prestados e como indicador de qualidade, (Regulamento n.º 429, 2018; OE, 2018).

Neste contexto, desenvolveu-se, ao longo do ENP, a nossa atividade á PSC baseada na comunicação adequada, verbal e não verbal, adaptada à condição de saúde e nível de compreensão de cada um, através de uma relação empática com espaço para interação e esclarecimento de dúvidas, adotando uma postura adequada com contacto visual, usando o toque nos doentes incapazes de comunicar verbalmente, demonstrando disponibilidade e humildade. Sempre que possível, a família/ convivente significativo foram incluídas no processo, com igual abertura para a expressão de sentimentos, angustias e fragilidades.

Na área da promoção da saúde, incrementou-se a recuperação da PSC que vivenciou um processo complexo de doença aguda e/ou falência orgânica e fomentou-se a educação da PSC/família/cuidador acerca da gestão da sua saúde e da sua recuperação.

Na prevenção de complicações, treinou-se e intensificou-se a identificação rápida e eficaz de potenciais problemas da competência do enfermeiro, implementando intervenções de forma a minimizar os efeitos indesejáveis através do rigor técnico e científico em que se baseiam as práticas de um EE na PSC.

De forma a promover o bem-estar e o autocuidado, delegaram-se as situações críticas identificadas passíveis de serem resolvidas por outros profissionais, supervisionando as intervenções de Enfermagem e a gestão eficaz através de instrumentos de avaliação adequados.

Outro aspeto a destacar nos cuidados prestados à PSC, que se reflete na promoção de bem-estar, prendeu-se com a demonstração de conhecimentos e competências na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, que consideramos prioritárias para uma prestação de qualidade, além de constituir uma competência enfermeiro especialista em EMC, na área à PSC (Regulamento n.º 429, 2018; OE, 2018). Como resultado do processo patológico e /ou relacionada com os procedimentos invasivos e não invasivos a que a PSC está sujeita no processo de restabelecimento de saúde, quase todos os doentes experienciam a sensação de dor, com maior impacto no seu estado geral, quando não conseguem expressar essa sensação de desconforto pela dificuldade de comunicação (Teixeira & Durão, 2016). Caracteriza-se como multidimensional, subjetiva, única e individual de cada pessoa, que se repercute tanto a nível físico, como psicológico e social e consequentemente na sua qualidade de vida. Pelas implicações na saúde das pessoas, a DGS estabeleceu a dor como 5º sinal vital, considerando que esta deve ser avaliada e registada simultaneamente com outros sinais vitais, como norma de boas práticas, pelo que os

enfermeiros devem valorizar, diagnosticar, avaliar e registar regularmente a presença e a intensidade da dor para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados (Regulamento n.º 429, 2018; OE, 2018).

No sentido de avaliar a dor, as principais escalas utilizadas durante o ENP foram a *Behavior Pain Scale* (BPS) e a Escala Visual Analógica. Implementaram-se medidas não farmacológicas como palavras de conforto, toque e abertura para a expressão de sentimentos, a alternância de decúbitos ou o ajuste da posição, e a promoção de um ambiente calmo, com a presença da família/convivente significativo, sempre que possível.

A PSC, devido à sua instabilidade, precisa de cuidados imediatos e de uma vigilância rigorosa e apertada. A existência de normas e protocolos potenciam a uniformidade no cuidar, a distribuição de papéis, a verificação de todo o material necessário à prestação de cuidados, promovendo assim uma maior organização do serviço e conseqüentemente dos cuidados, minimizando o erro e contribuindo para a qualidade. Na UCI, antecipa-se e prepara-se a admissão do doente. Faz-se o contacto prévio para receção de um doente, prepara-se a unidade, com a realização do teste do ventilador, e todo o equipamento de monitorização e perfusão de fármacos, bem como, a consciencialização das normas de controlo e prevenção da infeção necessárias. Todos estes fatores são essenciais para a promoção da qualidade. A gestão da qualidade engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, ao doente, e aos profissionais, sendo o enfermeiro especialista parte integrante na realização destes procedimentos e da sua aplicação. Nesse sentido, ao longo do ENP, efetuou-se uma revisão dos dossiers disponíveis para consulta, na sala de apoio à enfermagem, quem contém as normas e protocolos aplicados na UCI.

Relativamente à readaptação funcional, outro dos objetivos no que respeita à qualidade dos cuidados especializados em enfermagem na PSC, trabalhou-se em conjunto com a equipa multidisciplinar e as variadas especialidades existentes na UCI, nomeadamente EE em Reabilitação e EE em Saúde Mental e Psiquiátrica, com vista a assegurar a continuidade dos cuidados prestados à PSC após vivenciar um evento crítico, efetuando planos de recuperação, planos de alta para outros serviços ou instituições tendo em vista sempre as suas necessidades. Foi também objeto de interesse o ensino, a instrução e o treino da PSC/família/cuidador, de forma a reduzir os défices funcionais que se instalam com resultado da situação crítica e adquirir a funcionalidade.

Na organização dos cuidados de enfermagem, como futura EE na PSC, visando a melhoria da qualidade nos cuidados especializados, efetuaram-se registos de todas as intervenções e cuidados prestados à PSC, no respetivo processo clínico. Segundo Vieira (2018), citando Pereira (2009), a documentação dos cuidados de enfermagem permite que os seus dados sejam interpretados, estruturados e organizados, transformando essa informação sintetizada, interrelacionada e concretizada em conhecimento. Afirma ainda a qualidade da informação e do conhecimento em enfermagem estão interrelacionados com a qualidade dos dados obtidos através dos registos de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de garantir que os registos sejam atuais, completos, rigorosos e realistas, que reflitam o seu trabalho realizado, com os resultados pretendidos e alcançados. Nesta mesma documentação, deve ser perceptível a continuidade dos cuidados, a reavaliação da situação clínica do doente e a obtenção do resultado desejado. A informatização e a evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem facilitaram o acesso e processamento desta informação, conduzindo a uma melhoria da qualidade da segurança dos cuidados prestados e melhoria do desempenho dos profissionais (Vieira, 2018).

A qualidade da prestação de cuidados de saúde está, também, diretamente relacionada com a carga de trabalho dos enfermeiros, que influencia a sua eficiência e eficácia. A avaliação da carga de trabalho relaciona o tempo necessário na prestação de cuidados com o tempo direto ou indireto no atendimento do doente. O grau de dependência do doente e a complexidade do seu estado de saúde, as características físicas da unidade e do perfil do profissional são fatores que influenciam a prestação de cuidados. Outras atividades, não relacionadas diretamente com o doente e o seu familiar, aumentam a carga de trabalho, nomeadamente o acompanhamento de estudantes em práticas clínicas e colegas em integração, e o registo de cuidados. Assim, a carga de trabalho de enfermagem inclui todas as atividades diretas ou indiretas necessárias, na prestação de cuidados (Altafin et al., 2014).

As dotações seguras indicam o número e tipo de categoria profissional necessário para a prestação de cuidados de saúde, relacionando a responsabilidade, segurança dos profissionais e segurança dos próprios doentes. Ao longo dos anos, os estados aperceberam-se que mais variáveis estão envolvidas na obtenção de dotações seguras, como a carga e o ambiente de trabalho, eficiência e efetividade em relação a custos, a complexidade dos doentes e a competência dos enfermeiros. Embora esta necessidade seja reconhecida, os

serviços de saúde constataam que os recursos financeiros continuam a não ser suficientes para as suportar (ICN, 2007).

Enquanto futura enfermeira especialista procurámos, no decurso do ENP, mobilizar conhecimentos e habilidades, para a melhoria contínua da qualidade, identificando prioridades de intervenção, particularmente relacionadas com a segurança dos doentes e controlo da infeção, no cuidado à PSC. Esta exige uma complexidade de procedimentos invasivos, de diagnóstico e terapêutica, exigindo ao enfermeiro especialista uma maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Deve possuir conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, concebendo planos de prevenção e controlo de infeção, desenvolvendo os procedimentos e circuitos requeridos, monitorizando e avaliando as medidas preconizadas, baseando-se na mais recente evidência científica (Regulamento n.º 429, 2018; OE, 2018).

A participação ativa na prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados permitiu implementar o plano em vigor na UCI e na instituição, promovendo estratégias de prevenção nomeadamente na melhoria de circuitos diferenciadores de zonas “limpas e não limpas”, criados pela necessidade que adveio dos isolamentos devido ao vírus SARS-CoV-2. A utilização adequada de EPI e os 5 momentos da higienização das mãos, foram tidos em conta e revelaram-se extremamente importantes em todos os cuidados prestados à PSC, pela presente e recorrente ocorrência de infeções por múltiplos microrganismos, para além de SRARS-CoV-2, nomeadamente *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemas (KPC), *Pseudomonas*, entre outros. Procurou-se maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, tendo em conta que o EE “atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n.º. 140, 2019, p.4747). Foi possível verificar que os profissionais que prestam cuidados na UCI contam com uma ampla experiência na prestação de cuidados à PSC e apresentam princípios de gestão do risco bem presentes na sua prática e baseados na evidência.

Das competências do domínio da melhoria da qualidade, é importante o reforço na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual de forma que a PSC e a sua família/cuidador se sintam seguras e protegidas. Para isso, recorreremos a um instrumento que serve de apoio à aplicação de boas práticas de segurança, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD 2021-2026), coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, cuja prioridade assenta na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pretendendo que os cuidados prestados sejam seguros e eficazes, usando os recursos de forma eficiente

e equitativa, no momento adequado, com vista à satisfação dos cidadãos, correspondendo, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas.

A Assembleia da OMS, juntamente com outras entidades a nível internacional, abordou o impacto da ocorrência de eventos adversos e o desafio que estes representam na qualidade da prestação de cuidados, uma vez que são fatores modificáveis que contribuem significativamente na saúde das pessoas e nos custos e encargos financeiros associados nos sistemas de saúde. A Assembleia *Fifty-fifth World Health Assembly* concluiu que melhorias significativas podem ser alcançáveis, no que respeita ao desempenho dos sistemas de saúde dos Estados Membros, bem como a prevenção de eventos adversos, particularmente na melhoria da segurança do doente e na qualidade dos cuidados de saúde em geral (WHO, 2002).

Segundo a OMS (2011), citada por Abreu (2015), torna-se necessário

“compreender o que é a segurança do doente, perceber a importância da aplicação de fatores humanos para a segurança do doente, compreender os sistemas e os efeitos da complexidade nos cuidados ao doente, saber trabalhar em equipa de forma eficaz, aprender com os erros para prevenir o dano, compreender e gerir o risco clínico, utilizar métodos de melhoria da qualidade, reconhecer a importância do envolvimento dos doentes e dos cuidadores, sensibilizar para a prevenção e controlo da infeção, compreender a segurança do doente e os procedimentos invasivos e melhorar a segurança do medicamento” (p. 223).

A ocorrência de erros na prática de enfermagem leva a uma “ameaça à qualidade dos cuidados e à segurança do doente, sendo esta considerada uma das preocupações a nível global” (Abreu, 2015, p. 1). Assim, o PNSD 2021-2026 pretende a implementação de medidas, bem como “a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos”, de forma a uma melhor prestação de cuidados de saúde, de forma integrada e numa constante melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Desta forma, reflete-se, que ao longo de todo o estágio, quer na prestação de cuidados quer na supervisão e gestão, foi reduzida a probabilidade de ocorrência do erro, preveniram-se os riscos relacionados com o ambiente, e promoveu-se um ambiente físico seguro, tanto para os doentes como para os profissionais.

Compreenderam-se e assimilaram-se as competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista que poderemos aplicar na nossa prestação de cuidados diariamente.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS SERVIÇOS E DE CUIDADOS

No que concerne a este domínio de competências, o Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140, 2019) faz referência à gestão de cuidados, não só através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, mas também em articulação com a equipa multiprofissional, adaptando-se a liderança e a gestão de recursos em função do contexto, sempre considerando a procura dos mais altos níveis de qualidade dos cuidados.

Sob as mais variadas formas, a gestão está implícita nos cuidados, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização dos recursos, humanos ou materiais. Esta não é uma função única e exclusiva do EE ou do enfermeiro gestor/chefe do serviço. O enfermeiro é, com primazia, o profissional de saúde com mais contacto direto com o doente e, conseqüentemente, está envolvido na gestão e racionalização de grande parte dos recursos utilizados, fulcrais para assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão está plasmada no Regulamento n.º 429, 2018, como um domínio de competência importante do EE, pois é promotora de uma elevada qualidade dos cuidados prestados, no sentido de adequar os recursos com a qualidade, de forma a garantir a segurança e ganhos em saúde. O enfermeiro gestor é um elemento fundamental para assumir o compromisso com as organizações de saúde, com os profissionais de saúde e o com o doente.

Este é, segundo o Artigo 5.º, do Regulamento n.º 101, 2015, detentor de um conhecimento efetivo que garante a implementação da melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gere o serviço/ unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; garante a prática profissional baseada na evidência.

O enfermeiro chefe da UCI onde decorreu o ENP, é o responsável máximo dos cuidados de enfermagem prestados no serviço. Enquanto gestor, este planeia, organiza, dirige e controla os cuidados de enfermagem, de forma a que os mesmo cumpram requisitos de eficiência e qualidade. Da manutenção do bom estado de funcionamento dos equipamentos, à gestão de materiais de aprovisionamento e de farmácia e de recursos humanos, como a realização de horários, substituição de elementos em falta, implementação de normas e procedimentos, de

acordo com os padrões de qualidade emanados pela OE, o enfermeiro chefe da UCI, desempenha um papel de liderança.

Para Dias (2001) “mais importante que a interpretação organizada e sistemática da liderança como conceito, é fundamental compreender que a liderança influencia de facto os processos e as dinâmicas de um grupo”. Enquanto líder de equipas de enfermagem, tem de ter consciência e conhecimento do seu grupo, das características de cada um, das suas capacidades e competências, das suas motivações, relacionando-se de forma empática e intuitiva com os mesmos, para que estes se sintam confiantes, implicados e motivados, levando-os a atingir os objetivos propostos e os resultados esperados, através de estratégias dirigidas e fundamentadas.

Identificámos no enfermeiro chefe da UCI, um grande investimento nas relações interpessoais da sua equipa, criando um ambiente de trabalho de apoio, tratando os enfermeiros de uma forma digna e respeitosa, orientando os cuidados e desempenhando um papel ativo na resolução de conflitos, quer dentro da equipa de enfermagem, quer com os restantes grupos profissionais. O papel do enfermeiro chefe enquanto líder influencia a satisfação dos enfermeiros no trabalho, e consequentemente a melhoria na qualidade dos seus cuidados prestados.

Por ser um trabalho exigente, sobretudo devido à complexidade de uma UCI, o enfermeiro chefe, como gestor, necessita de colaboração de dois elementos, enfermeiras especialistas em EMC, que desempenham funções de responsáveis do serviço, complementando o seu trabalho na sua presença, ou substituindo-o na sua ausência.

Estes dois elementos são responsáveis por coordenar e distribuir os restantes enfermeiros pelas áreas de trabalho, efetuando um plano de trabalho, de acordo com a carga de trabalho dos doentes, garantir a supervisão e a continuidade de cuidados, verificar o stock dos recursos materiais e a gestão do serviço, e colaborar nas tomadas de decisão mais adequadas e oportunas da equipa multidisciplinar.

Para a aquisição de competências neste domínio, foram realizados turnos com o enfermeiro chefe/ gestor e com as enfermeiras responsáveis de apoio à gestão da UCI.

Os turnos realizados com o enfermeiro chefe/gestor foram promotores de oportunidades de aprendizagem tanto ao nível da gestão de materiais, como de recursos humanos, fomentando a tomada de decisão e a procura de soluções eficientes como respostas ao surgimento de problemas na área da prestação de cuidados. Estes momentos de aprendizagem permitiram-

nos desenvolver o domínio da gestão de cuidados através da observação do seu desempenho na adequação dos recursos existentes, às necessidades verificadas. Aprendemos que gerir não é apenas organizar e manter o serviço em funcionamento. Implica balancear o que é necessário, a matéria-prima e os resultados esperados.

Nos turnos realizados com as enfermeiras responsáveis de apoio à gestão foram várias as oportunidades de aprendizagem e colaboração. Estas são responsáveis por coordenar e distribuir os restantes enfermeiros de acordo com a carga de trabalho dos doentes, tendo em atenção não apenas a questão numérica, mas também o grau de dependência, instabilidade e ausências de serviço, como por exemplo, para a realização de exames complementares de diagnóstico. Esta experiência proporcionou-nos participar na definição de critérios e prioridades para os cuidados e distribuição de funções, na gestão dos planos de trabalho de acordo com os recursos humanos disponíveis. Percebemos que uma boa gestão na distribuição dos cuidados minimiza a sobrecarga de trabalho, consequentemente diminui os sentimentos de injustiça na equipa, maximizando assim a qualidade de cuidados.

Colaborámos na priorização para o transporte extra-hospitalar, verificando o enfermeiro destacado para essa função, previamente sinalizado na distribuição feita no horário, agilizando o transporte, comunicando-lhe a hora de saída agendada, auxiliando nos procedimentos burocráticos, na atualização e conclusão do processo de Enfermagem e na verificação do funcionamento adequado de todo o equipamento necessário ao transporte do doente.

No que concerne a gestão de materiais de consumo clínico, estes encontram-se organizados num local próprio em cada uma das salas, com um sistema de reposição de stock por níveis, sendo a reposição da responsabilidade do aprovisionamento do hospital. É uma metodologia de consumo vantajosa, pois para além de simplificar o processo de reposição, otimiza a eficiência do produto evitando o desperdício (Lopes, 2017). A reposição do restante material é da responsabilidade do gestor ou das enfermeiras responsáveis de apoio à gestão, com quem colaboramos em atividades, tais como, a devolução de medicamentos não utilizados à farmácia; verificação da validade e estado de conservação dos fármacos em stock; organização e verificação e realização de novos pedidos; verificação de material danificado ou avariado e realização de pedidos de intervenção; gestão das altas, transferências e exames complementares de diagnóstico em coordenação com o enfermeiro responsável pelo doente e com a equipa médica; elaboração diária de listagem do número e prazos de utilização de

dispositivos invasivos existentes no serviço, no âmbito das auditorias de controlo da infeção, com indicação de troca ou remoção de material.

Para além de todas estas atividades acresce referir a colaboração com as enfermeiras responsáveis pelo apoio à gestão na operacionalização dos equipamentos de todas as unidades, na verificação das condições e material que deve estar presente nos carros de emergência, carro de apoio à colocação de cateteres, desfibrilhador, monitores e ventiladores de transporte.

Tendo em conta o aumento exponencial do número de Intubações orotraqueais, e a necessidade de atuar rápida e eficazmente em situações de urgência, foi criado um carro de apoio à via aérea difícil, com todo o material e fármacos necessários para atuar em conformidade, uma vez que a via aérea difícil esta associada a um maior risco de morbilidade e mortalidade em qualquer contexto hospitalar. No decurso do ENP foi-me dada a oportunidade de rever e atualizar o carro, adequando-o para o contexto Covid-19, identificando o exterior com o material disposto em cada gaveta, e efetuando uma lista de verificação diária. Esta organização permitiu um acesso mais rápido e eficaz ao material, minimizando o tempo perdido na procura do mesmo.

Todas as atividades desenvolvidas para o atingimento de competências no domínio da gestão, foram em colaboração direta com o enfermeiro chefe/gestor, com as enfermeiras responsáveis de apoio à gestão, mas também com a colaboração de todos os pares, participando sempre e ativamente nas tomadas de decisão com responsabilidade e consciência ética. Percebemos o trabalho necessário por parte destes profissionais e o suporte que deles advém para a melhor prestação de cuidados ao doente, como aos demais colegas.

Como competência do enfermeiro especialista, espera-se que este consiga adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140, 2019; OE, 2019). Do EEEMC é esperado que responda de forma eficiente e eficaz, face a cada situação encontrada no decorrer da prestação de cuidados ao doente, gerindo recursos humanos e/ou materiais. De entre as suas competências, evidencia-se a capacidade de identificar os estilos de liderança que melhor atendam as exigências impostas, simplificando assim os processos de tomada de decisão que as intervenções de enfermagem estão sujeitas. Deve ser também, detentor da capacidade de disponibilizar apoio aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa

multiprofissional propondo soluções eficazes no sentido de aumentar a qualidade do processo de cuidar (Ibidem).

Foram adquiridas competências no decurso do ENP mediante a participação e colaboração em atividades de gestão de cuidados, a tomada de decisão e coordenação com a equipa multiprofissional. Houve oportunidade de participar no processo de cuidar garantindo sempre a qualidade dos cuidados, houve ainda a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora nas funções de apoio à gestão, participando na adequação de recursos humanos e materiais, garantindo uma eficaz prestação de cuidados de qualidade. O EEMC deve procurar aprimorar as suas capacidades e competências ininterruptamente, dotando-se de conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar. Deve adequar-se às expectativas da instituição e da equipa, promovendo uma prática crítica, reflexiva e participativa.

Ao longo do ENP, procurámos manter os nossos conhecimentos atualizados de forma a definir corretamente os cuidados ao doente crítico. Para isso, foi necessário estabelecer prioridades e métodos de atuação, para benefício do doente, tendo por base a mais recente evidência científica.

Com o decurso das experiências vivenciadas, vai-se desenvolvendo naturalmente a tomada de decisão. A procura de otimização dos cuidados, a orientação das tarefas garantindo a qualidade e segurança dos cuidados, adequando-os aos recursos existentes, permitiu-nos adquirir competências neste domínio. É papel do enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas e a equipa, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados, como adequar os recursos existentes às necessidades ((Regulamento n.º 140, 2019; OE, 2019).

A gestão é uma competência transversal na prestação de cuidados por todos os enfermeiros. No entanto, são as competências adquiridas na formação que munem o enfermeiro especialista de mais ferramentas para lidar com a imprevisibilidade das situações. Percebemos que o sucesso dos cuidados de excelência pode ser alcançado com o espírito de equipa, associado a uma gestão presente e competente, que desempenhe um papel de ligação entre equipa multidisciplinar.

Desta forma, adquirimos competências especializadas e conhecimentos no que respeita a gestão de recursos humanos, liderança, gestão de recursos materiais e organização do serviço, que nos permitem uma gestão de cuidados que potencia a excelência dos mesmos.

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Aprender é intrínseco ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e nos desenvolvemos como pessoas e como profissionais. Este é, provavelmente, o mais desafiante dos domínios das competências comuns do EE, uma vez que promove o autoconhecimento enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, devendo reconhecer que este processo “interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” e interfere também pelo desafio com que o percurso é definido como “processos de tomadas de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais, e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140, 2019, p.4749).

A prestação de cuidados à PSC exige um vasto conhecimento sobre as diversas situações de saúde e domínio sobre o processo de cuidados, engloba variadas exigências como o pensar rápido, agilidade, competência e capacidade resolutiva de problemas de forma eficaz e assertiva. Só desta forma é possível executar cuidados de forma atual, segura e competente, pois a prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber-ser, saber-fazer, saber-saber, mas também saber transformar-se.

As características do ambiente e a natureza dos cuidados de uma UCI exigem um tempo limitado para a resolução e deteção precoce de possíveis complicações e as intervenções são inúmeras e complexas dependendo da exigência da situação clínica. Deste modo o enfermeiro especialista em PSC deve ser capaz de estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura nos cuidados, valorizando o seu papel enquanto elo de interação entre o profissional e a PSC (Faria et al., 2011).

Face ao desempenho profissional que é exigido, nomeadamente quanto às competências que são necessárias neste campo de intervenção especializada em enfermagem é importante que o enfermeiro especialista se responsabilize por aperfeiçoar a sua capacidade de se autoconhecer, de perceber quais os seus limites e quais as suas capacidades para lidar com o imprevisto, para observar e analisar, para o estabelecimento de prioridades e consciencialização da tomada de decisão para a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Carapeto (2021, p. 238), o autoconhecimento refere-se “essencialmente às descrições que a pessoa faz de si própria, e de “autoestima”, dando conta de uma dimensão avaliativa

ou afetiva da pessoa para consigo mesma”, refere ainda que “as pessoas constroem uma diversidade de representações de si mesmas, muito para além das auto-descrições generalizadas (...) descrevem-se de modo diferente em diferentes contextos relacionais”. Isto significa que o enfermeiro apresenta um autoconhecimento diferente enquanto pessoa singular, enquanto enfermeiro especialista e enquanto estabelece relações com o outro, com os pares, com a PSC e com a família/cuidador. Este processo exige do EEPSC uma “elevada adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento n.º 140, 2019, p.4749).

O avanço no conhecimento requer que o EEPSC fundamente a sua prática nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, desenvolvendo projetos de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências (Regulamento n.º 429, 2018). Foi assente neste princípio que orientámos todo o nosso processo de aprendizagem.

A prática baseada na evidência permite o desenvolvimento de competências científicas, habilidades e atitudes que contribuem para cuidados mais seguros e de maior qualidade, sempre centrados na PSC/família/cuidador (Baixinho et al, 2022).

Nas profissões da área da saúde, e em particular na Enfermagem, a formação adquire um papel indiscutível e é, efetivamente, promotora de mudanças no desempenho, de desenvolvimento de competências e por conseguinte, de uma melhoria da prática profissional, para além de incrementar uma sensação de valorização e realização profissional e pessoal. A formação desempenha um papel preponderante na evolução dos cuidados de enfermagem, na medida em que gera atitudes, comportamentos e condutas fundamentais para uma prática autónoma e responsável (Colliére, 1999).

No decurso da sua prática profissional, os enfermeiros devem privilegiar a formação contínua, no sentido de cimentar competências para um exercício profissional de excelência. Num estudo realizado por Lopes et al. (2018), solicitado pela OE, concluiu-se que os enfermeiros especialistas tendem a participar mais frequentemente em ações de formação contínua, independentemente da sua área de especialização.

Neste contexto, o domínio da formação é uma base essencial na assistência de enfermagem avançada, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela atualização do seu próprio conhecimento, para além de ser um veículo de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos seus pares.

Fonseca (2015), defende que é essencial dar ênfase à formação tanto por parte dos enfermeiros como por parte das instituições, através de formação em serviço, importante na construção contínua dos saberes, para uma prática reflexiva e sustentada, ajustada à natureza complexa dos cuidados no contexto onde se exerce funções. A promoção de espaços formativos em contexto de trabalho permite aperfeiçoar as competências, a autonomia do exercício e a contínua fundamentação das intervenções de enfermagem visando a prestação de qualidade dos cuidados, tal como a partilha de conhecimentos e saberes entre equipas.

Neste contexto, os serviços deverão promover um plano de formação em serviço, numa perspetiva de aquisição e partilha, como se verifica na UCI onde decorreu o ENP, onde existe um plano anual de formação organizado por um grupo de trabalho responsável para o efeito.

No âmbito do desenvolvimento deste domínio de competências, realizámos uma formação em serviço sobre cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica. A escolha do tema foi feita em concordância com a enfermeira tutora do ENP, após identificarmos a sua pertinência e necessidade de formação, através de conversas informais junto da equipa, e após uma situação concreta que suscitou dúvidas sobre o manuseamento correto do material disponível no serviço, a vários elementos da equipa, com vista a diminuir o risco da ocorrência de erros que põem em causa a recuperação da PSC, e mesmo o agravamento da sua situação clínica. Por outro lado, a equipa foi reforçada por um elevado número de enfermeiros recém-chegados ao serviço. A realização desta formação (Apêndice I), baseada na evidência científica, teve como objetivos partilhar conhecimentos com a equipa de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica e motivar para as boas práticas de enfermagem relacionadas com drenagem torácica. Decorreu na sala 2 da UCI, no dia 30 de junho de 2021, conforme definido no plano de sessão (Apêndice II). A sua avaliação foi realizada pela participação e interação de todos os enfermeiros presentes, promotora de reflexão. Consideramos que a realização da mesma foi positiva, e que a nossa intervenção enquanto formadora, junto dos pares, foi muito importante para o nosso processo formativo, pois traduziu-se num momento de aprendizagem, para nós e para a equipa. De acordo com o resultado da avaliação efetuada, 83,3% dos participantes consideraram os objetivos definidos para a sessão muito claros e 86,7% consideraram o conteúdo completamente adequado. Os resultados da avaliação da sessão de formação encontram-se em anexo (Apêndice III).

Ainda na área da formação, em paralelo com o desenrolar do ENP, foram vários os momentos em que tivemos a oportunidade de assistir a formações em serviço, organizadas

pelo grupo de trabalho responsável, ministradas por enfermeiros e médicos, sobre Ventilação Mecânica Invasiva e não Invasiva, Via Aérea Avançada, Desnutrição em Cuidados Intensivos, Revisão tecnológica do desfibrilhador, Sistemas de Informação e atualizações aplicadas, Protocolo de analgesia, Oxigenioterapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo, Passagem de turno: Modelo ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*).

O processo formativo contínuo é crucial para a construção do nosso saber e identidade profissional, tal como as novas experiências e relações pessoais e interpessoais estabelecidas, valorizando o desenvolvimento e atualização do conhecimento. A formação traduz-se em momentos que contribuem para a melhoria da prática profissional e, conseqüentemente, um ponto chave para a qualidade dos cuidados.

Contudo, a qualidade dos cuidados está também relacionada com as condições de trabalho dos enfermeiros. Ao longo do ENP, pudemos perceber por parte dos profissionais, o descontentamento, a exaustão, e o aumento dos níveis de stress relacionados com a carga de trabalho excessiva e sob forte pressão. O ambiente desfavorável e com interações emocionalmente exigentes, característico de um ambiente de Cuidados Intensivos, mas agravado com o surgimento da doença pandémica provocada pela presença do vírus SARS-CoV-2.

Esta situação enquadró a problemática para o desenvolvimento do projeto de investigação relacionado com a síndrome de burnout dos enfermeiros da UCI em tempos de pandemia por COVID-19.

Uma das nossas principais funções, enquanto enfermeira e futura EEMC, consiste em analisar o autoconhecimento, tentando proporcionar respostas a situações pertinentes no contexto clínico e, também, procurar ser e praticar o caminho facilitador de aprendizagem aos colegas de profissão, baseando a nossa prática na mais recente evidência, pelo que acreditamos que no conjunto de todo o trabalho desenvolvido, reunimos as competências necessárias na aplicabilidade deste domínio.

Muito embora o desenvolvimento desta competência seja difícil de analisar, mantivemos o compromisso assertivo na intervenção ao longo de todo o percurso. No final de cada turno de estágio, ressalvamos a importância da reflexão acerca do trabalho desenvolvido, o que fizemos bem e o que poderíamos melhorar nos aspetos menos positivos. A análise do nosso

desempenho traduz-se numa franca introspeção individual, considerando-a um importante motor de desenvolvimento pessoal e profissional.

No subcapítulo seguinte, será explanado o domínio das competências específicas do EEMC no cuidar PSC.

3.5. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS

3.5.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O descritivo do domínio desta competência é definido como:

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 429, 2018, p.1963).

Dentro desta competência são descritas unidades de competência como: prestar cuidados orientados para prevenção de complicações, antecipando focos de instabilidade na PSC; gerir adequadamente a administração de protocolos complexos do bem-estar e da dor; gerir e garantir a comunicação interpessoal eficaz à pessoa, família/cuidador e assistir nas perturbações emocionais da PSC, família/cuidador (Regulamento n.º 429, 2018).

A receção da PSC numa UCI exige do enfermeiro capacidade de mobilizar conhecimentos e competências para a resolução de situações complexas, uma vez que num curto espaço de tempo e de forma célere, são efetuadas múltiplas intervenções. Esses conhecimentos sólidos e fundamentados, em conjunto com a perceção e antecipação dos sinais de gravidade, distinguem o cuidar do EE, promovendo a prática baseada na evidencia científica e a tomada de decisão rápida e atempada, no sentido de prevenir, corrigir ou minimizar as situações críticas previamente identificadas.

A admissão da PSC na UCI é previamente planeada. Cabe ao enfermeiro verificar as condições de segurança da unidade que receberá a PSC, se esta se encontra devidamente preparada, com todo o material necessário e em funcionamento. Importa perceber qual o

motivo do internamento, o grau de estabilidade ventilatória, elétrica e hemodinâmica, e uma abordagem multidisciplinar de forma a assegurar o suporte das funções vitais da PSC.

Ao longo do ENP, colaborámos na admissão, confirmando a identificação do doente, recebendo a informação transmitida pela equipa responsável pelo transporte até à unidade, efetuando a transferência da PSC para a cama da unidade de forma estabilizada, fazendo uma avaliação primária global. Providenciaram-se medidas de monitorização e terapêuticas adequadas, de forma a garantir uma estabilização hemodinâmica e colaborou-se na entubação orotraqueal, sempre que necessário. Efetuaram-se as cateterizações necessárias, nomeadamente cateter venoso central, cateter arterial, cateter vesical, entre outros, perfundiram-se fármacos de sedação, analgesia e aminas vasopressoras, já previamente preparadas em bombas perfusoras, assegurando as compatibilidades medicamentosas, administrou-se soroterapia, medicação urgente para estabilização, identificou-se o nível e as características das drenagens, quando caso disso, realizaram-se colheitas e posteriormente efetuaram-se registos na folha de registo manual e no sistema informático, no programa SClínico.

Este conjunto de procedimentos na admissão da PSC implica organização, sistematização e trabalho em equipa, requerendo uma postura concentrada, discernimento e capacidade para estabelecer prioridades.

Na folha de registo manual adotada pelo serviço, de visualização rápida, o enfermeiro regista de hora a hora a tensão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura, saturação de oxigénio e o débito urinário, neuromonitorização no caso de PSC do foro neurocrítico, regista ainda sempre que necessário a pressão venosa central e a pressão intra-abdominal, a dor, de 4/4 horas ou sempre que se justificar e de acordo com as escalas implementadas no serviço, o delírio, a presença de pulso e temperatura dos membros superiores e inferiores, os decúbitos efetuados, parâmetros ventilatórios, o tamanho do tubo orotraqueal, e a sua localização referente à comissura labial, a pressão do cuff, a presença e as características das secreções brônquicas, toda a terapêutica que está a ser infundida, tipo de drenos existentes e o seu volume, eliminação intestinal e as suas características, o balanço hídrico das 24 horas e os dispositivos colocados ao doente, com identificação da data de colocação e toda a informação que se considere pertinente, nomeadamente zonas de pressão ou qualquer tipo de feridas e o tratamento implementado em cada uma. Encontram-se dispostas em cada unidade desde o momento de admissão da PSC, com a finalidade de estabelecer um meio de

comunicação fácil e adequado, entre a equipa multidisciplinar envolvida na prestação de cuidados da PSC, facilitando a coordenação e a continuidade dos cuidados prestados.

Para além de toda a informação registada na folha de registo manual e no sistema informático, no programa SClínico, de forma a garantir a continuidade dos cuidados à PSC, é assegurada uma correta e estratificada passagem de informação no final de cada turno. É um momento que deve ser encarado como um espaço de partilha de informação e acima de tudo de discussão e reflexão envolvendo o conhecimento global da PSC, as suas particularidades, o processo de doença e as suas necessidades. São efetuados registos descritivos em forma de síntese da identificação e descrição de diagnósticos principais e atuais, antecedentes pessoais, informação sobre o estado atual, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações significativas do seu estado de saúde, avaliação da eficácia das medidas implementadas e a indicação do plano de continuidade dos cuidados. Esta modalidade de passagem de informação da PSC no final de cada turno segue as orientações da DGS, norma 001/2017 – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, nomeadamente o uso da mnemónica ISBAR, (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*), que permite através de forma simples, memorizar construções complexas para serem utilizadas na transmissão verbal.

Esta informação é realizada de enfermeiro para enfermeiro (responsável pelo doente) na sala de trabalho de enfermagem, por ordem numérica de camas e para a restante equipa de enfermagem que inicia o turno. É um método eficaz uma vez que permite a partilha de experiências e opiniões com a equipa e fomenta a compreensão global do que se passa no serviço.

No percurso de desenvolvimento de competências, deparámo-nos com uma unidade dividida no tratamento de pessoa com ou sem infeção por SARS-CoV-2, sendo maioritariamente as oportunidades adquiridas no cuidar à PSC com infeção por SARS-CoV-2. Todavia, ao longo do ENP foram prestados cuidados à PSC com uma panóplia de patologias, desde pneumonias, insuficiências respiratórias, ARDS, choques, disfunções multiorgânicas, desequilíbrios ácido-base e hidroeletrólíticos, patologias cardiovasculares, status pós PCR (Paragem Cardiorrespiratória), insuficiências renais agudas, politraumatizados, neurocríticos, entre outras.

Importa ao EEEMCPSC, nas UCI, reconhecer a informação, identificando dados e respondendo a focos de instabilidade, diagnosticando e prevenindo complicações. Foi com

esse propósito que ao longo do estágio se prescreveram intervenções de enfermagem tendo por base os focos/diagnósticos de enfermagem identificados e posteriormente se implementaram e supervisionaram, assegurando o rigor técnico-científico. Com o decurso do estágio, à medida que os conhecimentos foram consolidados com as experiências vivenciadas, foram adquiridas capacidades na avaliação precoce da instabilidade hemodinâmica, permitindo reconhecer e antecipar de focos de instabilidade, simplificada pela monitorização contínua da PSC praticada numa UCI.

A monitorização e a sua correta interpretação exigem do EEEMCPSC, amplo conhecimento teórico e habilidade para manipular os variados equipamentos afetos à PSC, nomeadamente na assistência ao doente ventilado, na manipulação do ventilador e na interpretação gasométrica, na interpretação da monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica e neuromonitorização. Os equipamentos e dispositivos são instrumentos importantes para planear os cuidados, pois auxiliam na avaliação, diagnóstico, execução e modificação do plano de cuidados.

Como futura EE, devemos ter a capacidade de interpretar e adaptar os conhecimentos à especificidade de cada patologia da PSC, assumindo a responsabilidade dessa interpretação, bem como um domínio dos procedimentos técnicos, decidindo e atuando com base em conhecimentos cientificamente validados.

É essencial haver uma consciencialização da importância da prevenção de acontecimentos adversos, muitas vezes só detetados por quem tem experiência na prestação de cuidados ao doente crítico. Com o decurso do ENP, verificámos que todos os enfermeiros estão sensibilizados para o seu imprescindível papel na equipa multidisciplinar, os seus cuidados, a vigilância e que os conhecimentos atualizados permitem prevenir e detetar rapidamente as alterações hemodinâmicas e ventilatórias da PSC e atuar com autonomia.

As intervenções autónomas são ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade. Os enfermeiros, munidos de protocolos de atuação, de acordo com as prescrições de desmame terapêutico e consoante a sua avaliação, são autónomos na alteração dos débitos de perfusões de amins e vassopressores, da sedação, da analgesia, da alimentação entérica e parentérica sempre que assim se justifique. A administração de barbitúricos, amins, cardiotónicos, vasodilatadores, sedativos, anestésicos, analgésicos, de entre uma vasta gama de terapêutica existente, obriga a ter por base recomendações e

conhecimento aprofundado dos protocolos de forma a garantir a segurança, evitar o erro e evitar ou antecipar possíveis complicações.

Na UCI onde decorreu o ENP existem protocolos específicos implementados, nomeadamente para a administração de insulina subcutânea, ou para perfusão contínua endovenosa, de nutrição entérica, manipulação e administração de terapêutica pelo cateter venoso central, transfusão de hemoderivados, técnicas dialíticas, normas de colheita de material biológico para exames microbiológicos, normas de entubação endotraqueal, broncofibroscopia, protocolos de cuidados de Enfermagem à PSC traqueostomizada, manual de resíduos sólidos hospitalares, protocolos de medidas de isolamento, sendo necessário ao EE, o seu conhecimento, consulta, análise e estudo prévio, quer dos protocolos quer das normas consolidando conhecimentos de forma a adquirir estratégias que permitiram uma atitude autónoma na prestação de cuidados à PSC/família/cuidador, na integração e organização do trabalho de equipa e na preparação de material para os procedimentos.

Durante este percurso refletiu-se, essencialmente, sobre os protocolos terapêuticos complexos que se encontravam relacionados especificamente com a PSC com infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente o decúbito ventral (DV), um protocolo terapêutico complexo multidisciplinar não farmacológico, e a oxigenoterapia e a ventilação não invasiva (VNI), protocolos terapêuticos multidisciplinares farmacológicos. Embora o DV não seja um protocolo terapêutico exclusivo da infeção por SARS-CoV-2, foi amplamente utilizado nos SMI nesta fase, pelo aumento da prevalência de ARDS com etiologia na insuficiência respiratória aguda desenvolvida pela COVID-19, passando de um protocolo terapêutico pouco usual para uma prática comum.

Resultante da exposição a este leque de protocolos terapêuticos complexos, a PSC é, forçosamente, propensa a sentir dor, um dos principais elementos de stresse nas UCI. Cerca de 80% das pessoas hospitalizadas referenciam dor durante um protocolo terapêutico de enfermagem (Chanques et al., 2007; Arbour & Gelinas, 2010), e quando não controlada pode levar a eventos traumáticos, instabilidade hemodinâmica e alterações do sono (Rotondi et al., 2002; Hweidi, 2007).

A dor constitui um “desafio contínuo a nível dos cuidados de saúde, sendo a sua intervenção/gestão um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (Baixinho et al, 2021, p.161). De acordo com o Guia Orientador da Boa Prática (OE, 2008), a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com sofrimento, nomeadamente pessoas com dor, tem como

finalidade a promoção do bem-estar e, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados. A equipa deve assumir o compromisso na abordagem da dor sendo fundamental a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados.

Na UCI onde decorreu o ENP, é uma preocupação dos profissionais de saúde a deteção, quantificação e tratamento da dor da PSC. Nesse sentido, as principais escalas aplicadas no serviço e utilizadas durante o ENP, foram *Behavioral Pain Scale*. (BPS) e a Escala Visual Analógica. A utilização de escalas no decurso do ENP permitiu-nos identificar a intensidade da dor na PSC, direcionando intervenções diferenciadas, autónomas e interdependentes, e avaliando a sua eficácia. Nesse processo, teve-se por base as seguintes recomendações da Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos:

- a) “O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o gold standard para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
- b) O uso da Escala Visual Analógica é recomendado para avaliar a dor em doentes que comunicam;
- c) A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS);
- d) A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;
- e) A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- f) A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (exemplo: posicionamentos);
- g) A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (exemplo: aspiração de secreções endotraqueais);
- h) A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
- i) A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;

- j) A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;
- k) Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.”

(Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos 2012, p.40-41).

A escala BPS é uma entre as três escalas mais adequadas para avaliar a dor numa UCI, no doente crítico (Teixeira & Durão, 2016), usada na impossibilidade da autoavaliação, motivado pela ventilação mecânica ou agentes neuromusculares e hipnóticos (Ferreira et al., 2014). Para este autor, devem ser considerados critérios subjetivos de dor, como a expressão facial, adaptação à ventilação, movimento no leito e parâmetros fisiológicos, que embora não estejam indicados na avaliação da dor por si só, constituem um sinal de alerta para que sejam aplicadas escalas de avaliação e monitorização, direcionando a terapêutica de acordo com o resultado.

É importante destacar, para além da avaliação, o reconhecimento eficaz de sinais de dor e mau estar, com o objetivo de um rápido controlo, no sentido de evitar o excessivo ou insuficiente tratamento farmacológico (Choi et al., 2017).

O enfermeiro deve implementar intervenções não-farmacológicas como complemento e não como substituto das intervenções farmacológicas e a escolha das intervenções não-farmacológicas deve expressar a opinião do doente, o objetivo do tratamento e a evidência científica disponível e atualizada (OE, 2008). No Guia Orientador de Boa Prática relativo à Dor, as intervenções não-farmacológicas estão divididas em três categorias: cognitivo-comportamentais- relaxamento, distração, imaginação e treino de estratégias de coping; físicas - aplicação de calor/frio, massagem, imobilização, exercício e estimulação elétrica transcutânea; de suporte emocional - toque terapêutico, escuta ativa e medidas de conforto.

A deteção precoce de sinais e sintomas de dor e mau estar e a implementação de medidas não farmacológicas coadjuvam o impacto emocional decorrente da situação crítica vivenciada pela PSC/ família. Por conseguinte, ao longo do ENP, cimentaram-se experiências atendendo à promoção do bem-estar e de gestão de forma diferenciada e eficaz da dor, recorrendo-se a intervenções de gestão farmacológicas e à implementação de intervenções não farmacológicas, nomeadamente a utilização de compressas frias em punções venosas e arteriais, bem como na remoção de cateteres urinários, os

posicionamentos, tendo como coadjuvante as técnicas de relaxamento e as massagens simples, bem como a terapia musical durante os cuidados.

A comunicação é uma área transversal à sociedade e de extrema importância na área da saúde, sendo que nesta se englobam três entidades principais: as organizações, os profissionais e a pessoa, família/ cuidador. Os ganhos em saúde serão maiores, quanto melhor otimizada for a rede de comunicação (Sequeira, 2016).

A comunicação com os doentes numa UCI pode ser bastante complexa, uma vez que é limitada pela sedação, curarização e ventilação artificial. Comunicar com a PSC com ventilação mecânica invasiva (VMI) é desafiante, uma vez que esta impede o fluxo de ar através das vias aéreas superiores, tornando impossível a fonação, o que compromete a comunicação oral e a expressão das necessidades básicas. Tal, pode ser causador de sofrimento psicológico, frustração, pânico, medo e raiva, diminuição da autoestima e distúrbios do sono (Sias et al., 2022). Este conjunto de emoções promove a ocorrência de eventos adversos, como agitação, a não colaboração e insatisfação nos cuidados, remoção de dispositivos e sofrimento emocional, levando a possíveis situações de stress pós-traumático.

Karlsen e colaboradores (2019), na sua *scoping review*, identificaram técnicas com maior efetividade para estabelecer comunicação, mencionando que a escolha da técnica deve ser adaptada a cada pessoa de modo individualizado. Tendo como base este estudo e o enunciado descritivo da satisfação da PSC, ao longo do ENP geriu-se a comunicação interpessoal efetiva com a equipa e com o contexto, de modo a estabelecer uma aceitação, empatia, coesão e constituir-se como elemento de ajuda.

Apesar de todas as limitações impostas, a nossa postura passou por abordar a PSC implementando técnicas de comunicação verbal como questionamento, recorrendo a questões abertas e diretas; clarificação, repetindo o que foi declarado; e empatia. Fez-se uso da linguagem verbal e escrita com imagens e letras, e não verbal utilizando-se posturas, gestos, expressões faciais, toque e olhar, na perspetiva de transmitir confiança, e falando e explicando os procedimentos que iríamos executar. Ainda que a não obtivéssemos uma respostas verbal, estivemos particularmente atentos a eventuais alterações fisiológicas que se poderiam traduzir na resposta à nossa abordagem e aos cuidados por nós prestados. Tendo a dor controlada e uma sedação leve, a PSC é capaz de comunicar através de gestos e de mimica labial.

O principal foco na comunicação interpessoal com a pessoa e família/cuidador é a satisfação das necessidades básicas, emocionais e em saúde. A capacidade de ouvir, de se explicar e de ser empático, terá resultados profundos nos resultados em saúde, na satisfação e na segurança da pessoa, família/cuidador (Institute for Healthcare Communications, 2011).

Em relação às dificuldades na comunicação nesta fase pandémica, importa referenciar as dificuldades sentidas perante as restrições das visitas, mais concretamente, no estabelecimento de comunicação efetiva entre a PSC e o profissional de saúde com a família/cuidador.

Está implementado na UCI um regulamento de visitas que consiste na visita diária de duas pessoas com a duração de 40 minutos, entre as 15h00 e as 19h00, com a presença de uma pessoa de cada vez. Contudo, devido à fase pandémica em vigor, as visitas foram restringidas a situações pontuais de fim de vida. De forma a contornar essa situação, colocou-se à disposição da equipa de saúde um telemóvel com capacidade para realizar videochamadas quando solicitadas pela família/cuidador ou pela pessoa. A par disso, implementou-se o estabelecimento diário de um contacto telefónico com a família/cuidador, com o intuito de minimizar as limitações da comunicação e iniciar o processo entendido como uma relação terapêutica, disponibilizando e garantindo suporte emocional à família/cuidador pelo meio da escuta ativa e do incentivo à verbalização de sentimentos e emoções, gerindo informação de rotinas e procedimentos do serviço e estabelecendo a comunicação da família/cuidador com a PSC, mesmo nos casos em que esta se encontrava ventilada mecanicamente.

Ao longo da experiência profissional e no decorrer do ENP, percebemos e refletimos sobre a importância da aptidão humanística e relacional no cuidar em Enfermagem da PSC. É notório o esforço feito pelos enfermeiros na humanização dos seus cuidados, contudo, o ambiente clínico dificulta a interação entre profissionais de saúde, pessoa e família/cuidador. Desenvolver competências comunicacionais adequadas a cada pessoa e à sua realidade é um desafio constante na prática do EEPSC a exercer funções num SMI.

A hospitalização de uma pessoa no contexto de situação crítica e/ou falência orgânica, poderá desencadear uma crise no ciclo vital familiar. Problemas fisiológicos e psicossociais advêm da incerteza da situação clínica, da imprevisibilidade da evolução do seu estado, do risco de vida iminente e de todo o ambiente tecnológico desconhecido, devido à falta de preparação para esta situação stressante. Na impossibilidade da PSC possuir a capacidade de tomar decisões sobre o seu tratamento, cabe à família/cuidador essa responsabilidade,

promovendo, invariavelmente, situações de stress, pressão, ansiedade e medo. É importante que o EEPSC esteja atento e tenha a sensibilidade e percepção que a família/cuidador têm a necessidade de informação, esclarecimento, apoio, segurança e conforto, bem, como da proximidade ao seu familiar.

A UCI tem à disposição dos familiares/cuidadores duas caixas, à entrada do serviço, onde podem colocar as suas sugestões e/ou reclamações. Nelas, podem expor as suas dúvidas, incertezas, angústias e propostas de melhoria, quando sentem dificuldade de o exporem verbalmente. Estes formulários são recolhidos pela administrativa da unidade e a informação é partilhada pela equipa multidisciplinar, no sentido de promover a mudança de comportamentos, atitudes e discussões entre os pares.

A sensação de serem negligenciados pela equipa de saúde poderá gerar na família/cuidador reações negativas, como desconfiança em relação aos cuidados prestados na UCI. Importa considerar a PSC e sua família/cuidador como um todo e incluí-los no tratamento e processo de recuperação, considerando que as crises físicas e emocionais da pessoa hospitalizada podem simultaneamente, causar problemas emocionais à família/cuidador.

O EEPSC da UCI deve prestar assistência recorrendo a técnicas de comunicação construtivas e eficazes, no sentido de atender às suas necessidades básicas, devendo considerá-los como parte do cuidado e promover a sua capacitação para o envolvimento dos cuidados prestados, sendo de elevada importância criar formulários para avaliar as necessidades das visitas e aumentar seu conforto (Yildirim & Özlü, 2018).

No decurso do ENP, no contato com a família/cuidador, transmitiram-se informações no âmbito das competências de enfermagem acerca dos cuidados prestados, com uma linguagem de fácil compreensão e assertiva, atendendo ao estado emocional da família/cuidador, no sentido de acalmar sentimentos, permitindo-os estar a par da realidade do seu ente-querido.

Decorrente de um estado nacional de emergência e resultado da resiliência, quer por parte dos profissionais de saúde que cuidam, como por parte da pessoa, família/cuidador a vivenciar um processo complexo e um desconhecimento da doença COVID-19, sentiu-se uma necessidade acrescida na gestão das emoções. Medo, ansiedade e tristeza foram, sem dúvida, as emoções mais geridas na pessoa e família/ cuidador, causadas pelo impacto emocional resultante da situação crítica vivenciada e dos processos de luto.

Posto isto, realizaram-se intervenções diferenciadas, recorrendo à escuta ativa, aplicação de técnicas de relaxamento e fomentando o pensamento positivo, em busca da maximização do bem-estar e autocuidado à PSC. Para isso, foram desenvolvidas sobretudo competências pessoais como assertividade, autoconhecimento e gestão de sentimentos e emoções, tomando consciência do stress e do medo, na tentativa de o controlar, de forma a que o desenvolvimento profissional não fosse afetado.

Foram criados momentos de aprendizagem e de partilha de conhecimentos, no seio da equipa multidisciplinar e com a enfermeira responsável pela orientação do ENP, imprescindíveis para o crescimento pessoal e profissional. Adquirindo e cimentando conhecimentos técnicos e científicos, identificando, discutindo e avaliando os cuidados prestados com os elementos da equipa, foram desenvolvidas competências no cuidar a PSC e a família/cuidador de forma a vivenciarem os seus processos de doença crítica e/ou de falência orgânica mais tranquilos e estabilizadores.

3.5.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O descritivo desta competência refere:

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento 429, 2018, p.1963).

Dentro desta competência são descritas unidades de competência como: cuidar da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe; conceber planos de emergência, exceção e catástrofe; planear respostas à situação de emergência e catástrofe; gerir os cuidados em situação de emergência exceção e catástrofe; preservar os vestígios e/ou indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429, 2018).

Uma emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, resultando da perda de saúde brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida se a sua assistência não for realizada de forma imediata (Regulamento n.º 429, 2018, p.19362).

O estado de emergência está previsto na Constituição e é declarado nos casos de “uma agressão efetiva ou iminente de forças estrangeiras, de grave ameaça da perturbação da ordem constitucional democrática ou em caso de calamidade pública”. A declaração do estado de emergência é da competência do Presidente da República, sob a forma de decreto, que depende da audição do Governo a autorização da Assembleia da República. Pode ser declarado em relação ao todo ou parte do território nacional, consoante o âmbito geográfico das suas causas determinantes (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Uma situação de exceção consiste num desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis exigindo a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento n.º 429, 2018). Aquando da agudização clínica de diversos doentes em simultâneo é o enfermeiro especialista, com funções de coordenador de turno que garante a gestão dos recursos.

O conceito de catástrofe é muito amplo e complexo, com diversas definições na literatura. Contudo, de uma forma global, pode ser definido como um desastre ou acidente em inúmeros artigos e publicações nacionais e internacionais. Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil no artigo 3.º, ponto 2, do Decreto-Lei n.º 27/2006, citado pelo Regulamento n.º 429, 2018, p.19362, uma catástrofe “é o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Ao longo de vários séculos, as causas das catástrofes foram basicamente de origem natural. Atualmente, resultado da intervenção humana e da evolução tecnológica, as catástrofes são predominantemente de causa tecnológica e relacionadas com o comportamento humano.

No decorrer do ENP, senti a necessidade de consultar e de me inteirar melhor sobre o Plano de Resposta a Multivítimas da instituição, atualizado em 2017 tomando conhecimento da ordem de procedimentos e da hierarquia da comunicação, por forma a dar respostas eficazes. Este plano, elaborado pelo grupo de Gestão de Situações de Exceção e Catástrofe, tem como resposta centrada no Serviço de Urgência e sob responsabilidade operacional do chefe de equipa, prevê o modelo de triagem de Manchester, baseado em cartões de ação, onde explicitam a atuação dos profissionais atribuídos às salas de emergência, área vermelha, amarela, verde, cuidados intensivos, intermédios, bloco operatório e recobro, e a ativação deste plano é efetuado após contato exclusivo com o INEM.

A pandemia por SARS-CoV-2 provocou uma situação de emergência, exceção e catástrofe, impondo às organizações e entidades civis que desenvolvessem e planeassem protocolos adequados à situação e que os profissionais de saúde fossem formados e treinados, de forma a organizar as capacidades de resposta a esta situação.

Desde que a COVID-19 foi declarada como pandemia mundial, foram tomadas medidas para conter a propagação da infeção por SARS-CoV-2. Foi decretado o Estado de Emergência Nacional, nos termos do Decreto do Presidente da República 14-A em 18 de março de 2020, devido à situação de calamidade pública, e consequentemente, os SMI procederam à reorganização das suas atividades assistenciais. Foram suspensas atividades de consultoria consideradas não urgentes e consultas de seguimento ou *follow up*, desenharam-se fluxogramas e algoritmos de triagem de admissão de pessoas suspeitas ou com infeção confirmada por SARS-CoV-2, reestruturaram-se os serviços de emergência médica e emergência intra-hospitalar de forma a garantir circuitos de acordo com a Norma 004 (2020) e foram assegurados reforços de recursos humanos e materiais numa lógica de maximização de experiência (Norma 005, 2020).

A nível institucional, foi elaborado um Plano de Emergência e Exceção Covid, onde se reestruturaram as unidades de cuidados intensivos e intermédios do SMI, dividindo as unidades destinadas para pessoas com ou sem infeção confirmada por SARS-CoV-2. Foi efetuado um levantamento das competências de médicos e enfermeiros e procedeu-se à mobilização dos mesmos para estes serviços. Este plano contemplava 6 fases, de acordo com o aumento do número de doentes com infeção por SARS-CoV-2 com necessidade de ventilação invasiva ou terapia de alto fluxo, podendo triplicar a capacidade de ventilação mecânica, com a fase 6 a prever um total de 56 camas nível III, para PSC com infeção por SARS-CoV-2.

Embora não se tenha participado no planeamento nem na elaboração de um plano de resposta em situação de emergência, exceção ou catástrofe, ao longo do ENP tomámos consciência das necessidades do conhecimento sobre normas, planos e procedimentos hospitalares, do plano de resposta a multi-vítimas concebidos nesta situação de pandemia mundial pelo Centro Hospitalar da Região Norte, tendo como suporte quatro áreas que englobam os dez domínios das competências de enfermagem em catástrofe, nomeadamente : competências na área da prevenção/mitigação; competência na área de preparação; competência de resposta; competência de recuperação/ reabilitação (WHO e ICN, 2009).

Desenvolveram-se essencialmente as competências na área de preparação, no domínio da responsabilidade ética, legal e no domínio da comunicação e informação e na área de resposta desenvolveu-se o cuidado psicológico da pessoa e família/cuidador e o controlo de emoções.

3.5.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O descritivo desta competência enumera a necessidade de resposta eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos face à complexidade dos cuidados, e tratamentos para a manutenção da vida à PSC. As unidades da competência englobam as seguintes:

- a) conceção de planos de prevenção e controlo de infeção;
- b) liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de controlo de infeção associada à prestação de cuidados (Regulamento n.º 429, 2018).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem uma realidade inegável e representam um problema que carece de especial atenção por parte de todos os profissionais de saúde. Por definição são “infeções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associadas à prestação de cuidados, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados” (DGS, 2007, p.5).

Traduzem-se num dos fatores adversos com maior mortalidade e aumento dos custos financeiros do internamento hospitalar, devido ao aumento do número médio de dias de internamento, dos gastos com antimicrobianos, procedimentos médicos e exames complementares de diagnóstico (Gonçalves & Carmo, 2022).

Segundo o estudo de Suetens e colaboradores (2018), o índice de incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde em Portugal é de 5,9%, superior ao da União Europeia de 3,7%. Os tipos de infeções mais referidos foram as infeções do sistema respiratório (21,4% pneumonias e 4,3% outras infeções do sistema respiratório inferior), infeções do sistema

urinário (18,9%), infeções associadas ao procedimento cirúrgico (18,4%), infeções da corrente sanguínea (10,8%) e infeções intestinais (8,9%).

A maioria destas infeções podem ser evitadas recorrendo a melhores práticas na prevenção e controle da infeção, que a nível hospitalar assentam em várias estratégias como a criação de equipas de controle de infeção, o uso de técnicas básicas de prevenção e de diretrizes com intervenções baseadas em evidências e na vigilância epidemiológica da infeção, e o treino de profissionais de saúde (Yokoe et al., 2014; DGS, 2017).

Em 2013, foi criado em Portugal, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com carácter de programa prioritário de saúde, que objetivou a: “redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, constituindo-se como liderança nacional nestes temas” (Despacho nº.15423, 2013, p.34563).

A UCI dispõe de um grupo de elementos dinamizadores de controlo de infeção associada ao grupo coordenador do PPCIRA do Hospital, constituído por médicos e EE, que na prática clínica discute e reavalia os objetivos e estratégias dos planos terapêuticos, e tem como função transmitir e coordenar as informações sobre as novas práticas de controlo de infeção a ser implementadas. Numa altura de pandemia, o seu papel foi preponderante, tendo em conta que as medidas de isolamento profilático e social implementadas e a utilização de equipamentos de proteção individual no meio intra e extra-hospitalar nunca tinham sido tão amplamente discutidas, considerando o comprometimento na saúde pública caso as medidas recomendadas não fossem devidamente executadas.

O PPCIRA criou um conjunto de boas práticas a serem implementadas de acordo com os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, visando a prevenção da transmissão cruzada das IACS, denominadas de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Estas precauções indicavam as medidas a ser adotadas por todos os profissionais de saúde e incidiu sobre dez padrões de qualidade:

- a) “Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
- b) higiene das mãos;

- c) etiqueta respiratória;
- d) utilização de equipamento de proteção individual (EPI);
- e) descontaminação do equipamento clínico;
- f) controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
- g) manuseamento seguro da roupa;
- h) gestão adequada dos resíduos;
- i) práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
- j) prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho”

(DGS, 2017, p.6).

É indispensável o papel desempenhado pelos profissionais de saúde para que haja um decréscimo das infeções, por conseguinte, na prestação de cuidados de Enfermagem. Durante o percurso do ENP, para aquisição de competências e tendo por base os objetivos e as metas do PPCIRA, foram usadas estratégias para diminuir a infeção associada aos cuidados de saúde e a resistência dos microrganismos aos antibacterianos, nomeadamente medidas de higienização das mãos, implementação de estratégias específicas de gestão de dispositivos invasivos, uso correto dos EPI, precauções de contacto em pessoas infetados ou colonizados com organismos resistentes e o uso dos procedimentos protocolados de isolamentos.

A higiene das mãos é considerada a medida mais eficiente, mais simples e mais económica na prevenção da transmissão cruzada, a evolução da taxa global de cumprimento da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde, entre 2019-2020, é muito positiva, verificando-se aumento deste indicador em 9,2% (DGS, 2021c). O resultado de 2020 foi influenciado pelo contexto pandémico, esperando-se que este indicador se mantenha em crescendo, como um legado positivo da pandemia COVID-19. Existe solução antisséptica de base alcoólica em diversos locais, e em cada unidade do doente, promovendo assim os “5 momentos para higiene das mãos” (Norma 007/2019).

Não menos importante na prevenção da transmissão cruzada e indispensável na proteção total e segurança do profissional de saúde, é o uso de EPI, sobretudo na fase de pandemia (Norma 007 /2020). A UCI dispõe de EPI adequado e as unidades dos doentes encontram-

se devidamente equipadas, evitando deslocações desnecessárias dos profissionais para fora da unidade.

Na última análise epidemiológica do PPCIRA, referente a 2019-2020, verificou-se que a pneumonia associada à intubação e as infeções associadas aos acessos venosos centrais, são as infeções associadas aos cuidados de saúde mais recorrentes em UCI de adultos. Apurou-se uma redução da taxa no que se refere à incidência bacteriémica associada aos acessos venosos centrais e um aumento da taxa no que se refere a pneumonia associada à intubação (DGS, 2021c).

A Pneumonia Associada à Intubação (PAI), é uma infeção muito comum nos SMI, sobretudo nos doentes submetidos a VMI, que consiste no aparecimento de pneumonia na PSC com intubação endotraqueal há mais de 48 horas ou que foram extubadas há menos de 48 horas. No cuidado diário à PSC submetida à VMI, foram prestados um conjunto de intervenções baseadas nos “Feixe de Intervenções” da Prevenção da PAI da DGS: a sedação foi sempre titulada de acordo com a tolerância da PSC; foi avaliada a possibilidade de desmame ventilatório e de extubação; foi mantida a cabeceira da cama num ângulo $\geq 30^\circ$, evitando momentos de posição supina com exceção se contraindicação médica e foi registada esta intervenção diariamente no sistema de informação *SClinico*; foi realizada higienização oral com utilização de antisséptico (clorexidina cloro-hexidina a 0,2%,) pelo menos 3 vezes por dia e documentado no sistema de informação *SClinico*; foi vigiada a integridade dos circuitos ventilatórios procedendo-se à sua substituição apenas quando disfuncionais ou visivelmente sujos; foi mantida a pressão do balão do TOT entre os 20 e 30 cmH₂O; e antes da remoção de um TOT, foi sempre certificada a não existência de secreções no tubo ou acima do balão do tubo, com recurso à aspiração de secreções (Norma 021, 2015).

Relativamente à infeção associada aos acessos venosos, de acordo com o “Feixe de Intervenções”, colaborou-se com a equipa médica na sua colocação, garantindo todos os cuidados, realizando antissépsia da pele da PSC com clorexidina a 2% em álcool antes da colocação do cateter venoso central e friccionando durante, pelo menos, 30 segundos; substituíram-se os sistemas de perfusão do cateter venoso central após as 96 horas e após 24 horas quando administrados hemoderivados e ou aminoácidos e substituíram-se os sistemas utilizados na administração de infusões de propofol a cada 6 ou 12 horas e quando trocado o frasco. Foram substituídos os cateteres periféricos com mais de 72 a 96 horas para reduzir o risco de infeção e flebite em adultos, e utilizada técnica asséptica na realização do penso sempre que se encontrasse visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele, ou ao fim

de 7 dias no caso de estar limpo e seco e com penso transparente e 48h após a sua realização com penso com compressa. Foram ainda vigiados sinais de infeção no local de inserção e foram descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° (Norma 022, 2015; European centre for Disease Prevention and control, 2017).

Na elaboração do planeamento dos cuidados utilizando a metodologia do processo de enfermagem, e de acordo com os feixes de intervenções acima mencionados, foram desenvolvidas competências no âmbito da conceção de um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos elaborando os diagnósticos de Enfermagem: risco de infeção associada ao dispositivo respiratório e risco de infeção associado ao cateter venoso central.

No que se refere à resistência antimicrobiana foi explícita a existência de uma ligação entre o consumo de antimicrobianos e o aumento da mesma. Neste sentido, criaram-se planos de ação para controlar a resistência aos antimicrobianos incluindo o controlo dos seus consumos e ações junto dos cidadãos e profissionais de saúde de formação e informação. O PPCIRA considerou os antibacterianos que são alvo de vigilância europeia através da Rede Europeia de Vigilância dos Consumos de Antimicrobianos e em Portugal através do Infarmed – Agência Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, concluindo que o consumo global de antimicrobianos em meio hospitalar reduziu entre 2012 e 2020 e o consumo de cefalosporinas aumentou entre 2012 e 2020 (DGS, 2021c).

A resistência antimicrobiana da *Escherichia coli*, da *pseudomona aeruginosa*, do *acinetobacter*, do *streptococcus pneumoniae*, do *Staphylococcus aureus* e do *enterococcus* alcançaram uma redução significativa. O decréscimo de resistência do *Acinetobacter* aos carbapenemes é particularmente significativo, diminuindo de 70% em 2013 para 15% em 2020. Contrariamente, e particularmente preocupante, verificou-se uma evolução da taxa de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes, que tem sido marcadamente crescente, aumentando quase seis vezes nos últimos seis anos (de 2,0 para 11,6%) (DGS, 2021c).

No decurso do ENP, assim como ao longo da experiência profissional, verificou-se uma crescente preocupação na prescrição de antibioterapia, com recurso a rastreio de microrganismos multirresistentes, de forma a adequar o tratamento ao agente específico em causa. Na UCI, os critérios para rastreio de microrganismos multirresistentes e rastreio COVID-19 encontram-se bem definidos, sendo um ponto chave para critérios de diagnóstico objetivos e claros.

Na situação de suspeita ou validação de infecção por microrganismos no doente com VMI, cuja transmissão é efetuada por gotículas, utilizou-se o circuito de aspiração de secreções traqueobrônquicas fechado e EPI adequado, assegurando a sinalização adequada da unidade e as medidas a adotar, estabelecendo-se procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infecção face às vias de transmissão.

Paralelamente aos cuidados desenvolvidos para prevenção e controlo de infecção, promoveu-se a literacia no contexto da prevenção da infecção, informando a família/cuidador acerca das medidas a adotar, durante as visitas, dinamizando novos conhecimentos e mantendo um ambiente terapêutico seguro.

Durante o ENP verificamos que os profissionais de saúde demonstravam comportamentos de adesão e cumprimento das normas e recomendações face aos procedimentos e técnicas, tendo em conta o aumento das exigências das precauções básicas face à exposição ao novo vírus, conduzindo a nossa prática no sentido da prevenção das IACS, procurando ser uma referência na implementação das medidas de controlo de infecção, com vista à aquisição de competências neste domínio específico do EEMC.

**PARTE II - O PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO: O ENFERMEIRO DA UCI E O
SÍNDROME DE BURNOUT EM TEMPOS DE PANDEMIA**

4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo, através da revisão bibliográfica efetuada, pretende-se focar aspetos essenciais da problemática em estudo, recorrendo, preferencialmente, a referências bibliográficas primárias, relevantes, atuais e fidedignas. Serão abordados conceitos relacionados com a temática e apresentados dados empíricos resultantes da pesquisa nas bases de acesso PubMed e Scielo e fontes de literatura cinzenta, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), tendo para isso recorrido a descritores do Medical Subject Hedings (MeSH), relacionados com cada um dos temas deste capítulo, com recurso aos descritores ("nurs* care"), ("intensive care" or "critical care"), (burnout) e (covid-19).

4.1. BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Atualmente, é cada vez mais exigido a um profissional a capacidade de se adaptar a diversas circunstâncias e tais exigências podem ter impacto na saúde física e psicológica dos trabalhadores, promovendo o aumento dos níveis de stress, fadiga e problemas depressivos levando a um declínio na qualidade dos serviços prestados (Sobrinho et al, 2009).

O trabalho desempenha um papel fundamental como fonte de satisfação de diversas necessidades humanas, como autorrealização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. No entanto, pode simultaneamente representar uma ameaça quando impõe fatores de risco à saúde e o trabalhador não possui de recursos adequados para se proteger desses mesmos riscos, que quando não devidamente controlados podem levar ao desenvolvimento da síndrome de burnout (Nobre et al., 2019).

Os profissionais de saúde fazem parte de um dos grupos com maior taxa de incidência de síndrome de burnout (González-Sánchez et al., 2016). O ambiente hospitalar, em particular, as UCI, são um constante desafio para os profissionais de saúde, particularmente, para os enfermeiros. O trabalho desenvolvido nestas unidades submete-os a cargas excessivas de stress, promovendo um declínio da sua saúde física e mental, favorecendo uma menor qualidade de vida. Nas principais patologias que afetam os profissionais de saúde são de destacar a síndrome de burnout e as doenças ocupacionais, sendo estas últimas muitas vezes somatizadas pela primeira (Christofoletti, 2008).

Reconhece-se que os profissionais de saúde são particularmente atingidos por este fenómeno, visto o seu trabalho ser caracterizado pela peculiar dimensão do ato de cuidar, levando muitas vezes a um estado de exaustão emocional (De Valk & Oostrom, 2007). A síndrome de burnout nos profissionais de saúde é uma realidade e um problema, uma vez que leva ao comprometimento da qualidade do serviço prestado ao doente e à rede social envolvida (Rosa & Carlotto, 2005).

O conceito de burnout tem sofrido uma evolução ao longo das últimas décadas, fruto da investigação desenvolvida, bem como, das alterações sociais e culturais.

Segundo Schaufeli e Buunk (2003) foi em 1974, com a publicação do artigo Staff-burnout de Herbert Freudenberger, professor e psicanalista americano de origem alemã, que o conceito de burnout se popularizou. Este autor definiu burnout como “falha, desgaste ou exaustão devido a exigências excessivas de energia, força ou recursos ou quando um dos membros da organização se torna inoperante” (Fonte, 2011, p.5).

É, no entanto, atribuída a Maslach e Jackson, em 1986, aquela que é a definição que obtém mais consenso atualmente. Para estes autores, a síndrome de burnout é uma entidade multidimensional composta por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, surgindo maioritariamente em indivíduos que exercem profissões que envolvam intensa atividade relacional com outros indivíduos, embora possa verificar-se noutras profissões (Schaufeli & Enzman, 1998). Truchot (2004) salienta que a síndrome de burnout relaciona-se com a exposição continuada a situações de stresse ocupacional crónico em que se verificam falhas dos mecanismos de adaptação por parte do profissional, sendo esta falha o culminar de um longo período de desequilíbrio entre exigências ocupacionais e recursos pessoais.

Qualquer atividade profissional poderá conduzir a um processo de burnout, porém algumas profissões, por evidenciarem características mais peculiares de contacto direto com pessoas ou por exigirem a mobilização de exigências emocionais mais urgentes, têm sido referidas como sendo mais predispostas para o seu desenvolvimento (França et al, 2014; Kozak et al, 2013). A diferença entre os níveis de burnout nas diferentes atividades profissionais prende-se, sobretudo, com as variáveis individuais dos profissionais, o contexto laboral da profissão em si e com a organização do trabalho (França et al., 2014).

Maslach e Jackson desenvolveram o questionário Maslach e Jackson Inventory (MBI), para avaliar o burnout, composto por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981)

Relativamente às dimensões constituintes da síndrome, definem-se como:

- A exaustão emocional, considerada como a dimensão básica do stress, exprimida pela pessoa, no contexto de burnout, relaciona-se com o nível de energia emocional do profissional, nomeadamente com a sensação de incapacidade de dar mais de si ao utente sob o ponto de vista afetivo.
- A despersonalização, considerada como a dimensão interpessoal do burnout que se desenvolve como uma resposta autodefensiva a uma sobrecarga provocada pela exaustão emocional. Relaciona-se com o desenvolvimento de sentimentos negativos, e de atitudes e sentimentos de cinismo em relação aos utilizadores do serviço. Os utentes são vistos pelo profissional de forma desumanizada, devido a um endurecimento afetivo, a quem, por vezes, culpabilizam pelos seus problemas.
- A redução da realização pessoal é entendida como a dimensão de autoavaliação do burnout. Envolve uma autoavaliação negativa relativamente às próprias capacidades e ao trabalho efetuado, afetando a qualidade deste mesmo trabalho e as relações interpessoais (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Um indivíduo em burnout apresentará níveis elevados de exaustão e despersonalização enquanto os níveis de realização pessoal serão baixos.

Para Fonte (2011) esta síndrome resulta de uma discordância entre os ideais individuais e a realidade da vida laboral diária, nas três dimensões: cansaço ou esgotamento emocional, desumanização ou despersonalização e falta de realização profissional.

Embora o MBI tenha sido o instrumento mais utilizado para a avaliação do burnout na década de 80, é proposto um novo, no âmbito do Projeto de burnout, Motivação e Satisfação no Trabalho (PUMA), em 1997, o Copenhagen Burnout Inventory (CBI), tendo por base uma reconceptualização do burnout, avaliando três dimensões: o burnout pessoal, o burnout relacionado com o trabalho e o burnout relacionado com o cliente/utente (Kristensen et al., 2005).

- O burnout Pessoal corresponde ao grau de exaustão física, psicológica e experienciada pela pessoa, aplicando-se a todos os trabalhadores. Esta dimensão relaciona-se com sintomas gerais de exaustão física ou mental.

- O burnout Trabalho, diz respeito ao grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho, aplicando-se também a todos os trabalhadores.
- O burnout Cliente/Utente, avalia o grau de exaustão física e psicológica experienciado pelo indivíduo relacionado com o seu trabalho com os utentes (Borritz & Kristensen, 2004).

Relativamente às variáveis relacionadas com o aparecimento da síndrome de burnout, segundo Truchot (2004), podem ser agrupadas em três níveis distintos: organizacional, intraindividual e interindividual, desempenhando as exigências interpessoais o papel mais relevante.

- No plano intraindividual, as características da personalidade do indivíduo evidenciam estar relacionadas com uma maior intensidade e frequência da síndrome de burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997).
- No plano das relações interpessoais, o risco de síndrome de burnout aumenta quando as relações com os doentes e seus familiares, com os outros profissionais da equipa sejam eles de categoria igual ou diferente, ou com as chefias são continuamente tensas e ou conflituosas (Gil-Monte & Peiró, 1997).
- Ao nível organizacional, de acordo com Raggio (2007), no contexto específico de uma UCI, são vários os fatores que podem contribuir para altos níveis de stresse nos profissionais de saúde, e para o conseqüente aparecimento da síndrome de burnout, nomeadamente:
 - Necessidade de tomar decisões importantes para o doente crítico, num curto espaço de tempo;
 - Alta prevalência de eventos inesperados que podem requerer resposta imediata;
 - Contacto frequente com a morte dos doentes;
 - Relação com os familiares dos doentes;
 - Ser a UCI um local onde frequentemente se lida com questões éticas que envolvem decisões difíceis;
 - Realização de procedimentos invasivos e potencialmente danosos para o doente;
 - Impotência perante falhas de origem externa aos profissionais da UCI na orientação dos doentes;

- Desequilíbrio na relação pessoal/profissional entre enfermeiros e médicos que trabalham na equipa.

Batista e Bianchi (2006) identificaram outras causas que estão associados ao stress nestes profissionais, destacando o número reduzido de elementos na equipa de enfermagem, a carga de trabalho, a falta de comunicação, a assistência à pessoa em situação crítica, a necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, a falta de apoio institucional, o relacionamento com familiares, o ambiente físico e equipamentos da unidade. Estes fatores podem ser prejudiciais para a performance no âmbito das funções desempenhadas numa UCI, onde níveis altos de atenção e motivação são essenciais.

Trabalhar por turnos rotativos conduz a uma maior dificuldade em lidar com fatores geradores de stress, a um maior risco de comprometimento excessivo com o trabalho e um desequilíbrio esforço/recompensa. Provoca alterações no padrão sono/vigília, por interferência no ciclo circadiano, com repercussões físicas e no desempenho laboral (Margalho et al., 2018). De acordo com Bamonde (2020), trabalhar por turnos é um fator de risco para a depressão, com maior prevalência nas mulheres, que conjuntamente com o padrão de sono irregular, é um preditor de desenvolvimento de burnout. As más condições de trabalho e a falta de recurso organizacionais e humanos especializados, podem provocar um desequilíbrio entre as tarefas e os recursos disponíveis, logo aumentar a pressão (Chemali et al., 2019).

Todos estes fatores levam a que as condições de trabalho sejam um dos maiores impulsionadores de burnout (Marôco et al., 2016).

Marques-Teixeira (2002) citado por Queirós (2005) diz-nos que 25 a 30% dos profissionais de saúde desenvolvem burnout como consequência da sua atividade profissional. Poncet (2007), num estudo com uma amostra de mais de 2000 enfermeiros a trabalhar em UCI, refere níveis elevados de burnout em 33% dos enfermeiros, independentemente da respetiva categoria profissional.

Segundo Queirós (2005), perante uma amostra de 965 enfermeiros portugueses, constatou que um em cada quatro enfermeiros encontra-se perante o desenvolvimento do processo de burnout. Também, estudos demonstram que os enfermeiros ostentam uma das taxas mais altas de baixas médicas, entre os vários grupos profissionais de saúde, com causa provável manifestações acometidos ao burnout (Li et al., 2013; França et al., 2014).

Assim o burnout associado à profissão de enfermagem não exhibe somente implicações a nível pessoal, mas também no meio de trabalho. Estas podem manifestar-se tanto a nível físico, com fadiga constante, dores musculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, problemas gastrointestinais, transtornos cardiovasculares, desordens do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres. A nível psicológico através de irritabilidade, ansiedade, alterações de memória, desmotivação, sensação de inferioridade, sentimento de solidão, impaciência, desconcentração, desconfiança, ou mesmo agressividade e paranóia. Quanto às consequências para a organização, estas incluem tendência para o isolamento, perda do interesse pelo trabalho, infrações das normas, diminuição do rendimento, diminuição da qualidade do serviço prestado, absentismo, abandono do emprego e aumento do número e potencialmente da gravidade de acidentes (Gouvêa et al., 2014). Embriaco et al. (2007) e Poncet et al. (2007) apresentaram proporções de intensivistas e enfermeiros de UCI com vontade de abandonar o trabalho de cerca de 50 e 60% respetivamente.

Teixeira et al. (2013), num estudo onde foram incluídos 300 profissionais (82 médicos e 218 enfermeiros), cujo objetivo era estudar a situação portuguesa no que diz respeito à incidência e fatores de risco de burnout nas UCI, verificaram uma alta taxa de burnout, em que 31% dos participantes apresentavam um alto nível de burnout, sem diferença significativa entre médicos e enfermeiros, mas com maior prevalência no género feminino, e altos níveis de burnout associados a conflitos e tomada de decisão ética em relação à remoção de tratamentos.

Em Portugal, um estudo realizado por Queirós et al., (2013) em quatro hospitais da região norte do país, procurou identificar os preditores de burnout em enfermeiros, tendo verificado que as variáveis género, idade, anos de experiência profissional, a satisfação no trabalho e a interação trabalho/casa, foram preditores significativos da incidência de burnout nestes profissionais.

Em 2015, num estudo onde se objetivou investigar a prevalência da síndrome de burnout nos profissionais de enfermagem de um hospital e de Unidades Básicas de saúde em Minas Gerais, no Brasil, observou-se uma alta prevalência da síndrome (47%) e um grande número de trabalhadores em risco de adoecer (entre 41% a 49%), numa amostra de 116 profissionais de saúde com idades compreendidas entre os 21 e 60 anos (Campos et al., 2015).

Num estudo realizado em Portugal por Marôco et al. (2016), entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde inquiridos apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado, não havendo diferenças entre as categorias profissionais de médicos e enfermeiros. Verificaram também, que os profissionais com maior tempo na função são menos acometidos por burnout, e que a percepção de más condições de trabalho foi o principal preditor de burnout.

Nowacka et al. (2018) desenvolveram um estudo transversal, descritivo e correlacional para explorar a influência de fatores sociodemográficos e ocupacionais selecionados no esgotamento dos enfermeiros. O estudo examinou a relação entre fatores sociodemográficos e ocupacionais e o nível de burnout ocupacional usando as dimensões de exaustão emocional (EE), despersonalização (DEP) e realização pessoal (PA). Foram examinados 560 enfermeiros, 546 mulheres (97,50%) e 14 homens (2,50%) que trabalhavam em hospitais e unidades básicas de saúde. Os resultados sugerem que as variáveis demográficas e as condições de trabalho dos enfermeiros são fatores significativos no que diz respeito ao burnout do enfermeiro.

De destacar que todos os fatores stressores relacionados com a prática da enfermagem tendem a se exacerbarem perante um cenário de calamidade, como o que se tem instalado nos últimos anos, a nível mundial, nomeadamente, a pandemia COVID-19.

4.2. BURNOUT EM CONTEXTO DE PANDEMIA

No final de 2019, o mundo viu-se confrontado com uma doença pandémica desconhecida e ameaçadora, denominada COVID-19, provocada por um novo corona vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em humanos na China, que levou a um crescimento dos níveis de sofrimento psicológico na população a nível mundial. A natureza imprevisível da doença, o isolamento e confinamento domiciliário, a falta de clareza dos líderes quanto à gravidade do risco ou o contágio emocional entre os indivíduos foram alguns dos fatores de risco contribuintes para esse aumento (Santabárbara et al, 2020).

Esta doença que pode ser grave e mortal, conduziu-nos a uma crise pandémica que transformou significativamente os ambientes de trabalho e as suas exigências tendo os profissionais de saúde de prestar cuidados sob uma forte pressão, num ambiente desfavorável e com interações emocionalmente exigentes (Ramaci et al., 2020).

A pandemia COVID-19 afetou disruptivamente o nosso dia-a-dia, reforçando a incerteza e o desconhecido com especial impacto no local de trabalho, sendo vários os fatores conducentes dos profissionais de saúde ao burnout (Leiter, 2020; Maslach, 2020). Assim, e não obstante a preparação que os profissionais de saúde possuem para o seu exercício profissional, foram vários os agentes stressores geradores significativos de sofrimento mental, colocando em causa a saúde mental destes profissionais (Dallacosta, 2019; Dyrbye et al., 2017; Gonçalves et al., 2019; Maslach & Jackson, 1982).

A pandemia por COVID-19 criou desafios únicos para os trabalhadores em todo o mundo, onde se ressalvam os profissionais de saúde, aos quais foi pedido para permanecerem na linha da frente, muitas vezes a fazer turnos de 12 ou mais horas, ainda que numa fase inicial não tivessem ao dispor condições adequadas em termos de estrutura, equipamentos de proteção individual e treino para a situação em concreto, arriscando-se a ficar expostos ao vírus, e conseqüentemente a enfrentar um risco elevado da ocorrência da síndrome de burnout (Fernandes & Queirós, 2022). O impacto psicológico é especialmente alto em profissionais de saúde, que enfrentam stressores específicos muito intensos relacionados com o trabalho, que incluem longas horas de trabalho, instruções e medidas de segurança rígidas, uma necessidade permanente de concentração e vigilância, contato social reduzido e o desempenho de tarefas para as quais eles podiam não estar preparados (Santabárbara et al, 2020).

O surto de COVID-19 impôs diversos desafios e dificuldades aos profissionais de saúde, sobretudo por estarem na linha da frente, nomeadamente: medo de infeção, pela exposição elevada; medo de ser veículo de infeção para os familiares e amigos; sensação de insegurança no trabalho; culpa pela dificuldade em conciliar o papel, as exigências e necessidades profissionais e familiares; exaustão física por excesso de trabalho e diminuição do autocuidado; sobrecarga emocional e “anestesia” emocional; dificuldade em gerir o mal-estar psicológico dos doentes; pressão do tempo e dificuldade na priorização de tarefas e gestão de recursos; dilemas éticos pela eventual necessidade de racionalização da oferta de cuidados; necessidade de gerir falhas de comunicação e desinformação/ “fake news”; estigma e discriminação social. Sendo que estão expostos a situações de stress elevado, os profissionais de saúde são particularmente vulneráveis a sentimentos de medo e ansiedade e conseqüentemente ao burnout (DGS, 2020).

Este sofrimento emocional experienciado por profissionais de saúde durante a pandemia covid-19 é significativamente associado à depressão, stresse e ansiedade. Todos estes

agentes de stress poderão conduzir a problemas psicológicos e ao burnout dos profissionais de saúde, com impacto negativo na capacidade de resposta dos sistemas de saúde (Zhou et al., 2020).

Alguns estudos já realizados durante a pandemia COVID-19, reforçaram o impacto desta na condição psicológica dos indivíduos, inculindo medo, ansiedade, stress emocional e stress pós-traumático na população em geral e, em particular, nos profissionais de saúde (Montemurro, 2020; Shah et al., 2020).

Durante o surto inicial da COVID-19 na China, cerca de 70% dos profissionais de saúde reportaram problemas associados à sua saúde mental durante a pandemia, tais como, insónia, ansiedade, depressão e distress psicológico (Lai et al., 2020), sendo a utilização dos equipamentos de proteção individual um dos maiores promotores de ansiedade (Bansal et al., 2020), assim como a falta do mesmo ou a existência de equipamento inadequado (Bansal et al., 2020; Montemurro, 2020; The Lancet, 2020).

A falta de controlo nos procedimentos e no controlo de infeção, a elevada taxa de mortalidade percebida, a falsa noção de segurança, o défice de diretivas e comunicação, a falta de suporte emocional, são outros dos fatores associados ao burnout (Shah et al., 2020; The Lancet, 2020; Zhu et al., 2020).

Outros estudos recentes relatam taxas de prevalência de burnout mais elevadas em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, quando comparadas com estudos anteriores, relacionando este facto com a elevada carga de trabalho, a falta de suporte organizacional e maior pressão de tempo (Morgantini et al., 2020). O aumento do número de casos de COVID-19 a atender também foi sugestivo de estar mais relacionado com esta sintomatologia (Civantos et al., 2020). Como se verificou em Itália, um dos países mais afetados com esta pandemia na fase inicial, tendo em conta o elevado número de mortes associada à COVID-19, uma percentagem grande de profissionais de saúde apresentava sintomas de pressão psicológica, sintomas somáticos e níveis elevados de burnout (Barello et al., 2020).

Também um estudo desenvolvido por investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto, concluiu que mais de metade dos profissionais de saúde (52%) apresentaram sinais de exaustão física ou psicológica e burnout relacionado com o exercício da sua atividade durante a pandemia de

COVID-19. O estudo concluiu ainda que 51% dos profissionais se encontravam em exaustão física ou psicológica e mais de 52% referiram estar em burnout por causa do trabalho que desenvolviam, sendo que 35% apresentaram mesmo elevados níveis de burnout (CINTESIS, 2020).

Os autores, afirmam ainda que os resultados do estudo parecem indicar que a COVID-19 “resultou na exacerbação de problemas ao nível da saúde mental, com particular impacto emocional e físico nos profissionais de saúde que se encontram na linha da frente”, sendo a exposição dos profissionais a exigências sem precedentes, como a mortalidade elevada, o racionamento de EPI, a pressão inerente ao dever de cuidar, o medo de contágio e dilemas éticos profundos, para além da necessidade de conciliar a vida familiar e profissional, algumas das razões apontada para esta exaustão (idem, ibidem).

Existem algumas técnicas que auxiliam na prevenção de burnout, como técnicas de relaxamento e meditação e prática da respiração profunda (Fessell & Cherniss, 2020), sugerindo a necessidade que os hospitais disponibilizem suporte logístico e grupos de suporte para estes profissionais e implementem estratégias de suporte emocional (Wilson et al., 2020).

É urgente que se inicie o desenvolvimento de um processo de consciencialização da existência de diversos fatores de stress na profissão de enfermagem, e face a estes, se estruture um plano de intervenção e prevenção precoce do burnout neste grupo profissional. A criação de ações de formação/sensibilização sobre sinais e sintomas característicos de stress relativo ao contexto laboral, pode ser uma estratégia, com o intuito que este seja avaliado regularmente e identificado na fase mais precoce possível (Borges et al., 2019).

A deteção precoce de níveis sintomáticos de burnout poderá ser um indicador de potenciais problemas, que permitirá o desenvolvimento de medidas preventivas e de estratégias de coping, com vista à sua prevenção, uma vez que os profissionais de saúde são um grupo de risco, agravado pelas exigências pessoais e do trabalho que a COVID-19 veio impor por tempo indeterminado. É elementar identificar perfis de indivíduos mais vulneráveis ao burnout que poderão permitir o ajuste de medidas pessoais, profissionais, organizacionais e sociais preventivas em função desses perfis, uma vez que a saúde mental destes profissionais afeta a qualidade dos cuidados que prestam (Sahin et al., 2020). Importa também continuar a identificar estratégias eficazes de coping e promover a qualidade de vida no trabalho destes profissionais e a implementação de medidas para a promoção do bem-estar

psicológicos dos mesmos, que, nesta fase, são ainda mais necessários para uma resposta adequada à pandemia.

São indispensáveis a formação e o desenvolvimento de competências emocionais nos enfermeiros, que sejam capazes de capacitar estes profissionais para melhorar a gestão de situações adversas ou hostis e o manuseamento de fontes de stress intrínsecas às práticas que desenvolvem (Santos et al., 2009; Santos, 2015).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

A fase metodológica de um projeto de investigação consiste em definir os meios necessários para a realização da mesma. No decurso desta fase o investigador determina, num desenho, a maneira de proceder para realizar a investigação.

5.1. DA JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS E FINALIDADE

A problemática em estudo enquadra questões relacionadas com enfermeiros da UCI de um hospital polivalente da região Norte, nomeadamente, como experienciaram os níveis de stress durante o tempo de pandemia COVID-19. Sustentados nas vivências e inquietações pessoais e na pesquisa bibliográfica realizada, considera-se a seguinte questão de investigação neste estudo: “Qual a perceção dos níveis de Burnout experienciado por Enfermeiros de uma UCI, durante o período de pandemia COVID-19?”

A questão de investigação surge da necessidade de aquisição de conhecimento numa área específica, e permite ao investigador direcionar o processo de pesquisa. Para Quivy e Campenhoudt (2005), uma questão de investigação deverá ser clara, exequível, pertinente, concisa e enquadrada com os objetivos e estrutura da revisão, garantindo, assim, a sua validade e servindo como fio condutor ao trabalho de investigação.

Tendo por base a formulação de uma questão de investigação, o investigador pode verificar ou não a existência de relações entre as variáveis, e conhecendo-as, é suscetível a formulação da(s) hipótese(s) que as relacionam ou associam (Dias, 2010).

Para dar resposta à questão de partida formulou-se o seguinte objetivo geral: analisar a perceção dos níveis de Burnout experienciado por enfermeiros de uma UCI durante a pandemia COVID-19. Os objetivos de investigação devem indicar de forma clara, qual é o fim que o investigador pretende alcançar, uma vez que são os guias de estudo (Polit et al., 2004; Sampieri et al., 2006). Também devem identificar as variáveis chaves do estudo, os seus possíveis inter-relacionamentos, e a natureza da população de interesse (Polit et al., 2004).

Constituem objetivos específicos deste estudo de investigação:

- Identificar os níveis de Burnout nos enfermeiros de uma UCI;

- Avaliar os níveis de Burnout experienciado por Enfermeiros de uma UCI;
- Analisar a relação entre o Burnout e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros de uma UCI.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Com o objetivo de avaliar os níveis de burnout nos enfermeiros da UCI em período de pandemia e a sua relação com as características socioprofissionais, pretendemos realizar um estudo inscrito no paradigma quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, com apelo à memória dos sujeitos participantes.

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, pois utiliza a colheita de dados para testar as hipóteses, baseando-se na medição numérica das variáveis e na análise estatística de forma a estabelecer padrões e comparar teorias (Sampieri et al, 2006); transversal, pois baseia-se em examinar um grupo de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um determinado fenómeno presente no momento da investigação; e descritivo-correlacional, caracterizando-se pela descrição das características de determinada população ou fenómeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2002).

A perspetiva retrospectiva, no sentido da perceção do burnout recair sobre as vivências dos enfermeiros na sua atividade profissional durante o(s) período(s) mais crítico(s) da pandemia COVID-19, nomeadamente, de afluência e criticidade da situação de doentes, à carga de trabalho/turnos.

5.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO E HIPÓTESES

Após prévia pesquisa bibliográfica efetuada, em estudos já realizados sobre a temática em estudo, foi possível proceder à identificação e seleção de variáveis a considerar, permitindo identificar um conjunto de variáveis e as suas diferentes dimensões.

Com base na revisão teórico-conceitual realizada, os objetivos que se pretendem alcançar e as questões traçadas, considera-se o burnout nos enfermeiros da UCI, como a variável dependente. Como variáveis independentes, consideram-se as variáveis sociodemográficas/profissionais.

De acordo com Gil (2002), todo o procedimento de colheita de dados obedece à formulação prévia de hipóteses, sendo que neste estudo são:

H1 - As dimensões de burnout dos enfermeiros são diferentes em função do género;

H2 - As dimensões de burnout dos enfermeiros são diferentes em função da idade;

H3 - Ter filhos menores ou ter no agregado familiar, pessoa idosa ou com doença crónica, diferencia os níveis de burnout, nas várias dimensões;

H4 - As dimensões de burnout dos enfermeiros são diferentes em função da pessoa com quem vive;

H5 - As dimensões de burnout dos enfermeiros são diferentes em função das habilitações académicas e profissionais;

H6 - As dimensões de burnout dos enfermeiros são diferentes em função do tempo de serviço em UCI;

5.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2006), população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido que tem uma ou várias características semelhantes em comum. Por motivos de acessibilidade e facilidade na colheita de dados, a população do estudo de investigação tem como população-alvo todos os enfermeiros que desempenham funções na UCI.

A amostra corresponde a um subconjunto de uma população ou grupo, que fazem parte da mesma população e deve ser representativa desta, assumindo-se que as suas características se assemelham às da população alvo (Fortin, 2006).

De modo a reforçar a representatividade da amostra, constituíram-se como critérios de inclusão: todos os enfermeiros que à data da aplicação do questionário estavam na prestação direta de cuidados na UCI. Como critérios de exclusão: os enfermeiros que à data da aplicação do questionário já não trabalham na UCI, temporariamente (por motivo de baixa ou outros) ou definitivamente; enfermeiro chefe.

Deste modo, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência, estimando-se em 83 enfermeiros.

5.5. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de informação pretende-se objetiva, caracterizando-se pela descrição das características de determinada população e estabelecimento de relação entre variáveis (Gil, 2002), evitando distorções de análises e/ ou interpretação, com o menor erro possível.

O questionário encontra-se entre os principais métodos de colheita de dados. Sendo o mais utilizado entre investigadores, permite recolher informação factual sobre acontecimentos, opiniões, sentimentos e atitudes. De forma a dar resposta aos objetivos da presente investigação, definiu-se para colheita de dados um instrumento de autopreenchimento, que se operacionalizou em suporte de papel e entregue pessoalmente a cada um dos enfermeiros. Inicialmente apresentou-se o estudo e os seus objetivos, informando da necessidade de, ao responder, se reportassem ao período mais crítico da pandemia COVID-19 e solicitando a sua colaboração. Posteriormente entregou-se o consentimento informado e o instrumento de colheita de dados, sendo colocados à disposição envelopes em dois locais distintos e devidamente selados para a colocação dos mesmos, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes:

Parte 1: caracterização socioprofissional, com questões elaboradas pelo investigador: idade, género, estado civil, descendentes, número de pessoas com as quais coabita, habilitações profissionais, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, tempo de experiência profissional em UCI. (Apêndice IV)

Parte 2: Copenhagen Burnout Inventory (CBI - PT) (Anexo I)

O Copenhagen Burnout Inventory tem por base um estudo prospetivo de Burnout, em trabalhadores no setor de serviços humanos, o Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction (PUMA). Este instrumento foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga (Kristensen, et al. 2005), foi adaptado e validado para Portugal por Fonte (2011). Contém dezanove questões e pretende avaliar o burnout a três níveis distintos: burnout Pessoal; burnout relacionado com o Trabalho; burnout relacionado com o Cliente. Neste instrumento o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Neste caso, sendo o questionário destinado a enfermeiros, o termo mais apropriado será utente ou pessoa doente.

- O nível relativo ao **burnout Pessoal**: avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Diz respeito aos sintomas de exaustão física ou

emocional que nem sempre corresponde a situações vivenciadas no trabalho. Esta dimensão é constituída por seis questões, sendo que a frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções de resposta que varia entre zero (0) “nunca/ quase nunca” e cem (100) “sempre”.

- O nível relativo ao **burnout relacionado com o Trabalho**: analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao trabalho que desempenha. Esta dimensão é constituída por sete questões e é avaliada numa escala com cinco opções: nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/ quase nunca” e cem (100) “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida, cem (100) “nunca/ quase nunca” e zero (0) “sempre”.

- O nível relativo ao **burnout relacionado com o Utente**: avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Esta dimensão apresenta seis questões. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções: nas primeiras quatro questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/ quase nunca” e cem (100) “sempre”.

No estudo PUMA considerou-se como um elevado nível de burnout, os valores iguais ou superiores a 50 pontos (Fonte, 2011).

Relativamente à fidelidade do instrumento, o estudo de adaptação e validação dos itens da escala para a população portuguesa, desenvolvido por Fonte (2011), apresenta como valores de consistência interna, um alfa de Cronbach de 0,845 para a dimensão burnout Pessoal, 0,866 para a dimensão burnout Trabalho e de 0,843 para a dimensão burnout Utente, indicando uma boa consistência interna na validação da escala.

Segundo Pestana e Gageiro (2014), quanto à interpretação dos valores de alfa de Cronbach, considera-se: >0,90 de muito bom/excelente; entre 0,80 e 0,90 de bom; de 0,70 a 0,80 de razoável; entre 0,60 e 0,70 de fraco e <0,60 de inadmissível/inaceitável.

No presente estudo, os valores de consistência interna dos níveis do CBI, variaram entre um mínimo de 0,868 na dimensão burnout Pessoal e o máximo de 0,895 na dimensão burnout Trabalho comprovando que há uma boa consistência interna, sendo consentâneos com os valores encontrados no estudo original e na escala adaptada e validada para Portugal por Fonte (2011) (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores de Consistência interna do CBI

Dimensão	Fonte (2011)	Presente estudo
	N=228	N=83
	α	α
Burnout Pessoal	0,845	0,868
Burnout Trabalho	0,866	0,895
Burnout Utente	0,843	0,893

Também analisamos as correlações (r de Pearson) entre os níveis e o total da escala (tabela 3). Podemos verificar que de forma genérica, os coeficientes de correlação são estatisticamente significativos, positivos e moderados ou elevados. A correlação mais elevada entre as dimensões do burnout e o total do burnout ocorre com a dimensão trabalho ($r = 0,907$, $p < 0,001$)

Por convenção, considera-se que o coeficiente de correlação, entre 0,90 e 1,00 indica uma associação muito alta; entre 0,70 e 0,89, alta; entre 0,40 e 0,69 de moderada; entre 0,20 e 0,39, baixa e menor que 0,20 como uma associação muito baixa (Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 3 – Valores de correlação para o CBI e dimensões

	Burnout Pessoal	Burnout Trabalho	Burnout Utente
Burnout Pessoal	--	--	--
Burnout Trabalho	0,805**	--	--
Burnout Utente	0,574***	0,621***	--
Burnout Total	0,881***	0,907***	0,846***

r de Pearson: * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

5.6. TRATAMENTO DE DADOS

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva: distribuições de frequências (frequências absolutas e relativas); medidas de tendência central (média e mediana); medidas de dispersão ou variabilidade (máximos, mínimos e desvio padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizaram-se os testes paramétricos: coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de

Student para uma amostra e a análise Manova. Nas amostras com dimensão superior a 30, aceitou-se a normalidade de distribuição, de acordo com o teorema do limite central. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\leq 0,05$. A homogeneidade da matriz de covariâncias foi testada com o teste Box's M e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0.

5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O exercício da responsabilidade profissional deve reconhecer e respeitar o caráter único e a dignidade da pessoa envolvida. Assim, neste contexto, foram cumpridos os princípios do Código de Belmont: princípio da beneficência, o respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça (Nunes et al., 2005).

A aplicação do questionário CBI-PT foi autorizada pelo autor (Anexo II).

O presente estudo obteve parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho de Administração da instituição hospitalar (Anexo III).

Quando se pretende utilizar pessoas como sujeito de investigação, é extrema a importância em salvaguardar os seus direitos (Polit et al., 2004). Assim, para garantir o direito à confidencialidade, à autodeterminação e anonimato, foi facultado a todos os participantes o consentimento informado sobre o tema da investigação, objetivos, e qual o contexto em que está a ser realizado, por forma a uma decisão livre e fundamentada (Apêndice VI).

O consentimento informado foi assinado voluntariamente por todos os participantes envolvidos no estudo. Foram cumpridos e honrados todos os compromissos assumidos pelo investigador relativamente aos participantes da investigação, assim como destruída qualquer prova que comprometesse ou identificasse a pessoa.

Foi assegurado, em todos os momentos de recolha de dados, que os participantes compreenderam plenamente a questão da confidencialidade e que tinham o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer repercussão.

6. RESULTADOS

6.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Iniciamos este capítulo com a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. Colaboraram no estudo um total de 83 enfermeiros, todos de nacionalidade portuguesa. A maioria era do género feminino (73,5%), solteira (62,7%), sem filhos (68,7%) e sem dependentes a cargo (67,5%) e vivia acompanhado (76,8%). Cerca de 38,3% tinha uma especialidade. A antiguidade média na função de enfermeiro era de 12,4 anos e a de tempo nos cuidados intensivos de 7,4 anos.

Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica (n = 83)

	N	%
Género		
• Masculino	22	26,5
• Feminino	61	73,5
Idade		
• < 25 anos	2	2,4
• 25-54 anos	78	93,9
• 55 ou mais anos	3	3,6
Estado civil		
• Solteiro	52	62,7
• União facto	8	9,6
• Casado	19	22,9
• Divorciado	4	4,8
Filhos		
• Sim	26	31,3
• Não	57	68,7

	N	%
Dependentes a cargo		
• Sim	27	32,5
○ Filhos dependentes	18	21,7
○ Idosos	6	7,2
○ Pessoas dependentes	3	3,6
• Não	56	67,5
Coabitação		
• Vive só	19	23,2
• Acompanhado	64	76,8
Habilitações		
• Licenciatura	69	83,1
• Mestrado	14	16,9
• Especialidade		
○ Sim	31	38,3
▪ Médico-cirúrgica	26	31,3
▪ Reabilitação	2	2,4
▪ Infantil e pediátrica	1	1,2
▪ Saúde materna e obstétrica	3	3,6
○ Não	52	60,7
Antiguidade na profissão		
• < 1 ano	0	
• 1 a 5 anos	22	26,5
• > 5 anos	61	73,5
Antiguidade no serviço		
• < 1 ano	4	4,8
• 1 a 5 anos	40	48,2
• > 5 anos	39	47

6.2. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SEU NÍVEL DE BURNOUT

Os valores obtidos pela análise dos dados, quanto à percepção dos enfermeiros em relação aos níveis de burnout experienciados, podem ser observados na tabela 4. Nela, indicamos os valores mínimos e máximos, médias, medianas e respectivos desvios padrão. A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens, considerando-se como um elevado nível de burnout os valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos (Fonte, 2011).

Pela análise descritiva e inferencial verificámos que os valores obtidos dos dados dos enfermeiros no burnout Trabalho são significativamente superiores ao ponto médio da escala de avaliação (50), $t(82)=5,420$, $p=0,000$, enquanto os de burnout Utente são significativamente inferiores ao ponto médio das escalas de avaliação (50), $t(82) = -2,617$, $p = 0,011$. As médias do burnout Pessoal e burnout Total não são significativamente diferentes do ponto médio da escala de avaliação.

Tabela 5 – Percepção dos enfermeiros quanto à síndrome de Burnout

	Min	Max	Média	DP	Mediana	T	<i>p</i>
Burnout Pessoal	0,00	79,17	49,40	16,54	50.0	-,0332	0,741
Burnout Trabalho	7,14	92,86	61,02	18,41	64.28	5,420	0,000
Burnout Utente	0,00	91,67	43,83	21,50	45.83	-2,617	0,011
Burnout Total	2,63	85,53	51,89	16,62	53.94	1,032	0,305

- **Relação entre o nível de Burnout e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros**

Quanto ao género (Tabela 6), o teste multivariado da Manova indica que as diferenças nos valores de burnout em função do género não são estatisticamente significativos, tanto no total da escala, como nos seus níveis. $\Lambda = 0,961$; $F(3,78) = 1,046$; $p = 0,377$.

Tabela 6– Burnout relacionado com o género

	Feminino		Masculino		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	50,07	21,15	50,07	14,68	0,390	0,534
Burnout Trabalho	62,50	21,42	60,48	17,35	0,193	0,662
Burnout Utente	45,27	25,27	43,31	20,17	0,156	0,694
Burnout Total	52,33	20,52	51,73	15,14	0,016	0,886

Na relação entre o burnout e a idade (tabela 7), verificamos que os valores médios são todos mais elevados nos enfermeiros com mais de 35 anos, embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças nos valores de burnout em função da idade não são estatisticamente significativos. $\Lambda = 0,985$; $F(3,76) = 0,380$; $p = 0,768$.

Tabela 7 – Relação entre o Burnout e idade

	Até 35 anos		> 35 anos		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout pessoal	48,06	16,58	50,77	16,46	0,580	0,449
Burnout Trabalho	59,14	18,28	63,13	19,07	0,911	0,343
Burnout Cliente	41,28	21,11	46,27	22,34	0,955	0,332
Burnout total	50,00	16,57	53,88	17,05	1,059	0,307

Comparamos o burnout na situação de ter ou não filhos (Tabela 8). Verificamos que os valores médios são todos mais elevados nos enfermeiros com filhos, embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças nos valores de burnout em função de ter ou não filhos não são estatisticamente significativos. $\Lambda = 0,979$; $F(3,78) = 0,550$; $p = 0,650$.

Tabela 8 – Burnout relacionado com ter ou não filhos

	Sim		Não		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	51,60	17,72	48,39	16,04	0,741	0.392
Burnout Trabalho	63,71	17,79	59,84	18,71	0,769	0.383
Burnout Utente	48,56	20,41	41,67	21,81	1,669	0.200
Burnout Total	55,11	16,14	50,48	16,77	1,375	0.244

Quando analisamos a variável ter ou não dependentes a cargo, constatamos que os valores de burnout são tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com dependentes a cargo. No entanto o teste multivariado da Manova indica que as diferenças na perceção de burnout em função de ter ou não dependentes a cargo não são estatisticamente significativos. $\Lambda = 0,969$; $F(3,78) = 0,841$; $p = 0,476$.

Tabela 9 – Burnout em função dos dependentes a cargo

	Sim		Não		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	50,38	18,32	49,04	16,00	0,134	0,715
Burnout Trabalho	59,01	21,09	61,71	17,53	0,332	0,566
Burnout Utente	44,89	18,09	43,44	22,73	0,033	0,856
Burnout Total	51,75	17,94	51,94	16,30	0,000	0,991

Quisemos perceber se os níveis de burnout nos enfermeiros eram influenciados pela coabitação. Constatamos pelas médias, que os valores de burnout são todos mais elevados nos sujeitos que vivem acompanhados, embora o teste multivariado da Manova

indique que as diferenças não são estatisticamente significativas. $\Lambda = 0,985$; $F(3,78) = 0,396$; $p = 0,756$.

Tabela 10 – Burnout relacionado com a coabitação

	Só		Acompanhado		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	46,49	20,42	50,33	15,40	0,792	0,376
Burnout Trabalho	58,83	23,55	61,46	16,78	0,292	0,590
Burnout Utente	39,47	26,00	44,64	19,82	0,793	0,376
Burnout Total	48,82	21,44	52,61	14,99	0,777	0,381

Quanto à relação entre as habilitações académicas e os níveis de burnout, observamos na tabela 11, que são tendencialmente mais elevados nos sujeitos apenas com licenciatura, embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças nos valores de burnout em função das habilitações não são estatisticamente significativos. $\Lambda = 0,859$; $F(3,78) = 4,256$; $p = 0,077$.

Tabela 11 – Burnout em função das habilitações académicas

	Licenciatura		Mestrado		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	50,42	16,88	44,35	14,21	1,595	0,210
Burnout Trabalho	60,35	18,92	64,29	15,91	0,528	0,469
Burnout Utente	44,69	22,64	39,58	14,50	0,610	0,437
Burnout Total	52,24	17,55	50,19	11,39	0,238	0,627

Na influência percebida da habilitação profissional, especialidade em enfermagem, (Tabela 12), nos níveis de burnout, verificamos que os valores são tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com especialidade, embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças não são estatisticamente significativas entre os enfermeiros licenciados e com especialidade. $\Lambda = 0,978$; $F(3,76) = 0,567$; $p = 0,638$.

Tabela 12 – Burnout em função da especialidade em enfermagem

	Sim		Não		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	48,39	17,44	49,42	16,13	0,082	0,775
Burnout Trabalho	62,33	19,90	60,20	17,90	0,245	0,622
Burnout Utente	44,35	21,01	42,67	21,96	0,149	0,701
Burnout Total	52,25	17,17	51,21	16,56	0,065	0,800

Quanto à relação entre os níveis de burnout e o tempo de atividade profissional, observamos na tabela 13, que os valores médios são todos mais elevados nos sujeitos com mais de 5 anos de atividade profissional, embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças nos valores não são estatisticamente significativas. $\Lambda = 0,937$; $F(3,78) = 1,759$; $p = 0,162$.

Tabela 13– Relação entre o Burnout e o tempo de atividade profissional

	Até 5 anos		> 5 anos		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	43,37	12,84	51,57	17,27	4,158	0,045
Burnout Trabalho	54,22	14,36	63,51	19,19	4,265	0,042
Burnout Cliente	35,98	21,84	46,65	20,83	3,977	0,050
Burnout Total	45,04	13,33	54,41	17,09	5,395	0,023

Na relação entre o burnout e o tempo de atividade profissional na UCI (tabela 14), verificamos que os valores médios são tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com mais de 5 anos de atividade profissional na UCI, embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças nos valores de burnout em função do tempo de atividade profissional na UCI não são estatisticamente significativos. $\Lambda = 0,981$; $F(3,78) = 0,511$; $p = 0,676$.

Tabela 14– Relação entre o Burnout e o tempo de atividade profissional na UCI

	Até 5 anos		> 5 anos		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Burnout Pessoal	48,77	17,69	50,11	15,34	0,153	0,696
Burnout Trabalho	59,82	19,18	62,41	17,63	0,399	0,529
Burnout Cliente	44,70	24,05	42,84	18,46	0,201	0,655
Burnout Total	51,56	18,50	52,29	14,39	0,039	0,844

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise de resultados do estudo, expomos neste capítulo, a discussão dos mesmos.

A síndrome de burnout é um problema de saúde pública com impacto na qualidade de vida dos profissionais de saúde e tem sido alvo de atenção e preocupação da comunidade científica. Em 2019 a Síndrome do Esgotamento Profissional (burnout) passou a integrar oficialmente a 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11), como uma questão social relacionada ao universo laboral.

A CBI parece ser uma das ferramentas mais válidas para o estudo do burnout, nomeadamente em profissionais de saúde, essencialmente devido à sua validade de conteúdo (Shoman et al., 2021).

Os resultados deste estudo são congruentes com outros estudos, em populações semelhantes (enfermeiros) e noutras populações (professores), com uma variação do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, entre 0,868, na dimensão burnout pessoal, a 0,895 na dimensão burnout trabalho (Piperac et al., 2021; Suleiman-Martos et al., 2020).

Como já foi referido, para a elaboração deste estudo retrospectivo, recorreremos a uma amostra constituída por 83 enfermeiros que trabalhavam numa UCI durante o período de pandemia COVID-19, e se mantinham entre 21 de março e 22 de abril de 2022, período de recolha de dados.

Relativamente à caracterização da população da amostra, verifica-se que 73,5% são do género feminino e 26,5% são do género masculino, o que vai ao encontro do que refere Fraser (2020) e Haneef et al. (2020), que afirmam que cerca de 70% dos profissionais de saúde são mulheres. Convergem com os resultados divulgados pela OE (2020) em que no total de 73 650 enfermeiros existentes no país, em que predomina o género feminino (82,23%). Assim como no estudo de Nowacka et al., (2018) em que a amostra era composta por 546 mulheres (97,50%) e 14 homens (2,50%), verificando-se o mesmo no estudo de Teixeira et al. (2013) em que 65% dos entrevistados eram do género feminino.

Segundo Gil-Monte (2002), esta predominância de elementos do género feminino está relacionada com a característica das profissões da área de saúde, em especial a enfermagem,

onde o número de mulheres a desempenhar funções é significativamente superior ao de homens.

Relativamente à hipótese 1, onde se prevê que as dimensões de burnout dos enfermeiros sejam diferentes em função do género, de acordo com os resultados do estudo e comparando as médias dos níveis de burnout entre género masculino e feminino em cada dimensão e na escala total, constatamos para burnout pessoal, níveis idênticos no grupo feminino e masculino; para burnout trabalho, burnout utente e burnout total, níveis ligeiramente mais elevados no feminino (tabela 6). Num estudo realizado por Fernandes e Queirós (2022), que pretendia avaliar os níveis de burnout e identificar a influência de fatores sociodemográficos e profissionais no burnout, em Enfermeiros e Assistentes Operacionais de um Hospital Central em Portugal, com recurso ao CBI-PT e aplicação de um questionário sociodemográfico elaborado pelos autores, os níveis de burnout Pessoal e burnout Total são mais elevados para o género feminino em detrimento do género masculino, não se verificando o mesmo na dimensão burnout Utente.

Outros estudos concluíram que as mulheres são mais vulneráveis à síndrome de burnout, pelo envolvimento emocional, pelo conflito de papéis (carreira e vida doméstica), e também por a enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina (Aljabri et al., 2022; Rolim, 2013; Galindo et al., 2012).

No entanto verificamos que as diferenças nos valores de burnout em função do género não são estatisticamente significativos, pelo que não se confirma a hipótese, tal como no estudo de Balan et al. (2018), onde os resultados quantitativos indicaram pontuações médias em todas as categorias da síndrome para mulheres e homens sem diferenças significativas ($p > 0,05$, teste qui-quadrado).

Considerando idade dos participantes deste estudo, evidencia-se que a média de idades é de 35,5 ano, variando entre 24 e 62 anos, sendo uma média mais baixa do que a mencionada no relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Portugal, 2018), o qual refere que a média de idade dos profissionais de saúde varia entre os 41 e os 50 anos. No entanto vai de encontro a outros estudos (Marôco et al., 2016; Teixeira et al., 2016; Kulkarni et al., 2020).

No que respeita à hipótese 2, onde se prevê que as dimensões de burnout dos enfermeiros sejam diferentes em função da idade, verificamos que os valores médios são mais elevados nos enfermeiros com mais de 35 anos, em todas as dimensões e na escala total, quando

comparados com os enfermeiros com menos de 35 anos (tabela 7). No estudo realizado por Fernandes e Queirós (2022) através da análise dos níveis de Burnout por grupos etários para cada dimensão, constatou-se só haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários na dimensão BU. Situando-se o nível mais elevado nos enfermeiros no grupo etário dos 30 aos 44 anos.

Poucos estudos relataram que a idade avançada e mais experiência profissional foram positivamente associados ao burnout. Contrariamente aos nossos resultados, outros estudos concluíram que ser mais novo revelou ser mais promotor do burnout (Rolim, 2013; Portela et al., 2015), que defendem a possibilidade de a imaturidade profissional e falta de confiança estarem relacionadas com a dificuldade de compromisso com o trabalho, que por sua vez contribui para a perceção de burnout. Conclusão reforçada por resultados de estudos mais recentes já realizados durante a pandemia (Barreto, 2020; Vagni et al, 2020).

No entanto verificamos que as diferenças nos valores de burnout em função da idade não são estatisticamente significativas, tal como no estudo de Aljabri e colaboradores (2022), pelo que não se confirma a hipótese.

No que concerne ao estado civil, podemos aferir que a maior parte dos participantes é solteira (62,7%) mas vivia acompanhada (76,8%). De acordo com os Censos 2021, cerca de 41% da população residente em Portugal é casada, seguindo-se o grupo dos solteiros, com 43,5% e finalmente os viúvos e os divorciados com uma expressão menor, respetivamente 7,5% e 8% (INE, 2021).

Do total de participantes, 31,3% refere ter filhos e 26,5% refere ter pessoas com dependência a cargo. Estes dados não vão de encontro à realidade nacional, onde cerca de 55,6% de pessoas têm filhos, e 57,1% das famílias têm pessoas a cargo (INE, 2021).

Na análise efetuada para a hipótese 3, ao compararmos o burnout na situação de ter ou não filhos, a simples comparação aritmética das médias levaria a supor a tendência de os enfermeiros com filhos terem níveis mais elevados de burnout, no total e em cada uma das dimensões (tabela 8). No entanto, o teste multivariado da Manova indica que as diferenças nos valores de burnout em função de ter ou não filhos não são estatisticamente significativas, dados corroborados pelo estudo realizado por Fernandes e Queirós (2022), onde se verificou não existirem diferenças estatísticas significativas com o facto de ter ou não filhos menores. Contrariamente a outros estudos onde a variável “ter filhos” aumentará o burnout (Gonçalves et al., 2019), nomeadamente ter filhos mais novos

(Vala et al., 2017). No estudo de Nowacka e colaboradores (2018), verificou-se que o status parental teve um impacto significativo na exaustão emocional. Nos entrevistados que tinham filhos foi observada uma maior exaustão emocional em comparação com participantes sem filhos.

Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativa entre nos níveis de burnout e a variável ter ou não dependentes a cargo, de acordo com o teste multivariado da Manova, constatámos que os valores médios de burnout são tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com dependentes a cargo na dimensão burnout Pessoal e burnout Utente, assim como na escala total, e mais elevados nos enfermeiros sem dependentes a cargo na dimensão burnout Trabalho (tabela 9). Outros estudos referem que ter dependentes a cargo pode interferir na vida doméstica com as relações familiares, ressentindo-se da falta de tempo para o cuidado dos filhos e o lazer (Hirschle et al., 2012). No estudo realizado por Fernandes e Queirós (2022), ao analisar-se se ter incluído no agregado familiar pessoa idosa ou com doença crónica era preditor de burnout, verificou-se não haver significância estatística em qualquer uma das três dimensões para os enfermeiros.

No que se refere à coabitação, a maioria (76,8%) vive acompanhado, com o cônjuge ou companheiro/a, e/ou filhos, e/ou pais ou outros familiares/amigos; 23,2% vivem sozinhos, dados concordantes com a realidade nacional, em 2021, em que cerca de 55,6% das famílias representam núcleos familiares de casais com filhos, núcleos familiares monoparentais e núcleos familiares reconstituídos e 24,8% representam as famílias unipessoais (INE, 2021).

Quisemos perceber se os níveis de burnout nos enfermeiros eram influenciados pela coabitação. Constatamos pelas médias, que os valores de burnout são todos mais elevados nos enfermeiros que vivem acompanhados, em todas as dimensões e no total da escala (tabela 10), embora o teste multivariado da Manova indique que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Relativamente às habilitações académicas dos participantes do estudo, 16,9% dos profissionais são detentores de grau académico mestrado e 38,3% dos profissionais são detentores de especialidade, dos quais, 31,3% de especialidade em enfermagem Médico-cirúrgica, número inferior ao Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem que recomenda que na constituição das equipas das UCI, 50% dos enfermeiros sejam especialistas em EMC “(...) preferencialmente na área da

enfermagem à pessoa em situação crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno (...)” (Regulamento nº 743, 2019, p.145). Segundo dados da OE (2018), dos enfermeiros especialistas existentes em Portugal, a área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica é a segunda que mais predomina, com cerca de 21,59% do total de especialistas, logo a seguir a enfermagem de reabilitação, com um total de 21,99%. Contudo, apesar da carreira de enfermagem, atualizada pelo Decreto-Lei n.º 71/2019 (Diário da República, n.º 101/2019) encerrar diferentes categorias, verificou-se que a maioria dos participantes detinha o primeiro nível da categoria profissional, a de enfermeiro.

Através da análise dos resultados verificamos que os valores de burnout são tendencialmente mais elevados nos enfermeiros apenas com licenciatura, nas dimensões burnout Pessoal, burnout Utente e na escala total, e mais elevado nos enfermeiros com mestrado na dimensão burnout Trabalho (tabela 11). Dados semelhantes foram alcançados por Nowacka et al., (2018), em que maior parte dos participantes do seu estudo com elevada despersonalização pertencia ao grupo com o grau de licenciatura (23,96%).

Em relação à variável ter ou não ter especialidade, os nossos resultados revelaram-se idênticos em todas as dimensões, com um ligeiro aumento dos valores médios na dimensão burnout Trabalho e burnout Utente para os detentores de especialidade (tabela 12). Dados de outros autores (Jodas & Haddad, 2009; Nobre et al., 2019) salientam que as pessoas com um grau académico mais elevado possuem maior perceção de burnout, uma vez que desempenham atividades com maior responsabilidade e exigência.

No entanto, o teste multivariado da Manova indica que as diferenças nos valores de burnout em função das habilitações académicas e em função da especialidade em enfermagem, não são estatisticamente significativos.

No que concerne ao número de anos de experiência profissional, 73,5% dos profissionais têm mais de 5 anos e 26,5% têm entre 1 a 5 anos, o que permite afirmar que, a maioria dos profissionais possuem conhecimentos e competências para prestar cuidados de elevada qualidade e antecipação. No que se reporta ao tempo de serviço na UCI, é para 47% superior a 5 anos e 48,2% trabalham de 1 a 5 anos.

No nosso estudo, quando analisamos a relação entre os níveis de burnout e as variáveis tempo de atividade profissional e na UCI, concluímos que não se verificaram diferenças estatisticamente significativa, de acordo com o teste multivariado da Manova. Contudo,

analisando os valores médios, percebemos que os profissionais com mais de 5 anos de atividade profissional revelaram níveis médios de burnout significativamente mais altos em todas as dimensões e na escala total, quando comparados com os profissionais com um exercício profissional inferior a 5 anos (tabela 13). Na relação entre o burnout e o tempo de atividade profissional na UCI (tabela 14), verificamos que os valores médios são tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com mais de 5 anos de atividade profissional na UCI, nas dimensões burnout Pessoal e Trabalho, e ligeiramente inferior na dimensão burnout Utente.

Estes resultados são contraditórios com outros estudos cujos resultados referem haver influência do menor tempo de experiência profissional no aumento do nível de burnout (Fernandes & Queirós, 2022; Vincent et al., 2019; Nobre et al., 2019; Nowacka et al., 2018).

Na análise realizada a nível nacional por Marôco e colaboradores (2016), os profissionais com maior tempo na função são menos acometidos por burnout, que justifica esta observação com o facto de indivíduos com menor experiência profissional não terem ainda tempo suficiente para formular estratégias efetivas de coping para lidar com o stress ocupacional e por esse motivo estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de burnout.

Estudos revelam que as variáveis sociodemográficas são fatores positivamente associados ao burnout, sendo que alguns deles, mais recentes e realizados durante a pandemia COVID-19, reforçaram esses resultados (Zhu et al, 2020; Barreto, 2020; Vagni et al., 2020).

A maioria dos fatores que constam do nosso estudo e que foram identificados na literatura, evidenciam estatísticas pouco significativas. Algumas das variáveis sociodemográficas estudadas revelaram-se pouco consistentes devendo merecer um aprofundamento em estudos futuros sobre o tema.

Quando estudamos a perceção dos enfermeiros quanto ao burnout, constatamos que o nível de burnout Total dos participantes situa-se acima do ponto médio dos scores (superiores a 50), com 51,89%, considerando-se um elevado nível de burnout (Fonte, 2011). Os valores obtidos na dimensão burnout Trabalho são estatisticamente significativos e elevados ($M=61.02 >50$; $p = 0.000$), enquanto os da dimensão burnout Utente são significativamente inferiores ao ponto médio das escalas de avaliação ($M= 43.83 <50$); $p = 0,011$), o que nos permite inferir que existem níveis elevados para o burnout Total e burnout Trabalho. Na dimensão burnout Pessoal situa-se em cima do ponto médio, com um score de 49,40%.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões e o total da escala são estatisticamente significativos, positivos e moderados ou elevados. A correlação mais elevada entre as dimensões do burnout e o total do burnout ocorre com a dimensão trabalho ($r = 0.907$, $p < 0.001$).

Os nossos resultados são consistentes com outros estudos realizados para perceber o nível de burnout nos enfermeiros durante a pandemia COVID-19. Fernandes e Queirós (2022) verificaram que os níveis de burnout dos enfermeiros, nas dimensões burnout Pessoal e burnout Total, são superiores ao ponto médio de corte (50 pontos), já em relação ao burnout Utente, os níveis são mais baixos (BP= 60,47%; BT = 60,22%; BU= 38,06%). No estudo desenvolvido por Aljabri e seus colaboradores (2022), em que pretendiam descrever a prevalência de burnout entre os profissionais de saúde da linha da frente durante a pandemia de COVID-19 e os fatores sociodemográficos e ocupacionais associados, a maioria dos participantes relatou esgotamento considerável em pelo menos uma das subescalas do CBI. A média de burnout Pessoal foi de 67,23%, a média de burnout relacionado com o Trabalho foi de 61,38% e a média de burnout relacionada com o Utente foi de 54,55%.

Num outro estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de burnout nos enfermeiros, os valores médios apurados foram de 51,4% para o burnout Pessoal, 58,5% para o burnout relacionado com o Trabalho e 53,1% para o burnout relacionado com o Utente, sendo o burnout relacionado com o trabalho a dimensão que mais contribuiu para o burnout Total ($r = 0,946$; $p < 0,00$) (Nobre et al., 2019).

Nowacka et al., (2018), ao analisarem os níveis de burnout de acordo com o Maslach Burnout Inventory (MBI), obtiveram uma taxa geral de burnout ocupacional nos participantes de 57,9%. Num outro estudo realizado em Portugal, entre 2011 e 2013, a 1262 enfermeiros e 466 médicos, foi reportado que 47,8% dos profissionais de saúde apresentaram burnout elevado e 21,6% apresentaram burnout moderado (Marôco et al., 2016).

A prevalência de burnout nos profissionais de saúde é elevada, evidenciando indicativos de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, concluindo que as variáveis ocupacionais constituíam fatores desencadeadores da síndrome de burnout (Campos et al., 2015). Tal pode ser devido a precaridade da situação contratual, a intenção de mudança de serviço, e o stress relacionado com a sobrecarga de trabalho, a interface trabalho-casa, o lidar com atividades de treino/formação e o lidar com os doentes

associaram-se às três dimensões de burnout - fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional (Gonçalves et al., 2019).

Os profissionais de saúde são um grupo de risco, agravado pelas exigências pessoais, familiares e do trabalho que a COVID-19 veio impor. Estudos mais recentes, referem taxas de prevalência de burnout mais elevadas em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, quando comparadas com estudos anteriores, relacionando este facto com a elevada carga de trabalho, maior pressão de tempo e a falta de suporte organizacional (Morgantini et al., 2020). É essencial vigiar os níveis sintomáticos de burnout, uma vez que poderá ser um indicador de potenciais problemas, permitindo o desenvolvimento de medidas preventivas e de estratégias de coping, com vista à sua prevenção.

Impõe-se a necessidade de mais estudos científicos sobre a sua prevalência e os seus preditores em diferentes populações, de modo a permitir a reflexão sobre as características e consequências do burnout, com vista à criação de programas de intervenção.

8. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

A realização deste trabalho criou oportunidade para desenvolver uma investigação sobre uma problemática relevante na atualidade, pois sendo a enfermagem uma profissão de assistência à saúde, o empenho na identificação dos níveis de burnout dos enfermeiros e o desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção e redução, torna-se imprescindível para evitar o adoecimento mental e garantir a qualidade do cuidado prestado.

Para contextualizar a problemática em estudo, de forma rigorosa e metodológica, realizamos uma revisão da literatura, que acompanhou todo o processo de investigação.

Com este estudo pretendemos avaliar os níveis de burnout, nas suas dimensões, e identificar a influencia de fatores sociodemográficos e profissionais, tendo como alvo os enfermeiros da UCI de um hospital polivalente da região norte do país. A nossa amostra foi constituída por 83 inquiridos.

Para obter os dados, recorreremos à utilização de um questionário que contém questões sociodemográficas, elaborado pelo autor, e o questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI-PT). No que concerne à análise do burnout, pretendíamos analisar a perceção dos enfermeiros quanto à síndrome de burnout e perceber se teriam níveis elevados, nas dimensões de Burnout Pessoal, Burnout Trabalho e Burnout Utente.

Neste estudo, ao analisar as variáveis sociodemográfica e profissionais, percebemos que os valores médios são maiores para os enfermeiros do género feminino e para os que têm idade superior a 35 anos. Verificamos que os valores de burnout são todos mais elevados nos enfermeiros com filhos, que vivem acompanhados. São tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com apenas licenciatura. Quando analisada a relação entre as dimensões do burnout e o tempo de atividade profissional e na UCI, concluímos que nas dimensões do CBI, não são estatisticamente significativos, embora os valores médios indiquem que os profissionais com mais de 5 anos de atividade profissional têm níveis médios de burnout significativamente mais altos, tal como na relação entre o burnout e o tempo de atividade profissional na UCI, que são também tendencialmente mais elevados nos enfermeiros com mais de 5 anos de atividade profissional na UCI.

Apesar da informação obtida pelos valores médios, através da realização do teste multivariado da Manova, concluímos que as diferenças nos valores de burnout em função das variáveis sociodemográficas e profissionais não são estatisticamente significativas.

Não obstante, obtiveram-se dados que nos permitem concluir que os profissionais constituintes da amostra em estudo apresentaram níveis elevados de burnout na escala total, e na dimensão burnout Trabalho, com um valor médio de 51,89% e 61,02% respetivamente, e um valor borderline na dimensão burnout Pessoal, com 49,40%.

A prevenção e o tratamento da síndrome de burnout, devem ser abordados como um problema coletivo e organizacional e não apenas como um problema individual. As instituições de saúde devem criar mecanismos que permitam mitigar o burnout nos seus profissionais, identificar grupos de risco, criar ambientes seguros para o seu desempenho, bem como grupos de apoio. Ao tomarmos medidas para prevenir a síndrome de burnout nos profissionais, podemos contribuir para um funcionamento de qualidade das organizações. Os resultados encontrados entre as dimensões do burnout e as variáveis sociodemográficas podem constituir orientações para desenvolver estratégias no âmbito da gestão de recursos humanos, que permitam aos gestores definir linhas de ação que combatam as consequências desta complexa síndrome.

A promoção da saúde para os profissionais de saúde no local de trabalho deve constituir-se como intervenção prioritária e essencial, em que os enfermeiros especialistas, nomeadamente em Enfermagem Médico-cirúrgica, em equipas multidisciplinares, devem assumir papel preponderante, pelos conhecimentos que detêm e pela responsabilidade social que se espera da sua intervenção.

As principais limitações deste estudo associam-se ao facto de ter decorrido numa única instituição de saúde, pelo que as generalizações devem ser feitas de forma cuidadosa. Consideramos que este estudo revela um contributo significativo, pois colabora para a compreensão da realidade dos enfermeiros relativamente às dimensões de burnout em tempos de pandemia. No entanto, as relações entre as variáveis sociodemográficas estudadas e o burnout dos profissionais revelaram-se pouco consistentes, devendo merecer um aprofundamento em estudos futuros sobre o tema.

Em suma, com este estudo foi possível verificar a prevalência de burnout na equipa de enfermeiros de uma UCI, demonstrando ser uma mais valia para a sensibilização para este fenómeno no serviço onde foi desenvolvido.

Complementarmente, porque este trabalho se enquadra na obtenção do grau de mestre, e com a atribuição do título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende-se, no futuro, poder contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção perante a

problemática em questão, para que os enfermeiros prestem cuidados de saúde de qualidade e segurança à PSC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante evolução e modernização dos cuidados de saúde tem sido um desafio permanente, ao qual a enfermagem responde com êxito, pela sua importância no seio das organizações de saúde, bem como no cidadão em particular. As respostas a estes desafios advêm da criação de um saber próprio, fundamentado na investigação, no empoderamento em enfermagem e na aquisição de competências através de formação especializada.

Com o objetivo de desenvolver cuidados de enfermagem especializados e de fomentar as respostas aos desafios da sociedade, investimos na nossa formação profissional especializada, na procura de um crescimento não só profissional, como pessoal, constituindo-se este relatório parte desse mesmo percurso. Este resulta de uma análise crítico-reflexiva da prática dos cuidados prestados ao longo do ENP, bem como do progresso individual e experiências vivenciadas.

Perante o atual momento de pandemia, o foco da sociedade direcionou-se para os cuidados de saúde, particularmente para a MI e a PSC, incentivando e fomentando todo o processo de aprendizagem e a robustez de estratégias pessoais. A realização do ENP foi palco para a possibilidade de adquirir novos conhecimentos, atitudes e habilidades em enfermagem, nomeadamente na PSC. A componente prática deste percurso foi claramente crucial e indispensável para a assimilação das competências teóricas deste MEMC.

A postura crítica estimulada na componente prática deste MEMC, que é essencial para o desenvolvimento profissional na área de enfermagem, foi aplicada ao longo do ENP, promovendo uma atitude reflexiva e crítica em relação à prática, bem como a transformação e adaptação de comportamentos com o objetivo de proporcionar cuidados especializados de excelência à PSC.

A construção do presente relatório foi um excelente meio para o desenvolvimento da capacidade reflexiva, permitindo identificar as nossas necessidades de aprendizagem e dificuldades sentidas, no caminho do atingimento de competências do EEMC, mais concretamente na área da PSC/família.

Este ENP representou um momento privilegiado para desenvolver e consolidar competências especializadas através do contacto direto com um vasto leque de situações impossíveis de serem reproduzidas unicamente pela teoria. Proporcionou a oportunidade de promover uma postura crítico-reflexiva em relação às diferentes abordagens utilizadas,

resultando numa maior receptividade a novas iniciativas e numa transformação construtiva e adaptativa de comportamentos, promovendo uma evolução em direção à excelência na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Para além da componente prática das intervenções de enfermagem, este percurso formativo compreendeu todo um processo de tomada de decisão, com a assimilação dos mecanismos necessários para a produção de um juízo clínico congruente com a prestação de cuidados diferenciados.

O percurso formativo no desenvolvimento de competências, assentou numa prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com recurso à investigação como garantia para a validação das atividades desenvolvidas e implementação de estratégias que contribuíssem para desenvolver cuidados de qualidade, e da intervenção avançada para uma evolução da prática de enfermagem especializada.

Sabe-se hoje que, os obstáculos farão sempre parte do caminho do crescimento e do desenvolvimento pessoal e profissional, no entanto, o caminho faz-se caminhando e é a fazer e a investigar que se aprende. Todo o processo de aprendizagem foi árduo e exigente, no entanto muito gratificante e enriquecedor no nosso percurso enquanto futura enfermeira especialista, pois foi promotor de conhecimentos e competências, num percurso onde aprender é um objetivo, com vista a assumir uma função diferenciada no cuidar, prestando cuidados de excelência. Traduziu-se num desafio pessoal, pela inexperiência na área da investigação, no entanto, também num impulso para prosseguir com os estudos e sustentar a nossa prática na evidência científica mais recente.

Como reflexão final de toda a experiência formativa, é essencial ressaltar a significativa contribuição que este ENP possuiu na consolidação dos conhecimentos necessários para a aquisição de competências específicas do EEMC na área da PSC. A execução deste relatório termina com a sensação de crescimento pessoal e profissional, na certeza que cada um é responsável pela sua formação e que compete a cada um de nós lutar pelo seu desenvolvimento, tendo sempre presente que o conhecimento em enfermagem resulta de uma prática reflexiva centrada na resolução de problemas e fundamentada na investigação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2015). A Perceção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação. (Tese de doutoramento em Psicologia especialidade em Psicologia da Educação). Universidade de Coimbra.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos - RT 09/2013. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Aljabri, D., Alshatti, F., Alumran, A., Al-Rayes, S., Alsalman, D., Althumairi, A., Al-Kahtani, N., Aljabri, M., Alsuhaibani, S., & Alanzi, T. (2022). Sociodemographic and Occupational Factors Associated With Burnout: A Study Among Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in public health*, 10, 854687. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.8>
- Altafin, J.A.M, Grion, C.M.C., Tanita, M.T., Festti, J., Cardoso, L.T.Q., Veiga, C.F.F., Kamiji, D., Barbosa, A.R.G., Matsubara, C.C.T., Lara, A.B., Lopes, C.C.B., Blum, D. & Matsuo, T. (2014). Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitario. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 292-298 .
- Arbour, C., & Gelinas, C. (2010). Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(2), 83–90. [doi: 10.1016/j.iccn.2009.11.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.11.003)
- Assembleia da República. (2005) Constituição da República Portuguesa. [Lei Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12](https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729) <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
- Baixinho, C. L., Ferreira, Ó. R., Medeiros, M. & de Oliveira, E. S. F. (2022). Participation of Nursing Students in Evidence-Based Practice Projects: Results of Two Focus Groups. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6784. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116784>
- Baixinho, C., Sousa, L. & Vieira, C. (2021). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. 1ª ed. Sintra: lusodidacta ISBN 978-989-53006-1-7.
- Bamonde, J., Pinto, C., Santos, P., & Couto, G. (2020). O Impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 101–110. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.85>
- Bansal, P., Bingemann, T. A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D., & Shaker, M. (2020). Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 8(6), 1781–1790.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.04.001>

- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Barreto, C. (2020). Prevalência de Burnout é maior em médicos que atuam na linha de frente da Covid-19. Recuperado de <https://pebmed.com.br/prevalencia-de-burnout-e-maior-em-medicos-que-atuam-na-linha-de-frente-da-covid-19/>
- Batista, K. & Bianchi, E. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto, 14(4), p. 534-539.
- Borges, E. M.; Fonseca, C. I.; Baptista, P. C.; Queirós, C. M.; Baldonado-Mosteiro, M. & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(3175), 1-6.
- Borritz, M. & Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout. *National Institute of Occupational Health Lerso Parkalle*, Copenhagen Denmark. Recuperado de <https://nfa.dk/>
- Campos, I. C. M., Angélico, A. P., Oliveira, M. S. de, & Oliveira, D. C. R. de. (2015). Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 28(4), 764–771. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528414>
- Carapeto, M. J. (2021). Autoconhecimento: uma breve revisão narrativa. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(2), 237–244. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2230>
- Cardoso Portela, N. L., de Oliveira Pedrosa, A., Santos Cunha, J. D., Soares Monte, L. R., Silva Gomes, R. N., & Campêlo Lago, E. (2015). Burnout syndrome in nursing professionals from urgency and emergency services. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2749–2760. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2749-2760>
- Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (2020). *Mais de metade dos profissionais de saúde está em burnout*. Recuperado de <http://cintesis.eu/pt/mais-de-metade-dos-profissionais-de-saude-esta-em-burnout/>
- Chanques, G., Sebbane, M., Barbotte, E., Viel, E., Eledjam, J. J., & Jaber, S. (2007). A prospective study of pain at rest: Incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. *Anesthesiology*, 107(5), 858–860. <https://doi:10.1097/01.anes.0000287211.98642.51>
- Chemali, Z., Ezzeddine, F. L., Gelaye, B., Dossett, M. L., Salameh, J., Bizri, M., Dubale, B., & Fricchione, G. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC public health*, 19(1), 1337. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7713-1>

- Choi, J., Campbell, M. L., Gelinas, C., Happ, M. B., Tate, J., & Chlan, L. (2017). Symptom assessment in non-vocal or cognitively impaired ICU patients: Implications for practice and future research. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 46(4), 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.04.002>
- Christofoletti, G., Pinto, S., & Vieira, A. (2018). Análise das condições físico-mentais de funcionários do setor de pediatria do hospital das clínicas de goiânia. *Movimenta* (ISSN 1984-4298), 1(1), 7-10. Recuperado de <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/7232>
- Civantos, A. M., Byrnes, Y., Chang, C., Prasad, A., Chorath, K., Poonia, S. K., Jenks, C. M., Bur, A. M., Thakkar, P., Graboyes, E. M., Seth, R., Trosman, S., Wong, A., Laitman, B. M., Harris, B. N., Shah, J., Stubbs, V., Choby, G., Long, Q., & Rassekh, C. H. (2020). Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID-19 pandemic: National study. *Head & Neck*, 42(7), 1597–1609. <https://doi.org/10.1002/hed.26292>
- Collière, M. (1999) - Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Europeia (2020). *Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões - Preparação da UE a curto prazo no domínio da saúde para surtos de COVID-19*. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=COM:2020:0318:FIN>
- Dallacosta, F. M. (2019). Stress and burnout syndrome in health professionals. *International Journal of Family & Community Medicine*, 3(5), 179-183, <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2019.03.00154>
- Decreto-Lei n.º 117/ 2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos, conformando - o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, revogando o Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de agosto. (2015). Diário da República n.º 169/2015, Série I de 2015-08-31. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/70139953>
- Decreto-Lei n.º 156/ 2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República 1ª Série, 181, 8059–8105. Recuperado de https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va
- Decreto-Lei n.º 161/1996. de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, 2959 – 2962. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 30/2017, Série I, 694-720. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/106434234>
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Diário da República, n.º 101/2019, Série I, 2626 – 2642. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2019-122403273>

- Despacho 15423 (2013). Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República n.º 229/2013, Série II de 2013-11-26. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>
- Dias, M. O. (2010). *Planos de investigação: avançando passo a passo*. Edições Afrontamento. ISBN 978-989-96786-0-6.
- Direção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Norma 021. Recuperado de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central - Norma 022. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017) *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral de Saúde (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Norma nº 007/2019. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2020). Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19 - Norma 004. Recuperado de: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf
- Direção Geral de Saúde (2020). COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Resposta em Medicina Intensiva - Norma 005. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052020-de-26032020-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2021b). *Política da Qualidade do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS)*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/politica-da-qualidade-do-dqs.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2021c) *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos -Relatório Anual do Programa Prioritário 2021*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2005). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2020b). Covid19: Autocuidado e bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia. Ordem dos Psicólogos. Recuperado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_profissionais_saude.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020a). Covid-19. Fase de mitigação. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/26/covid-19-fase-de-mitigacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021a). COVID-19 relatório de situação 28-01-2021. Recuperado de https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/332_DGS_boletim_20210128_pdf-301kb.pdf
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C. P., & Meyers, D. (2017). Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *NAM Perspectives*, 7(7), 1-11. <https://doi.org/10.31478/201707b>
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High Level of Burnout in Intensivists. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184oc>
- European centre for Disease Prevention and control (2017) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Recuperado de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/bsi-guidelines-H.pdf>
- Faria, H. T. G. (2012). Trabalho da enfermagem no serviço de emergência: o estresse e a satisfação. *Ciência et Praxis*, 5(09), 19–26. <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2188>
- Fernandes, C., & Queirós, P. (2022). Burnout em Enfermeiros e Assistentes Operacionais num Hospital central em tempo de Pandemia COVID19. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 14, 1–14. <https://doi.org/10.31252/rpso.03.09.2022>
- Ferreira, N., Miranda, A. L., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A.P. & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico: artigo de revisão. Amadora, Portugal. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.
- Fessell, D., & Cherniss, C. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 17(6), 746–748. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.03.013>

- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para portugueses do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra.
- Fortin, M.F. (2006). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, *Edições técnicas e científicas*. ISBN 978-972-8383-10-7.
- França, T., de Lacerda Oliveira, A., Lima, L., Melo, J., & Silva, R. (2014). Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 8(10), 3539-3546. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i10a10087p3539-3546-2014>
- Galindo, R. H., Feliciano, K. V. de O., Lima, R. A. dos S., & Souza, A. I. de. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(2), 420–427. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000200021>
- Galindo, R. H., Feliciano, K. V. de O., Lima, R. A. dos S., & Souza, A. I. de. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(2), 420–427. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000200021>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Gil-Monte P; Peiró J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. 1st ed. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gonçalves, A., Fontes, L., Simões, C., & Gomes, A. R. (2019). Stress and burnout in health professionals. In P. Arezes et al. (Ed.), *Occupational and Environmental Safety and Health* (pp. 563–571). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- González-Sánchez, B., López-Arza, M. V. G., Montanero-Fernández, J., Varela-Donoso, E., Rodríguez-Mansilla, J., & Mingote-Adán, J. C. (2017). Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 63(4), 361–365. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.04.361>
- Gouvêa, P. B., Haddad, M. do C. L., & Rossaneis, M. A. (2014). Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de burnout referidas por trabalhadores de saúde. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 40(1). <https://doi.org/10.5902/2236583410060>
- Hweidi, I. M. (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.025>
- Institute for Healthcare Communication (2011). *Impact of Communication in Healthcare*. Recuperado de <https://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

- Instituto Nacional de Estatística (2021). Censos 2021: resultados definitivos. Recuperado de https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- International Council of Nursing (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de Qualidade*. Instrumentos de Informação e Acção. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- Jodas, D. A., & Haddad, M. do C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192–197. <https://doi.org/10.1590/s0103-2100200900020001>
- Karlsen, M. M. W., Ølnes, M. A., & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing in critical care*, 24(3), 115-131. <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>
- Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z., & Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 102–115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kulkarni, A., Khasne, R. W., Dhakulkar, B. S., & Mahajan, H. C. (2020). Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(8), 664–671. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23518>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lasalvia, A., Bordini, L., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Poli, R., & Bonetto, C. (2021). The Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak-A Repeated Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital of North-East Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13374. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413374>
- Le Boterf, Guy (1994). *De la Compétence*. Paris: les Éditions d'Organisation
- Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L., & Lesaffre, E. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *International journal of nursing studies*, 50(2), 281–291. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.001>

- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. Porto: INESC-TEC. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Margalho, C., Santos, D., Tinoco, N., & Gomes, J. (2018). Impacto do trabalho por Turnos no Stresse Ocupacional dos Enfermeiros- Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 6, 1–7. <https://doi.org/10.31252/rpso.09.09.2018>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in Health Professions: A social psychological analysis. In S. Taylor & A. C. Bardwell (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 227–251). Lawrence Erlbaum Associates. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Susan-Jackson-5/publication/320083088_Burnout_in_health_professions_A_social_psychological_analysis/links/5d1a004392851cf4405a5728/Burnout-in-health-professions-A-social-psychological-analysis.pdf
- Melo-Dias, C. (2001). Liderança em Enfermagem: Estudo do líder, do liderado e da motivação. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Ministério da saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos – relatório final. Recuperado de <https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da saúde (2018). Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf
- Ministério da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos – *Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Portugal. Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- Mongardi, M., Fortuna, D., Sciolino, L., & per il Gruppo di Lavoro (2019). Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche: i risultati di uno studio multicentrico [Nursing sensitive outcomes: the

- results of a multicentre study]. *Assistenza infermieristica e ricerca: AIR*, 38(3), 117–137. <https://doi.org/10.1702/3227.32045>
- Montemurro N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 23–24. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032>
- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PloS one*, 15(9), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Moritz, R. D., Lago, P. M. do, Souza, R. P. de, Silva, N. B. da, Meneses, F. A. de, Othero, J. C. B., Machado, F. O., Piva, J. P., Dias, M. D., Verdeal, J. C. R., Rocha, E., Viana, R. A. P. P., Magalhães, A. M. P. B. de, & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422–428. <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2008000400016>
- Nobre, D. F. R., Rabiais, I. C. M., Ribeiro, P. C. P. S. V., & Seabra, P. R. C. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1457–1463. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
- Nowacka, A., Piskorz, A., Wolfshaut-Wolak, R., Piątek, J., & Gniadek, A. (2018). Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2083. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102083>
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso Ordem dos Enfermeiros: O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade (pp. 1-12). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.academia.edu/24082213/Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decis%C3%ADnica_em_enfermagem
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-19. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- Oczkowski, S., Levy, M. M., Derde, L., Dzierba, A., Du, B., & Aboodi, M. (2020). Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Authors Intensive Care Medicine (ICM) and Critical Care Medicine (CCM). *Intensive Care Med*, 2019, 1-41. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>

- Oliveira, L. N. O., & Queirós, P. J. P. (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a População Portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.77–89.
- De Valk, M. & Oostrom, C. (2007). Burnout in the medical profession: Causes, consequences and solutions. *Occupational Health at Work*, 3(6), 1-5.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Özlü, Z., & Yildirim, T. (2018). Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing and Midwifery Studies*, 7(1), 33. https://doi.org/10.4103/nms.nms_100_17
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. Redes de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda (6ª ed). ISBN 978-972-618-775-2
- Piperac, P., Todorovic, J., Terzic-Supic, Z., Maksimovic, A., Karic, S., Pilipovic, F., & Soldatovic, I. (2021). The Validity and Reliability of the Copenhagen Burnout Inventory for Examination of Burnout among Preschool Teachers in Serbia. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6805. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136805>
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Artmed Editora. 5. ed. Porto Alegre.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 698–704. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806OC>
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Revista de Investigação em Enfermagem, 11, 3-15.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Trajectos. 4ª edição, Editora Gradiva, Lisboa;

- Raggio B. & Malacarne P. - Burnout in Intensive Care Unit. *Minerva Anesthesiology* 2007; 73(4), 195-200.
<https://www.minervamedica.it/en/journals/minervaanestesiologica/article.php?cod=R02Y2007N04A0195>
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. *Sustainability*, 12(9), 3834.
<https://doi.org/10.3390/su12093834>
- Regulamento 101 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República n.º 48/2015, Série II de 2015-03-10. Recuperado de:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento 124 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>
- Regulamento 140 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-07-16. Recuperado de:
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento 361 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento 429 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. Recuperado de:
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento 743 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. Recuperado de:
<https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (11 de 2008). Qualidade dos Cuidados de Saude. (I. P. Viseu, Ed.) *Millenium: Journal of Education, Technologies and Health*, 35(13).
- Rolim, C. S. dos S. (2013). Estresse e síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 15(3).
<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6332>
- Rosa, C. da, & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, 8(2), 1–15.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso

- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., Im, K., Donahoe, M., & Pinsky, M. R. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit*. *Critical Care Medicine*, 30(4), 746–752. <https://doi.org/10.1097/00003246-200204000-00004>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, M.P.B. (2006). *Metodologia da pesquisa* (3a ed.). Porto Alegre: McGraw-Hill/Penso.
- Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., Idoiaga-Mondragon, N., & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 107, 110244. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista referência*, 11, 59-62. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Santos, F. E.; Alves, J. A. & Rodrigues, A. B. (2009). Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Einstein*, 7(1), 5863.
- Santos, R.N. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2004). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. *The Handbook of Work and Health Psychology*, 383–425. <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Notícias de saúde. Mais camas em Cuidados Intensivos <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/05/20/mais-camas-em-cuidados-intensivos/>
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. S. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*, 12(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7405>
- Shoman, Y., El May, E., Marca, S. C., Wild, P., Bianchi, R., Bugge, M. D., Caglayan, C., Cheptea, D., Gnesi, M., Godderis, L., Kiran, S., McElvenny, D. M., Mediouni, Z., Mehlum, I. S., Mijakoski, D., Minov, J., van der Molen, H. F., Nena, E., Otelea, M., & Guseva Canu, I. (2021). Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *International journal of*

environmental research and public health, 18(17), 9188.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18179188>

- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *New Trends in Qualitative Research*, 13, e721–e721. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Sobrinho, C.; Barros, D.; Tironi, M & Filho, E. (2009). Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 106-115.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). Programa de ação para o triénio 2015-2017. Lisboa. Recuperado de <http://spci.pt/programa-de-acao/>
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., & Monnet, D. L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46).
- Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(5), 1124–1140. <https://doi.org/10.1111/jan.14318>
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 9(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/riv16026>
- The Lancet. (2020). COVID-19: Protecting health-care workers. *The Lancet*, 395(10228), 922. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30644-9)
- Truchot D. (2004) *Épuisement professionnel et burnout*. Dunod; 1st ed. Paris.
- Twigg, D. E., Kutzer, Y., Jacob, E., & Seaman, K. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *Journal of advanced nursing*, 75(12), 3404–3423. <https://doi.org/10.1111/jan.14194>
- Vagni, M., Giostra, V., Maiorano, T., Santaniello, G., & Pajardi, D. (2020). Personal Accomplishment and Hardiness in Reducing Emergency Stress and Burnout among COVID-19 Emergency Workers. *Sustainability*, 12(21), 9071. <https://doi.org/10.3390/su12219071>

- Vala, J., Marques, A., Pinto, S., Moreira, R., & Costa, L. (2017). Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas. Recuperado de https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf
- Vieira, E.J.M. (2014). As Estratégias de Comunicação no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Vieira, M. (2017). Ser enfermeiro: da paixão à proficiência. In *repositorio.ucp.pt*. Universidade Católica Editora. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/30533>
- Vieira, S.M. (2018). Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Braga.
- Vincent, L., Brindley, P. G., Highfield, J., Innes, R., Greig, P., & Suntharalingam, G. (2019). Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(4), 363–369. <https://doi.org/10.1177/1751143719860391>
- Wilson, A. N., Ravaldi, C., Scoullar, M. J. L., Vogel, J. P., Szabo, R. A., Fisher, J. R. W., & Homer, C. S. E. (2020). Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>
- World Health Organization & International Council of Nursing. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies. Recuperado de <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>
- World Health Organization. (2002). Fifty- Fifth World Health Assembly: Resolutions and Decisions. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. Recuperado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
- World Health Organization. (2021). Timeline: WHO's COVID-19 response. Recuperado de www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline
- Yokoe, D. S., Anderson, D. J., Berenholtz, S. M., Calfee, D. P., Dubberke, E. R., Ellingson, K. D., Gerding, D. N., Haas, J. P., Kaye, K. S., Klompas, M., Lo, E., Marschall, J., Mermel, L. A., Nicolle, L. E., Salgado, C. D., Bryant, K., Classen, D., Crist, K., Deloney, V. M., Fishman, N. O., ... Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) (2014). A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. *Infection control and hospital epidemiology*, 35(8), 967–977. <https://doi.org/10.1086/677216>

- Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 26(4), 377–379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fan, Y., Chen, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*, 24, 100443. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Planeamento da Sessão de Formação subordinada ao tema Dreno Torácico:
Cuidados de Enfermagem

PLANO DA SESSÃO

TEMA DA SESSÃO: Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagem Torácica

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem do Serviço de Cuidados Intensivos 1

DATA DA SESSÃO: 30 de junho de 2021

LOCAL DA SESSÃO: Serviço de Cuidados Intensivos 1

DURAÇÃO DA SESSÃO: 60 minutos

1. LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES

A escolha do tema “*Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagem Torácica*”, deveu-se ao facto do elevado número de enfermeiros recém-chegados ao serviço. Sendo esta uma técnica muito frequente no Serviço de Cuidados Intensivos, tornou-se assim pertinente realizar uma breve abordagem ao tema, com a possibilidade do contacto com o material utilizado para a colocação de um dreno torácico, de forma a dotar os profissionais de saúde de mais conhecimentos e uniformizar os cuidados de enfermagem na manipulação do dreno torácico.

2. OBJETIVOS

GERAIS: Partilhar conhecimentos com a equipa de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica;

Motivar a equipa para as boas práticas de enfermagem relacionadas com drenagem torácica.

ESPECÍFICOS:

- Identificar os princípios da drenagem torácica
- Identificar as boas práticas de enfermagem relacionadas com drenagem torácica
- Partilhar o procedimento sobre material, colocação e remoção do dreno torácico
- Dar a conhecer os principais cuidados a ter com a drenagem torácica

3. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Drenagem Torácica
 - Indicações para colocação de dreno torácico
 - Tipos de drenagem torácica
 - Funcionamento da drenagem torácica
 - Cuidados de Enfermagem ao doente com dreno torácico
- Procedimento
 - Material para colocação de dreno torácico
 - Procedimento para colocação e remoção de dreno torácico

4. METODOLOGIA

- Método expositivo: através da transmissão oral dos conteúdos;
- Método demonstrativo: o material usado para a colocação do dreno torácico estará disponível, para que possa ser manipulado e visualizado;
- Método interativo: discussão e esclarecimento de dúvidas existentes.

5. RECURSOS DIDÁTICOS

- Computador
- Material de drenagem torácica

6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

- No final da sessão será aplicado um questionário de satisfação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM DRENAGEM TORÁCICA

PROGRAMA DA SESSÃO						
		1	2	3	4	
Objetivos da sessão	<i>Confusos</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Muito claros</i>
Conteúdo da sessão	<i>Inadequado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Completamente adequado</i>

QUALIDADE DA SESSÃO						
		1	2	3	4	
Disponibilidade	<i>Insuficiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Muito bom</i>
Clareza na exposição	<i>Insuficiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Muito bom</i>
Aplicabilidade do tema ao contexto da prática	<i>Inaplicável</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Totalmente aplicável</i>
Motivação para a mudança na prática	<i>Ausente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Plena</i>

APÊNDICE II – Diapositivos para a apresentação da Ação de Formação realizada no SCI do CHU Porto, subordinada ao tema Dreno Torácico: Cuidados de Enfermagem

DRENO TORÁCICO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM DRENAGEM TORÁCICA

SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS 1 – CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

MESTRANDAS:

CARLA SOFIA VAZ, 20213
SARA GOMES, 24479

SUMÁRIO

- DRENAGEM TORÁCICA
 - TIPOS DE DRENAGEM
 - VÁLVULA DE HEIMLICH
 - CLAMPAGEM DOS DRENOS
- PROCEDIMENTO DA COLOCAÇÃO DO DRENO
- PROCEDIMENTO DA REMOÇÃO DO DRENO
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM
- CONCLUSÃO
- BIBLIOGRAFIA
- CONCLUSÃO
- BIBLIOGRAFIA

DRENAGEM TORÁCICA

Acesso Restrito/ Resto Acesso

Assistência de Enfermagem na Drenagem Torácica: Revisão de Literatura

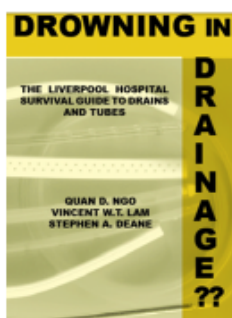
Nursing Care in Thoracic Drainage: a Literature Review

Vinícius Vidal Lúcio*, Ana Paula Serra de Araújo**

Lúcio e Araújo (2011), referem que:

- A drenagem torácica, tem como principal objetivo a remoção de conteúdo líquido, gasoso, purulento ou sanguinolento do interior da cavidade pleural ou mediastino
- Nos Cuidados Intensivos, a drenagem torácica é um procedimento útil para tratamento de intercorrências pleurais, como **pneumotórax** (espontâneo, hipertensivo, traumático, iatrogénico), **hemotórax**, **derrame pleural** (empiema, quilotórax) e como **drenagem profilática**

DRENAGEM TORÁCICA

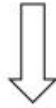


Segundo NGO, LAM e DEANE (2004), a colocação de um dreno torácico tem como objetivos:

- Manter ou restabelecer a pressão negativa do espaço pleural, através da remoção de ar ou líquidos deste espaço
- Promover a expansão pulmonar e a normal dinâmica ventilatória
- Prevenir o colapso do pulmão não afetado

DRENAGEM TORÁCICA – TIPOS DE DRENAGEM

Drenagem livre (Drenagem passiva)



- Dreno é conectado a um recipiente, com um selo de água, que vai permitir um movimento unidirecional de ar e líquido da cavidade pleural para o recipiente → O ar ou fluidos conseguem ser drenados evitando o colapso respiratório, assegurando a re-expansão pulmonar.



DRENAGEM TORÁCICA – TIPOS DE DRENAGEM

Drenagem livre (Drenagem passiva)

B – Câmara de selo de água → Efeito de válvula unidirecional. A escala e flutuação da pequena bola permitem a medição da pressão intratorácica.

Encher com água estéril até aos 2cm.
Passando algum tempo, a água ficará azul, o que facilita na monitorização das fugas.



Borbulhar contínuo: Fuga persistente
Borbulhar intermitente: Fuga intermitente
Sem borbulhar: Pleura sem fuga

OSCILA
Sobe na inspiração
Desce na expiração
↓
Sistema permeável
BORBULHA FORMA CONTÍNUA
↓
Fuga de ar no sistema

DRENAGEM TORÁCICA – TIPOS DE DRENAGEM

Aspiração contínua (Drenagem ativa)



- O sistema de drenagem é conectado a um sistema de vácuo (ex. aspirador portátil)
 - utilizado para aspirar de modo controlado e mantendo a pressão negativa, auxiliando a saída dos líquidos pleurais possibilitando a melhor re-expansão pulmonar
 - recomenda-se a pressão negativa de -10 a -20 cm de água, para evitar danos nos tecidos.



DRENAGEM TORÁCICA – VÁLVULA DE HEIMLICH

Chest Tubes: Generalities

Frederico Venuta, MD^{1*}, Daniel Dias, MD², Marco Anís, MD³,
Eduardo A. Mendes, MD⁴, Sara Cruz, MD⁵



Podem ser simples ou
duplas

Segundo Venuta [et al] (2017), a válvula de Heimlich é uma válvula unidirecional que:

- Permite a saída de ar durante a expiração e evita a entrada de ar na cavidade torácica durante a inspiração
- É indicada em casos de pneumotórax e derrames de pequeno volume
- Em casos de pneumotórax de longa duração sem indicação cirúrgica, permite que o doente faça tratamento em ambulatório

DRENAGEM TORÁCICA – VÁLVULA DE HEIMLICH

VANTAGEM

- Permite ao doente deambular, não correndo o risco de derramar, vazar, refluir ou formar bolhas que obstruam o sistema
- Aumenta a segurança no momento do transporte do doente

DESVANTAGEM

- Risco aumentado de desenvolver empiema torácico → Ocorre por infeção do espaço pleural, pelo tempo prolongado da drenagem e da válvula

DRENAGEM TORÁCICA – CLAMPAGEM DOS DRENOS

- A clampagem deve ser realizada com duas pinças em sentidos opostos – de forma a aumentar a segurança e evitar a entrada de ar na cavidade pleura
- Colocar, por exemplo, compressas para proteger a tubuladura, para não haver cortes no tudo de drenagem



O dreno deverá estar clampado o menor tempo possível

DRENAGEM TORÁCICA — COLOCAÇÃO DO DRENO

PROCEDIMENTO DA COLOCAÇÃO

- Explicar ao doente o procedimento
- Gerir terapêutica analgésica
- Posicionar o doente →

Sentado, semi-fowler, lateral ou semi-lateral com o braço do lado afetado para cima



- Preparar material para colocação de drenagem



DRENAGEM TORÁCICA — COLOCAÇÃO DO DRENO

MATERIAL

- Equipamento proteção (bata, touca, máscara)
- Luvas esterilizadas
- Desinfetante para a pele
- Compressas esterilizadas
- Anestésico local
- Agulhas (EV, SC e IM)
- Seringas (5, 10 e 20 ml)



DRENAGEM TORÁCICA – COLOCAÇÃO DE DRENO

- Campo cirúrgico
- Lâmina de bisturi
- Tabuleiro com porta agulhas, pinça e clampe
- Dreno torácico de calibre de acordo com indicação médica
- Frasco coletor com selo de água
- Fio de sutura
- Material de penso

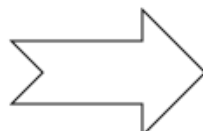
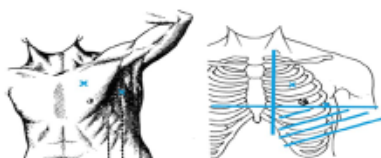


DRENAGEM TORÁCICA – COLOCAÇÃO DE DRENO

- Higienizar as mãos segundo os momentos indicados pelo GCL-PPCIRA
- Colocar EPI
- Colaborar com médico na execução do procedimento
- Desinfetar local de inserção

DRENAGEM TORÁCICA – COLOCAÇÃO DE DRENO

LOCALIZAÇÃO



Inserido na porção superior da parede torácica anterior ao nível do 2º ou 3º espaço intercostal anterior, na linha média clavicular → **PNEUMOTÓRAX**

Inserido na porção inferior da cavidade torácica ao nível do 4º a 6º espaço intercostal, anterior à linha média axilar
→ **DERRAME PLEURAL**

DRENAGEM TORÁCICA – REALIZAÇÃO DO PENSO

REALIZAÇÃO DO PENSO

- Trocar diariamente
- Usar técnica asséptica – limpeza com soro ou solução desinfetante (Clorohexidina)
- Penso em formato de “vulcão” – compressas devem proteger, fixar e dar estabilidade ao tubo, mantendo-o sem dobras e permeável
- Vigiar o local de inserção do dreno, para detetar precocemente a ocorrência de: enfisema subcutâneo, sinais inflamatórios e fuga de ar

DRENAGEM TORÁCICA – REMOÇÃO DO DRENO

INDICAÇÕES PARA REMOÇÃO DO DRENO TORÁCICO

- Após confirmação de total re-expansão pulmonar
- As drenagens não são significativas
- Ausência de fugas gasosas



Certificado mediante:

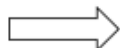
- Auscultação
- Precursão do tórax
- Realização de Rx

DRENAGEM TORÁCICA – REMOÇÃO DO DRENO

PROCEDIMENTO DA REMOÇÃO

- Explicar ao doente o procedimento
- Gerir terapêutica analgésica
- Posicionar o doente (semi-fowler ou lateral)

- Preparar material



- Luvas esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Solução antisséptica
- Lâmina de bisturi
- Clampe (se houver mais que um dreno para a mesma drenagem)
- Gaze gorda (caso haja história de fístula)
- Material de penso

DRENAGEM TORÁCICA – REMOÇÃO DO DRENO

- Higienizar as mãos segundo os momentos indicados pelo GCL-PPCIRA
- Colocar EPI
- Colaborar com o médico na execução do procedimento
- Desinfetar local de inserção
- Certificar que o dreno está solto e remover num só movimento rápido → A remoção deve ser feita aquando da expiração para evitar a possibilidade de entrada de ar. Caso o doente esteja sob ventilação mecânica é aconselhável uma pausa inspiratória

DRENAGEM TORÁCICA – REMOÇÃO DO DRENO

- Após remoção do dreno torácico, realizar penso compressivo (pode haver necessidade de suturar o local de inserção do ex-dreno)
- Avaliar ventilação do doente
- Vigiar presença de enfisema subcutâneo
- Informar o médico em caso de intercorrências
- Providenciar Rx de controlo
- Registar sinais vitais e função respiratória do doente

DRENAGEM TORÁCICA – REMOÇÃO DO DRENO

- Vigiar sinais de alerta



- Dispneia
- Dor torácica
- Dificuldade respiratório
- Enfisema subcutâneo

DRENAGEM TORÁCICA – REMOÇÃO DO DRENO

Principais focos de atenção



- Prevenção de infeção
- Previsão da entrada de ar

DRENAGEM TORÁCICA – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Existem cuidados que todos os Enfermeiros devem ter atenção no manuseamento de drenos torácicos. Opta-se por colocar alguns pontos.

- Manter a tubuladura sem angulações
- Manter o sistema de drenagem abaixo do local de inserção do dreno no suporte adequado
- Não deixar virar ou tombar o recipiente
- “Mungir” o tubo, se necessário, na direção do recipiente, sob indicação médica. Ter em atenção que só deve ser realizado quando está em risco a obstrução do dreno
- Observar se oscila ou borbulha
- Caso o tubo se desconecte acidentalmente, deve-se clampar o mesmo, desinfetar as extremidades e reconectar. Comunicar de seguida ao médico

DRENAGEM TORÁCICA – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Caso existe uma fístula broncopleural borbulhar constante) → Não clampar o dreno
- Trocar o recipiente sempre que o sistema estiver danificado ou quando atingir a capacidade máxima – Registar na folha de registos a mudança do recipiente
- Vigiar o doente com regularidade para deteção precoce de complicações (desvio da traqueia, assimetria dos movimentos respiratórios, presença de enfisema subcutâneo e fuga de ar)
- Vigiar sinais vitais
- Vigiar o local de inserção do dreno (saída de ar ou perda de líquido), durante a realização do penso

DRENAGEM TORÁCICA – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Realizar o penso de forma assética
- Vigiar/Monitorizar quantidade e características do conteúdo drenado
- Reinstalar confortavelmente o doente
- Destinar o lixo produzido de acordo com as normas de triagem de lixo hospitalar
- Executar registos de enfermagem na pancard e no SClínico
 - Local do dreno torácico
 - Data da colocação do dreno torácico
 - Características da drenagem
 - Quantidade da drenagem

CASTELO, 9/10/2014 10:00:00

CONCLUSÃO

O conhecimento sobre drenagem torácica é muito importante, e como tal achamos fundamental que toda a equipa de enfermagem saiba quais os cuidados a ter com o mesmo, para assim serem prestados cuidados de excelência.

Obrigada pela
vossa atenção!

BIBLIOGRAFIA

- BEYRUTI, Ricardo [et al] – A Válvula de Heimlich no Tratamento do Pneumotórax. "**J. Pneumologia**". [Em linha]. Vol. 3 (Jun. 2002), p. 115-119. [Consultado em 06/2021]. Disponível na WWW: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LnK_AkjsJoAJ:https://www.scielo.br/scielo.php?pid%3D0102-35862002000300001%26script%3Dsci_arttext+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clink&gl=pt
- CASTILHO, Amélia Filomena Oliveira Mendes, SIMÕES, Isabel Maria Henrique e MARTINS, José Carlos Amado – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagens Torácicas. "**Referência, Revista de Enfermagem**". [Em linha]. 5ª Edição, 1ª Série (11/2000), p. 71-74. [Consultado em 06/2021]. Disponível na WWW: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oLArEg8YYw8J:https://web.esenfe.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D141%26codigo%3D+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clink&gl=pt
- LÚCIO, Vinicius Vital e ARAÚJO, Ana Paula Serra – Assistência de Enfermagem na Drenagem Torácica: Revisão de Literatura. "**Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**". [Em linha]. Vol. 13 (2011), p. 3017-314. [Consultado em 06/2021]. Disponível na WWW: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dQJguhoQHccJ:https://revista.pgskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/1079/1034+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clink&gl=pt>
- NGO, Quand D., LAM, Vicent W.T. e DEANE, Stephen A. – **Drownig in Drainage**. Liverpool: Liverpool Hospital, 2004. ISBN 1740790464
- VENUTA, Federico [et al] – Chest Tubes: Generalities. "**Thorac Surg Clin**". [Em linha]. Vol. 27 (2017), p. 1-5. [Consultado em 06/2021]. Disponível na WWW: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27865321/>

APÊNDICE III – Resultados da avaliação da Ação de Formação realizada no SCI do CHU Porto, subordinada ao tema Dreno Torácico: Cuidados de Enfermagem

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM DRENAGEM TORÁCICA

Número total de participantes: 30

PROGRAMA DA SESSÃO

		1	2	3	4	
Objetivos da sessão	<i>Confusos</i>	0	0	5	25	<i>Muito claros</i>
Conteúdo da sessão	<i>Inadequado</i>	0	0	4	26	<i>Completamente adequado</i>

QUALIDADE DA SESSÃO

		1	2	3	4	
Disponibilidade	<i>Insuficiente</i>	0	0	2	28	<i>Muito bom</i>
Clareza na exposição	<i>Insuficiente</i>	0	0	3	27	<i>Muito bom</i>
Aplicabilidade do tema ao contexto da prática	<i>Inaplicável</i>	0	0	0	30	<i>Totalmente aplicável</i>
Motivação para a mudança na prática	<i>Ausente</i>	0	0	2	28	<i>Plena</i>

APÊNDICE IV – Questionário Sociodemográfico e Profissional

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

Esta secção ajudará nas comparações estatísticas entre diferentes elementos profissionais. A resposta a este questionário é de natureza individual, voluntária e confidencial, sendo garantido o anonimato de todos aqueles que decidirem responder.

Instruções: Assinale com um (x) a opção correta e escreva nos espaços respetivos a resposta adequada.

1. Género

- Masculino
- Feminino

2. Idade _____

3. Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra

4. Estado civil

- Solteiro
- União de Facto
- Casado
- Divorciado
- Viúvo

5. Tem Filhos:

- Sim
- Não

Se respondeu sim. Quantos? _____

6. No seu agregado familiar tem dependentes a seu cargo?

- Sim
- Não

Se respondeu sim:

- Filhos dependentes
- Idosos
- Pessoas dependentes

7. Com quem vive atualmente?

- Vive Só
- Acompanhado/a

8. Habilitações Académicas

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

9. Tem alguma especialidade?

- Sim
- Não

Se sim qual?

- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem se Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

10. Há quanto tempo trabalha como Enfermeiro/a? _____

11. Há quanto tempo trabalha como Enfermeiro/a no Serviço de Cuidados Intensivos? _____

APÊNDICE V – Consentimento informado

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

Título do estudo: “Enfermeiro da UCI: Síndrome de Burnout em tempos de pandemia”

Caro colega do Serviço de Cuidados Intensivos, estou a realizar um estudo sobre a síndrome de Burnout no Enfermeiro da UCI, em tempos de pandemia COVID-19, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Para tal, solicito que responda, recorrendo à memória, recordando as vivências na sua atividade profissional durante o(s) período(s) mais crítico(s) da pandemia COVID-19, nomeadamente, de afluência e criticidade da situação de doentes, à carga de trabalho/turnos.

Para isso estou a aplicar um questionário composto por 19 questões e pretende avaliar o Burnout a três níveis distintos: Burnout pessoal (avalia o grau de exaustão física, psicológica e de exaustão experienciada pela pessoa); Burnout relacionado com o trabalho (analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao trabalho que desempenha); Burnout relacionado com o utente (avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes).

O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo garantido o anonimato, pelo que os dados pessoais registados no consentimento são, apenas, destinados para o efeito. A sua participação é voluntária e pode em qualquer altura recusar a participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Agradeço a sua colaboração.

Enfermeira Carla Sofia Vaz

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ___

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Copenhagen Burnout Inventory – CBI-PT

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões de Burnout. Não existem respostas corretas ou erradas. Os indivíduos deverão optar por sinalizar a resposta que exprime com maior veracidade a sua experiência. Para cada uma das frases deverá responder de acordo com a frequência que sente relativamente ao que lhe está a ser questionado. Para isso, só tem que assinalar com uma cruz a resposta que, na sua opinião, lhe parece mais verdadeira.

Nota: - Síndrome de Burnout: refere-se à forma como os indivíduos reagem ao stress crónico no trabalho, integrando atitudes e sentimentos negativos quer em relação às pessoas com as quais trabalham quer em relação ao seu próprio papel profissional.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II – Autorização para utilização do instrumento Copenhagen Burnout Inventory – CBI-PT

Pedido efetuado:

Pedido de autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados - Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ➤



Sofia Vaz <c.sofia.c.vaz@gmail.com>
para cesaltinofonte ▾

29/03/2021, 17:19 (há 3 dias) ☆ ↶ ⋮

Exmo. En^h Cesaltino Fonte

O meu nome é Carla Sofia Cordeiro Vaz, enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. e aluna da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Estou a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica e pretendo desenvolver um projeto de investigação cujo tema é "Síndrome de Burnout nos Enfermeiros da UCI em tempos de pandemia", orientada pela Professora Doutora Clementina Sousa.

Desta forma, venho por este meio solicitar a vossa permissão para a aplicação do instrumento validado por si, para a população portuguesa, o questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI) , junto dos enfermeiros do Serviço de Cuidados Intensivos de um hospital central da Região Norte.

Asseguro que os dados fornecidos não serão fornecidos ou divulgados a qualquer pessoa ou organização para além de mim e somente com o fim de fazer investigação.

Agradeço, desde já, a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos

Carla Sofia Cordeiro Vaz
Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Contacto: 914622358
e-mail: c.sofia.c.vaz@gmail.com

Resposta obtida:

Cesaltino Fonte
para mim ▾

segunda, 29/03, 17:29 (há 3 dias) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT.
Informo que pode aplicar a escala no seu estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Cesaltino Fonte



ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da instituição



Exma. Sra. Enf.ª Carla Vaz
UCI

ASSUNTO: Trabalho Académico -Mestrado - "Enfermeiro da UCI: síndrome de Burnout em tempos de Pandemia" – N/ REF.º 2021.123(100-DEF/103-CE)

O Conselho de Administração do [REDACTED] autoriza a realização do estudo acima mencionado, após implementação das recomendações elaboradas pela Encarregada da Proteção de Dados do [REDACTED] a realizar UCI desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Carla Vaz.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética do [REDACTED] pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do [REDACTED] PELA Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
09/03/2021
Dr. PAULO BARBOSA Dr.ª RITA MOREIRA
Presidente Vogal Executiva
Prof. Doutor JOÃO BARROS Dr.ª RITA NELOSO
Diretor Clínico Vogal Executiva
Est.ª ESTERÇA ALVES
Estimada Senhora

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.



APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - Mestrado

Título: "Enfermeiro da UCI: síndrome de Burnout em tempos de Pandemia"	Ref.º: 2021.123(100-DEFI/103-CE)
	Investigador: Enf.ª Carla Vaz UCI

<p>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 8/3/2022</p> <p></p>	<p>PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 09/03/2022</p> <p></p> <p>Dr. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do [Redacted]</p>
---	--

PARECER FAVORÁVEL

9/03/2022

Dr. SEVERO TORRES
Assessor do Presidente do Conselho de Administração

Em conformidade

Pode ser autorizado.

António Manuel
Enf.ª Gestor do DEFI

CHP - e-GRUPO DEFI
ANTÓNIO MANUEL SOUSA Ass. 11.00
Enf.ª Gestor do DEFI
19 de Maio 2022 Ass.

DECISÃO: FAVORÁVEL
7/3/2022



Resumo das avaliações dos Intervenientes no Circuito de Submissão dos Estudos de Investigação

	Parecer	Data
Serviço de Investigação Clínica	Favorável	02/06/2021
Comissão de Ética ([REDACTED])	Favorável	07/07/2021
Encarregada da Proteção de Dados (EPD)	Poderá ser validado desde que implementadas as recomendações apresentadas.	23/02/2022
Responsável pelo Acesso à Informação (RAI)	à	NA
Direção do DEFI	Pode ser autorizado	24/02/2022

CT

COMISSÃO DE ÉTICA [REDACTED]

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 7/7/2021	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Enfermeiro da UCI: síndrome de Burnout em tempos de Pandemia"	Ref.º 2021.123(100-DEFU103-CE)	
Protocolo/Versão: TA-MESTRADO	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local: Carla Vaz Serviço de UCI - [REDACTED]

A Comissão de Ética [REDACTED], ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do TA-MESTRADO acima referenciado.

Ouvindo o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética [REDACTED] presentes:

Presidente: Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão
 Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr. Aníbal Albuquerque, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Dr.ª Cármen de Carvalho, Dr.ª Fernanda Manuela Costa, Dr. Gonçalo Senra, Prof. Doutor José António Pinho, Prof.ª Doutora Margarida Araújo, Prof.ª Doutora Maria Strecht, Prof.ª Doutora Paula Cristina Pereira

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 7/7/2021

O Presidente da Comissão de Ética [REDACTED]

Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão