

**ESTRATÉGIAS FACILITADORAS NA CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA
MORAL DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19:
*Scoping Review***

Jacinta Isabel Ribeiro Rodrigues

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientador científico - Professora Doutora Gorete Batista

Maio de 2023

Rodrigues JIR. Estratégias Facilitadoras na Construção da Resiliência Moral dos Enfermeiros no Contexto da Pandemia COVID-19: *Scoping Review*. Relatório de Estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2023.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Gorete Batista pela sua dedicação, paciência e envolvimento ao longo do desenvolvimento deste trabalho de projeto, com as suas valiosas contribuições que foram cruciais para a prossecução do estudo. O cuidado dispensado que se tornou essencial para que o projeto fosse concluído!

Reconhecimento aos meus avós e tios pela sua presença e amor incondicional na minha vida. Aos meus pais, que embora longe, iluminam o meu caminho. Este projeto é a prova de que os valores deles pela minha educação foram distintos!

Ao meu marido Nelson Almeida pelo seu amor incondicional e por compreender a minha devoção ao projeto de pesquisa.

Aos meus amigos de sempre, a família que eu escolhi, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade absoluta e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo na realização deste projeto.

A todos os mestres que contribuíram com a minha formação académica e profissional, especialmente ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Nuno Ferreira.

Aos meus colegas de trabalho que são essenciais no meu processo de formação pessoal e profissional, pela dedicação, disponibilidade, partilha do seu vasto conhecimento e por tudo o que aprendi ao longo dos anos de curso.

A todos por permitirem que este projeto seja uma realidade, OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: A Resiliência Moral, enquanto conceito, tem ganho destaque como forma de transformar o profundo desespero e impotência associada a situações moralmente angustiantes. A emergência e a rápida disseminação provocada pelo SARS-Cov-2 colocou desafios inesperados às entidades de saúde nos mais diversos níveis de atuação nos serviços de medicina intensiva.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo geral identificar estratégias facilitadoras na construção da resiliência moral pelos enfermeiros que cuidaram de doentes infetados pelo SARS-CoV-2 e com necessidade de cuidados intensivos. Definiram-se como objetivos específicos: Distinguir o conceito de angústia moral e resiliência moral; Identificar sintomas moralmente prejudiciais e fatores que cooperam na construção da resiliência moral, nos enfermeiros que prestaram cuidados a doentes com COVID-19, nos cuidados intensivos; Reconhecer estratégias de resiliência moral utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes com COVID-19.

Métodos: Foi desenvolvida uma *Scoping Review*, nas bases de dados EBSCO e Web of Science, segundo metodologia da Joanna Briggs Institute - *Participants; Concept and Context* - e utilizadas diretrizes estabelecidas pelo modelo PRISMA-*Extension for Scoping Reviews*, para analisar a extensão e a natureza da produção científica disponível, bem como clarificar os conceitos da pesquisa. Foram incluídos os artigos publicados a partir de 2018, em inglês, espanhol e português, sobre resiliência moral em enfermeiros que prestaram cuidados intensivos a doentes COVID-19, em época de pandemia.

Resultados: Foram identificados 24 estudos potencialmente relevantes, após exclusão de duplicados. Todos os registos foram exportados e agrupados num software para investigação e gestão de referências (EndNodeX8.2). Após leitura integral do texto, 20 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Assim sendo, apenas foram incluídos quatro estudos nesta revisão.

Conclusão: Os estudos mostraram que os enfermeiros moralmente resilientes estão profundamente familiarizados com os seus pontos fortes, limitações e núcleo moral e, habitualmente, são discretos. Entre os enfermeiros, a resiliência moral pode ser cultivada através de estratégias que enfoquem a esperança, compromisso e a autoeficácia. Os enfermeiros que cuidaram de doentes positivos para SARS-CoV-2,

relatam ter experienciado mais angústia moral do que aqueles que não foram expostos a esta tipologia de doentes. Devem ser tomadas medidas e estratégias para promover a resiliência moral nos enfermeiros com vista a melhorar o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Resiliência Moral; Enfermeiro; Pandemia COVID-19; Medicina Intensiva

ABSTRACT

Background: Moral Resilience, as a concept, has gained prominence as a way to transform the deep despair and impotence associated with morally distressing situations. The emergence and rapid spread caused by SARS-Cov-2 posed unexpected challenges to health entities at the most diverse levels of performance in intensive care services.

Aim: This study aimed to: identify facilitating strategies in building moral resilience by nurses who cared for patients infected with SARS-CoV-2 and in need of intensive care. Specific objectives were defined: Distinguish the concept of moral distress and moral resilience; Identify morally harmful symptoms and factors that cooperate in building moral resilience, in nurses who provide care to patients with Covid-19, in intensive care; Recognize moral resilience strategies used by nurses in the care of patients with Covid-19.

Methods: A Scoping Review was developed, in the EBSCO and Web of Science database, according to the methodology of the Joanna Briggs Institute - Participants; Concept and Context - and used the guidelines established by the PRISMA-ScR model (PRISMA Extension for Scoping Reviews) to analyze the extent and nature of the available scientific production, as well as to clarify the concepts that underlie moral resilience in nurses. Articles published from 2018 onwards, in English, Spanish and Portuguese, on moral resilience in nurses who provided intensive care to Covid-19 patients during a pandemic were included in the research.

Results: We identified 24 potentially relevant studies after exclusion of duplicates. All records were exported and grouped in software for investigation and management of references (EndNodeX8.2). After reading the entire text, 20 articles were excluded for

not meeting the inclusion criteria. Therefore, only four studies were included in this review.

Conclusion: Studies have shown that morally resilient nurses are deeply familiar with their strengths, limitations, and moral core, and are usually discreet. Among nurses, moral resilience can be cultivated through strategies that focus on hope, commitment and self-efficacy. Nurses who cared for patients positive for SARS-CoV-2 report experiencing more moral distress than those who were not exposed to this type of patient. Measures and strategies must be taken to promote moral resilience in nurses in order to improve your well-being and the quality of nursing care.

Keywords: Moral Resilience; Nurse; COVID-19 pandemic; Intensive Care Medicine

SIGLAS e ACRÓNIMOS

ANA – *American Nurses Association*

ACEPS – Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

ACN – *Advanced Critical Care*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

COVID-19 - Coronavírus 2019

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EPE - Entidades Públicas Empresariais

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

HSOG - Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

JBI - *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIC – Pressão Intracraniana

PRISMA-ScR - PRISMA *Extension for Scoping Reviews*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RM – Resiliência Moral

RMRS – Escala de Resiliência Moral de Rushton

SARS-COV- 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. PANDEMIA COVID 19: IMPACTO MORAL NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	14
1.1 Adversidade Moral versus Angústia Moral (<i>Moral Distress</i>).....	16
2. RESILIÊNCIA VERSUS RESILIÊNCIA MORAL (<i>MORAL RESILIENCE</i>)	19
2.1 Estratégias para cultivar a Resiliência Moral	22
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
1 METODOLOGIA	27
1.1 Tipo de Estudo	27
1.2 Procedimentos de recolha e Análise de Dados.....	28
1.3 Considerações éticas	30
2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
CONCLUSÕES.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS E APÊNDICES	55
ANEXO I – REGISTO DO TÍTULO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA	56
ANEXO II – COMPROVATIVO SUBMISSÃO ARTIGO – REVISTA SERVIR	57
APÊNDICE I– REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE, SERVIÇO DE URGÊNCIA E BLOCO OPERATÓRIO NO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITARIO PORTO-HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO	58

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1- Frase booleana para pesquisa nas bases de dados científicas usadas no Estudo.....	28
Quadro 2- Resumo de dados extraídos do artigo 1	32
Quadro 3- Resumo de dados extraídos do artigo 2	33
Quadro 4- Resumo de dados extraídos do artigo 3	34
Quadro 5- Resumo de dados extraídos do artigo 4.....	35
Figura 1- Fluxograma PRISMA do processo de seleção de registros.....	31

INTRODUÇÃO

No exercício profissional os enfermeiros são constantemente expostos a desafios e preocupações que podem refletir-se na sua capacidade e forma de agir, podendo inclusive, causar danos. Entre alguns possíveis são apontados o *burnout*, perda e/ou mudança de emprego, *stress* pós-traumático, angústia moral e, na forma mais grave, ao abandono da profissão de enfermeiro (Stutzer e Rodriguez, 2020).

A emergência e rápida disseminação internacional do novo coronavírus (SARS-COV-2), colocou desafios inesperados a todas as entidades de saúde, nos mais diversos níveis de atuação. Em Genebra, a OMS (2019) emite uma declaração de pandemia, provocada pela doença COVID-19, com “níveis alarmantes de propagação e inação”.

Diante dessa pandemia global de COVID-19, os enfermeiros tiveram e têm enfrentado desafios éticos e morais sem precedentes ao cuidar de pacientes infetados e a resiliência moral (RM) tornou-se uma habilidade crucial para lidar com essas situações complexas e garantir a prestação de um cuidado de qualidade.

A RM é a capacidade de um indivíduo sustentar ou restaurar a sua integridade em resposta a adversidades morais vivenciadas. Este conceito foi proposto inicialmente pelo filósofo Andrew Jameton, em 1984, que pretendia descrever a experiência dos enfermeiros em situação de angústia, quando barreiras institucionais e sistêmicas os impediam de agir de acordo com o seu próprio juízo moral. Exige competências de autoavaliação, autogestão e consciência honestas, praticando autocontrole nas ações, de maneira a encontrar saídas para expressar sentimentos (Chitwood, 2020). A resiliência moral foi assim proposta como uma estratégia para mitigar o sofrimento moral dos enfermeiros, no seu ambiente de trabalho, como meio para transformar a angustia moral vivenciada nos cuidados de saúde e restabelecer a honestidade racional (Rushton, 2021).

Como profissional de enfermagem numa unidade de medicina intensiva, vivenciei a realidade do contacto e dos cuidados a doentes infetados pelo SARS-COV-2, em situações de grande adversidade, tomando consciência de sentimentos, nomeadamente angústia moral sentida na primeira pessoa, o que despoletou a necessidade de abordar a

resiliência moral, considerando-o um tema pouco estudado e de grande importância para a enfermagem. Sabemos que a dificuldade em lidar com sentimentos negativos em ambientes de cuidados a doentes críticos poderá resultar em danos para o profissional, mas também com repercussões nos cuidados prestados.

Considerando o perfil dos profissionais de enfermagem e as estratégias destinadas a aumentar a sua resiliência moral, coletiva e organizacional, para a realização do presente estudo surgiu a seguinte questão de investigação: “Que estratégias facilitadoras na construção da resiliência moral foram utilizadas pelos enfermeiros que assistiram doentes infetados pelo SARS-CoV-2 com necessidade de cuidados intensivos?”

Assim sendo, para o desenvolvimento deste estudo foi estabelecido o seguinte objetivo geral: Identificar as estratégias facilitadoras na construção da resiliência moral, utilizadas pelos enfermeiros que assistiram doentes infetados pelo SARS-CoV-2, com necessidade de cuidados intensivos. Para a prossecução do mesmo, delineámos os seguintes objetivos específicos: (1) distinguir o conceito de angustia moral e resiliência moral; (2) identificar sintomas moralmente prejudiciais e fatores que cooperam na construção da resiliência moral, nos enfermeiros que prestaram cuidados intensivos a doentes com COVID-19 (3) reconhecer estratégias de resiliência moral utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes com COVID-19.

Portanto, a resiliência moral é uma qualidade essencial que os enfermeiros cultivam para enfrentar os desafios éticos e morais da profissão, garantindo que possam tomar decisões informadas e éticas em situações complexas, mantendo o seu compromisso com o cuidado compassivo e de qualidade aos pacientes. Assim, uma explanação de estratégias facilitadoras de resiliência moral, dirige uma prática refletida, adaptada e estabelece fundamento na decisão dos cuidados de saúde ao doente crítico, sem que cause dano moral no enfermeiro.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes: na primeira faz-se o enquadramento teórico voltado para a concetualização das temáticas em estudo e na segunda faz-se o enquadramento do estudo empírico, onde se abordam os materiais e métodos utilizados no desenvolvimento do estudo, seguidos da apresentação, análise e discussão dos dados obtidos.

Finalizando este capítulo, seguem-se as conclusões onde se incluem os principais resultados emanados e se reconhecem algumas limitações do tipo de estudo seguido.

Salienta-se que a Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por duas componentes: a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica, esta foi desenvolvida no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Porto – Hospital de Santo António (HSA), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Bloco Operatório (BO) do Hospital de Santo António (HSA) – No Apêndice I deste Relatório Final de Estágio Profissional - Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PANDEMIA COVID-19: IMPACTO MORAL NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Inevitavelmente, os avanços das tecnologias em saúde aumentaram a diversidade e pluralidade de valores e desafios, potenciando discussões sobre a solução ou rumo certo a fazer, diariamente (Young & Rushton, 2017).

Frequentemente os enfermeiros são confrontados com situações adversas que conduzem à angústia moral. Por exemplo, quando querem pôr em prática cuidados específicos planeados, mas o utente se recusa a participar, quando agem sucessivamente a favor, mas são impedidos de atuar em valores e padrões profissionais devido aos múltiplos contextos culturais e sociais no trabalho, são situações que provocam impacto no indivíduo através do ambiente de trabalho (Clark et al., 2020).

A pandemia provada pelo vírus SARS-CoV-2 levou à adoção de medidas de contenção e mitigação do progresso exponencial da doença, a nível mundial. Durante o primeiro trimestre de 2020, a globalidade dos países adotou medidas de restrição da circulação dos cidadãos e de preparação dos sistemas de saúde para fazer face à emergência de saúde pública. Intensificou-se a necessidade de equipar os cuidados de saúde com mais profissionais e recursos materiais/tecnológicos para enfrentar os desafios, de forma a preservar a integridade e bem-estar dos doentes (OMS, 2019).

Em Portugal, as medidas de contingência implementadas no sector da saúde incluíram o adiamento da actividade programada (não urgente) desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde (SNS) como forma de conter a evolução do contágio e de garantir a existência de capacidade instalada para fazer face às situações de doença por COVID-19, e paralelamente o Ministério da Saúde invocou as instituições e os profissionais a suprir o *deficit* de camas de medicina intensiva, que era de facto das principais preocupações.

Em todo o mundo, mais de 600 enfermeiros morreram, com grande variação das taxas de mortalidade entre os países, e dobrando entre maio e junho de 2020 (CBC News, 2020).

Considerando a situação vivenciada pelo enfermeiro, durante a pandemia, uma situação de exceção, fez com que houvesse um desequilíbrio entre as necessidades e recursos disponíveis, exigindo atuação, coordenação e gestão criteriosa de recursos humanos e técnicos disponíveis (Rushton et al., 2021)

Considerando o complexo clima ético devido a natureza altamente tecnológica nos Serviços de Medicina Intensiva, o receio da prestação de cuidados excessivos no tratamento potencia julgamentos morais pessoais e conflitantes entre membros da equipa em relação aos interesses do utente e a falta de capacidade individual da tomada de decisão dentro da mesma equipa. Estes cenários éticos complexos desafiam a integridade da moral, aumentam o risco de experienciar consequências negativas como desfechos de dano moral (Ibulana et al., 2021).

Por sua vez, na saúde a tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e sistemática, onde o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem. Tem como finalidade prestar cuidados ao ser humano, podendo ser são ou doente, ao longo da vida, aos grupos e/ou comunidades a que pertence, de maneira que conservem, melhorem e adquiram a saúde, de forma a alcançar a aptidão funcional, o mais atempadamente possível, de forma a minimizar o dano (OE, 2012).

Na pandemia da COVID-19, vários fatores foram identificados como potenciadores de *stress*, medo e angustia moral nos profissionais de saúde e o aumento da carga mental nos trabalhadores. No pico da pandemia, o aumento vertiginoso do número de casos, sobrecarga de trabalho, falta de equipamento de proteção individual (EPI) associado ao medo de infeção no tratamento dos doentes, sendo potencialmente um vetor de infeção para os familiares, falta de medicamentos específicos, incerteza sobre as melhores estratégias de tratamento, o grande fluxo de informações e desinformação, sentimentos de ser apoiado inadequadamente por instituições, racismo, estigma em relação aos profissionais de saúde e a cobertura dos *media* foram reconhecidos como os principais fatores relacionados à carga psicológica dos profissionais de saúde geradoras de sofrimento (Delgado et al., 2021).

Perdeu-se a capacidade de defender as necessidades de um doente individual, provavelmente associada às restrições consideráveis de recursos, nas zonas de aumento de prevalência de infeção por COVID-19, com mudança de foco para a população e estratégias de admissão, com a opção de tomada de decisão de triagem. Este processo de decisão, nomeadamente, sobre a alocação de recursos escassos, como ventiladores, vagas nas unidades de medicina intensiva, diálise e a falta de profissionais experientes. Dilemas éticos, como retirar os tratamentos de suporte de vida, a rejeição dos

tratamentos por parte doente e a falta de disponibilidade de recursos materiais e humanos, inevitavelmente, estas decisões rápidas geram angústia moral (Prestia, 2020). Restrições rigorosas de visitas alteraram o processo de tomada de decisão normal e pode ter contribuído para sintomas de angústia moral severos, associados à tomada de decisão, para limitar ou renunciar a intervenções sem o nível habitual de envolvimento da família (Spilg et al., 2022).

Estar infetado durante o desempenho das suas funções profissionais no hospital, e espalhar a infeção para a sua família em casa e/ou espalhar a infeção para o(s) seu(s) doente(s) e testemunhar os doentes a morrer sozinhos, incentivou consequências menos positivas. Por sua vez, proteger os colegas de equipa de riscos e exposições aumentadas incentivou as preocupações dos enfermeiros (Delgado et al., 2021).

Vivenciar consequências negativas no ambiente de trabalho, nomeadamente, preocupações com a segurança de saúde, que foram expressas, reflete potencial moralmente lesivo quando os enfermeiros podem se sentir traídos pelos seus valores (Rushton et al., 2021).

Perante tais adversidades os profissionais de saúde vivenciaram o impacto da COVID-19 ao nível da sua saúde, bem-estar, ambiente de trabalho e assistência ao doente. Os sintomas de angústia moral, evidenciaram-se, refletindo contribuições durante a pandemia (Horan & Dimino, 2020).

1.1 Adversidade Moral versus Angústia Moral (*Moral Distress*)

Adversidade Moral (*Moral Adversity*), significa contratempo, dificuldade, obstáculo a uma situação imprevista. Young & Rushton (2017) mencionam ainda que adversidades morais tais como o erro, isolamento, impotência, tédio, ambiguidade, perigo e restrições situacionais, contribuem para a construção da resiliência moral.

Equilibrar as obrigações e compromissos com utentes, famílias e instituições de saúde e a si mesmos quando os valores chocam e não há consenso sobre a posição apropriada a ser tomada, ou obrigações concorrentes não podem ser reconciliados, os profissionais de saúde podem se sentir como se a sua integridade é ameaçada em resposta a vários tipos de adversidade moral.

Para Heize et al., (2020) adversidade moral ocorre quando internamente ou em circunstâncias externas ou ações que produziram moralmente objeções de resultados, problemáticos ou infelizes, que podem colocar em perigo a integridade e bem-estar individual ou coletiva. Por sua vez, este autor defende que adversidade moral pode levar a várias formas de angústia moral, incluindo sofrimento moral, dano, resíduo moral e, negativamente, submissão até ao esgotamento.

A angústia moral é um problema crescente que pode afetar os profissionais de saúde a vários níveis e em todos os ambientes de assistência em saúde. Vivenciado por indivíduos ou grupos, podem apresentar sintomas emocionais, psicológicos e físicos, resultantes de experiências negativas (Clarke et al., 2020). Entende-se que seja sentida quando um indivíduo não consegue agir de acordo com a sua moral - aqui considerada como defendida por Damásio (1994), quando refere que o agir moral não é uma questão de conhecimento, mas antes de tudo concernente à emoção - julgamento, devido a restrições pessoais ou institucionais. A angústia moral, surge quando os profissionais de saúde enfrentam adversidades morais, devem fazer um julgamento moral sobre a resposta eticamente mais justificada e agir na situação em que as consequências da acção não ponham em risco a sua integridade moral (Spilg et al., 2022).

A recorrente exposição a cenários éticos complexos que desafiam a integridade moral de alguém, aumenta o risco de experimentar as consequências negativas de angústia moral. Por sua vez pode levar a insatisfação com o emprego conduzindo *stress*, esgotamento, depressão, fadiga e cuidados mais precários aos doentes e famílias (Siddiqui, 2022). Estes sintomas de saúde emocional aumentaram em profissionais de saúde que enfrentaram crises globais como a pandemia COVID-19, apresentando uma relação potencial entre situações de ansiedade, *stress*, perturbação do sono, angústia moral e a saúde mental (Spilg et al., 2022); sensação de conexão global, pois todos os colegas estão a sofrer de alguma forma, devido a bloqueios a interações físicas limitadas, medo de contágio ou trabalhar na linha da frente (Delgado et al., 2021). São frequentes sintomas físicos face à crise, pode desencadear explosão da raiva, pânico e mudanças nos hábitos alimentares que geram desconforto gastrointestinal, provocando náuseas, úlceras e/ou gastrites e por vezes, tonturas, falta de ar e palpitações no coração (Wolf et al., 2016). Sintomas psicológicos associados como, nervosismo, dificuldade na concentração, medo e preocupação (Clarke et al., 2020).

Tais manifestações, além do prejuízo pessoal, podem por em risco a qualidade dos cuidados. “A ética subjacente envolve o princípio da beneficência e requer ações que evitem malefícios, garantindo o bem-estar das pessoas atendidas” (Prestia, 2020, p.2).

Contudo, o *burnout*, verificado em múltiplos contextos, é definido como uma combinação de exaustão emocional, despersonalização e uma baixa sensação de realização pessoal. Este tem implicações significativas para os profissionais de saúde, doentes e organização. Conforme a literatura indica, profissionais de saúde com síndrome *burnout* têm maiores taxas de abusos de substâncias, relacionamentos falhados, depressão, *stress*, levando por vezes ao suicídio. Aumento de erros na prestação de cuidados, diminuição da produtividade, baixa moral e relação em equipa, aumento da rotatividade de profissionais de saúde (Hancock, 2020).

O cultivo de capacidades aliadas à resiliência moral pode oferecer recursos individuais aos profissionais de saúde para apoiar e aliviar o impacto de desafios éticos observados no seu ambiente de trabalho. Preservar ou restabelecer a integridade em profissionais de saúde não só contribui para o seu bem-estar, como promove condições onde eles podem fazer parceria com líderes e outras partes aliciantes para delinear resoluções para essas dificuldades (Bernard, 2019).

2. RESILIÊNCIA VERSUS RESILIÊNCIA MORAL (*MORAL RESILIENCE*)

A *Resiliência* é entendida como um processo dinâmico, que tem como resultado a adaptação positiva em circunstâncias de adversidade (Heise, 2019; Clark, 2020). É um método gradual, que se inaugura no começo da vida de cada pessoa, resultado das suas vivências e interações com o meio envolvente que possibilita descobrir respostas às adversidades e aos problemas no cotidiano, mesmo que este se depare numa posição de risco elevado, ou de grande pressão (Southwick et al., 2014).

A American Psychological Association (2012) define resiliência como o processo de se adaptar diante de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou mesmo fontes significativas de *stress*. Os determinantes da resiliência incluem uma série de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que interagem entre si para determinar como a pessoa responde a experiências estressantes.

Contudo, a resiliência é mais do que superar uma situação difícil, é conseguir extrair algo de positivo para que o indivíduo se torne mais forte, mais capaz, para que as suas condições mentais e emocionais não permaneçam manipuladas (Horan & Dimino, 2020).

Em saúde, este conceito diz respeito à capacidade do profissional de saúde de responder positivamente às situações adversas que enfrenta, adaptação e fortalecimento, quando expostos ao choque, mesmo que estas representem um risco potencial para a saúde (Campbell & Grady, 2018). Descrever a resiliência pessoal como a capacidade de preservar o bem-estar e uma boa execução de trabalho quando sob pressão, através da confiança, adaptabilidade, sentido de propósito e apoio social, envolvendo a capacidade de atuar de forma eficiente a obstáculos.

Enfermeiros adotam estratégias de autoproteção, mas que podem reduzir a capacidade de se desenvolver com os doentes e colegas de forma solidária, enquanto outros desenvolvem formas positivas de fazer face a estas situações. É responsabilidade do enfermeiro de cuidar de si mesmo e de desenvolver estratégias de resiliência por meio da sua personalidade e/ou características individuais e o ambiente que já experienciou (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016).

O conceito de Resiliência Moral nos enfermeiros foi explorado por Oser & Reichenbach (2005) e referem que significa provar a sua integridade e caracter sob condições de risco, ser capaz de tomar uma atitude que é simultaneamente vigorosa e flexível (Swierstra, 2013); assumir que a vida tem sentido distinto em todas as condições (Lutzén & Ewalds-Kvist, 2013); ou ainda é definido como redução de sofrimento moral, ponderando questões éticas (Monteverde, 2013); ter a capacidade de lidar com situações de crise e, especificamente, crises referidas a princípios morais (Young & Rushton, 2017) ou como a habilidade de um indivíduo de sustentar a sua integridade em esclarecimento à complexidade moral, confusão, angústia ou contratempos (Rushton, 2016); e a capacidade e vontade de falar e agir de maneira correta e boa diante de uma adversidade que é a natureza moral/ética (Lachman, 2016).

Young & Rushton (2017) que efetuaram uma análise concetual da RM, referem-no como um conceito em desenvolvimento, com base em antecedentes, atributos e consequências, definindo-a como a capacidade de preservar ou restaurar a integridade em reposta à adversidade moral (Rushton, 2018).

Estes conceitos apoiam essencialmente em alguns temas de base, a educação, como uma habilidade que pode ser estimulada, cultivada, desenvolvida e avigorada; o criar sentido à vida, através da reflexão e da construção de significados; compreensão de uma variedade de valores humanos fundamentais; a angústia moral, na qual compreende a vivencia de uma situação adversa e/ou mesmo erro moral e por fim a redução da complexidade ética e efeitos stressantes morais (Rushton, 2016).

Compreende-se assim que a resiliência moral pode ser desenvolvida, criada, fomentada ou aprendida, sendo um resultado positivo de uma adversidade moral (Monteverde, 2014). Por sua vez, a resiliência moral contempla consequências, descritas como uma ferramenta ou aptidão que capacita um indivíduo a agir, particularmente para atravessar uma situação moralmente difícil. Leva a estados ou resultados, podendo ser positivos como a promoção do crescimento profissional e melhor saúde (Rushton, 2021).

Afigura-se como positivo o desenvolvimento de uma forte cultura de resiliência na organização da saúde e desenvolver competências entre os indivíduos para promover a resiliência individual para extinguir os efeitos da angústia moral durante situações de crise (Heize et al., 2020).

A resiliência organizacional é a habilidade de estruturar, antecipar, organizar, responder e se ajustar a mudanças incrementais e interrupções imprevistas para sobreviver e prosperar. Por sua vez, a resiliência individual envolve comportamentos, pensamentos e ações que promovem o bem-estar pessoal e a saúde mental. Refere-se à capacidade de uma pessoa de resistir, se adaptar e se recuperar a adversidade, através do desenvolvimento de habilidades de lidar com o stress e manter o estado mental estável (Siddiqui, 2022).

Quanto maior a resiliência moral dos enfermeiros, menor a angústia moral, maior a dedicação ao trabalho (Clark et al., 2020) traduzido em menores sintomas de *stress*, ansiedade e depressão (Spilg et al, 2022). Maior Resiliência Moral está relacionada com menor *burnout* (Rushton et al., 2021). A Resiliência Moral melhora a satisfação/alegria no trabalho e sobretudo, o envolvimento no ambiente de trabalho (Siddiqui, 2022).

No estudo de Spilg et al. (2022), a resiliência moral nos enfermeiros encontra-se associada, mais forte e significativamente, ao sexo masculino, à idade avançada, a não ter diagnóstico atual de transtorno mental, a dormir mais, a maior apoio do líder e dos colegas de equipa. Por outro lado, não houve associação independente significativa entre resiliência moral e apoio familiar, durante o tempo de pandemia COVID-19. Também Delgado et al. (2021) relataram que uma forte rede de apoio social, apresentou menor grau de *stress* e ansiedade e maior nível de autoeficácia. Inclui elementos informativos, instrumentais e emocionais que reduzem o sofrimento relacionado à ameaça. Propõem uma prática em comunidade como um processo para restaurar a integridade moral e construir resiliência moral coletiva, através de espaços multidisciplinares de reflexão entre equipa, comprovado com o aumento da compaixão e empatia.

Outros autores falam da importância da Resiliência Moral Coletiva, como a capacidade de partilhar o que surge, dentro de um grupo com confiança, permitindo conexões mútuas, através de um processo de partilha de situações eticamente desafiadoras, refletindo, dialogando, para sustentar ou restaurar a integridade moral em resposta à angústia moral. É um termo aliado à integridade relacional, como característica da resiliência moral para reconhecer a inserção dos indivíduos na cultura da saúde e

práticas sociais. Portanto, a resiliência moral coletiva implica um processo de diálogo para sustentar a integridade moral (Holtz et al., 2022).

2.1 Estratégias para cultivar a Resiliência Moral

O desenvolvimento da resiliência moral pode começar com o reconhecimento que emoções negativas como dor, raiva, tristeza ou ansiedade, são consequências naturais do ser humano no meio de uma crise e não necessariamente um problema a ser corrigido. Só reconhecendo se pode mudar a perspectiva e/ou receber ajuda (Rushton, 2021).

Nos enfermeiros, a resiliência moral pode ser cultivada, através de estratégias por meio da autoeficácia, esperança e compromisso (Rosa et al., 2020). Desta forma a autoeficácia envolve promover o autoconhecimento a autoconsciência/ *insight*, indivíduos moralmente resilientes provavelmente serão discretos e profundamente familiarizados com os seus pontos fortes, limitações e núcleo moral. Dispostos a explorar os seus pensamentos, sentimentos e posições, sabendo que podem ser tendenciosos.

A aptidão de ser honesto e transparente expande as possibilidades de responder a posições moralmente angustiantes com clareza, confiança a custo pessoal reduzido. (Clark, 2020)

As estratégias para transformar a angústia moral em resiliência moral, permitem que os indivíduos usem capacidades para lidar com as emoções negativas e os sentimentos de impotência (Stutzer & Rodriguez, 2020).

Existe um leque diversificado de estratégias e capacidades pessoais que podem ser utilizadas para desenvolver a resiliência moral.

Perceber o próprio estado mental, emocional e somático, transformar ansiedade para equilíbrio e visão, reconhecer as próprias necessidades e limitações, alcançar o seu bem-estar próprio, gerir emoções e sentimentos antes de tentar ajudar alguém, constituem a autorregulação e autogestão. Compaixão e empatia requerem mais tempo para se desenvolver (Chiwood, 2020).

Autorregulação, autogestão e eficácia moral, proceder de acordo com o que é correto, mesmo quando há resistência, são características adicionais que apoiam a resiliência moral, contudo centram-se predominantemente em fatores individuais (Delgado et al.,

2021). Todavia, manter o estado de equilíbrio, harmonia, solidariedade e permanecer fiel aos seus valores no meio da adversidade moral compreende a integridade pessoal, aliada por sua vez, à integridade racional, capacidade de compreender e respeitar os valores dos outros (Holtz et al., 2022). Paralelamente, a aplicação de uma linguagem assertiva, clara e com confiança, saber ouvir, ter a capacidade de encontrar palavras para expressar a natureza do problema moral, justificar, empregar ferramentas diversas da comunicação (Stutzer & Rodriguez, 2020).

É importante desenvolver a capacidade do ser humano em identificar e lidar com os sentimentos e emoções, pessoais e de outros indivíduos, ou seja, desenvolver inteligência emocional. Esta é uma competência determinante para obter sucesso nos relacionamentos pessoais e interpessoais no ambiente de trabalho. Implica ter autoconsciência (conhecer-se), autorregulação (controlar as emoções), auto motivação, empatia e competências sociais, até alcançar o bem-estar físico, psicológico e espiritual (Goleman, 2006).

Contudo, abordagens que tentam agredir a integridade, pressupõem a capacidade de resistir à flutuabilidade (Heize et al., 2020). A educação é fundamental para apoiar e sustentar a formação de identidade profissional e facilitar o desenvolvimento da resiliência moral, como *webinars*, *workshops* ou formação presencial (Wald, 2021). Redes de suporte, como reflexões ou *debriefings* pessoais ou em grupos, são identificadas como necessárias de modo a estabilizar a mente e emoções, após situações eticamente angustiantes, que implicaram sofrimento sem sentido e desespero (Stutzer & Bylone, 2018).

Participar na aprendizagem transformacional, portanto, aprender com as experiências vivenciadas, as crises morais, só assim serão capazes de mudar as respostas em eventos subsequentes. Confrontar humildemente as nossas forças e limitações; reavaliar suposições, posições e justificativas. Revisões de casos de rotina, análise de causa-efeito de casos moralmente angustiantes e a melhoria contínua pode apoiar mudanças de comportamento e na prática. Necessidades básicas, como alimentação saudável, praticar exercício físico, dormir e descansar, estão na base do bem-estar (Stutzer & Rodriguez, 2020).

Cultivar interconexões com os outros, pode envolver conversas individuais com colegas, discussões interprofissionais facilitadas, atividades e dinâmicas em equipa,

conexões com familiares, amigos e pessoas de apoio externo, apreciar o humor (Hancock et al., 2020).

Portanto, quanto mais cultivar o bem-estar pessoal e social, maior a resiliência dos enfermeiros e menor a angústia moral, por sua vez, maior o envolvimento e satisfação no local de trabalho. Maior resiliência moral está também relacionada com menor *burnout* (exaustão emocional, cinismo e ineficácia). Os fatores da resiliência moral são condscendentes acima destas características, as quais podem ser usadas para avaliar ou potencialmente modificar o risco que os enfermeiros possuem (Rushton et al., 2021).

Abordagens personalizadas para intervir e cultivar a resiliência moral no ambiente de saúde, são imprescindíveis para criar e conservar locais de trabalho saudáveis e adaptáveis. Assim, à medida que os profissionais de saúde vivenciam situações moralmente angustiantes junto dos doentes, colegas e organizações, devem unir esforços, trabalhar juntos, de modo a criar ambientes de prática clínica que avaliem e abordem estratégias práticas para mitigar o esgotamento e reforçar a resiliência moral, enquanto modificam e/ou decompõem fatores sistémicos causadores de doença. As interações positivas da equipa podem ajudar a melhorar a satisfação no local de trabalho, mitigar o esgotamento e aumentar a resiliência moral (Clarke et al., 2020; Hancock, 2020).

Nunca esquecer que, fortalecido nos princípios éticos e na regulação da profissão, o código deontológico dos enfermeiros, cuja promulgação em diploma legislativo vincula a todos os enfermeiros conforme Decreto –Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, contempla direitos e deveres da classe profissional de Enfermagem, como o princípio no exercício do seu direito de objetor de consciência, previamente declarada à OE. Refletir os princípios éticos subjacentes ao código profissional do enfermeiro, consentimento informado livre e esclarecido; confidencialidade; privacidade; justiça e respeito humanizado, apoiado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), (OE, 2015). Apoiados nos domínios da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista na Medicina Cirúrgica, fortalece práticas de qualidade, gerindo e contribuindo em projetos de melhoria contínua, garante um ambiente terapêutico e seguro, conforme Decreto – Lei n.º 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa em articulação com a equipa

multidisciplinar, fortalece o autoconhecimento e a assertividade e fundamenta a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Desenvolver competência ética, envolve orientar valores pelo qual se defende, exibir coesão entre o caráter interno e os seus comportamentos externos, tendo em atenção, empatia moral, sensibilidade, princípios e normas alinhados com os comportamentos éticos que estão de acordo com aos valores de quem estamos a cuidar, com a respetiva utilização de vocabulário simples, coerente e abertura à compressão das crenças, motivações e medos, transmitidos pela pessoa (Stutzer, 2018).

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

1 METODOLOGIA

A pesquisa em Enfermagem é uma investigação sistemática que expõe dados sobre dúvidas importantes para os enfermeiros. Em diversos *settings*, os enfermeiros estão a adotar a prática baseada em evidências (PBE) que integra descobertas científicas, as suas deliberações e interações com os utentes (OE, 2006).

Neste capítulo apresentamos aspetos que sejam claros e descritivos, para que se possa compreender facilmente a estrutura metodológica da presente investigação.

Apresentamos o tipo de pesquisa efectuada - *Scoping Review*, os procedimentos de recolha e análise dos dados obtidos, onde abordamos: o processo de seleção dos estudos, incluindo a triagem inicial dos títulos e resumos, a leitura integral dos artigos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; ainda, a avaliação da qualidade dos estudos incluídos na revisão, utilizando ferramentas ou critérios específicos; ainda, a extração de dados, descrevendo a recolha de dados dos estudos selecionados, incluindo as informações relevantes extraídas de cada estudo, como os desenhos de estudo, as características dos participantes, as complicações, os desfechos e os resultados. Apresentamos a abordagem utilizada para realizar a síntese dos resultados dos estudos incluídos, como tabelas, gráficos ou análises qualitativas e por fim, apresentamos uma análise detalhada dos resultados obtidos na revisão sistemática, incluindo a interpretação dos principais achados e limitações. Essa análise será realizada por meio de uma narrativa dos principais temas identificados nos estudos incluídos.

1.1 Tipo de Estudo

Pretendendo realizar uma Revisão sistemática de literatura sobre o tema em questão, inicialmente foi realizada uma pesquisa na JBI Registration of Systematic Review Titles e na PROSPERO, usando os termos - *morally resiliente, moral resilience e moral resiliency*, para verificar a existência de revisões sistemáticas realizadas, sobre resiliência moral dos enfermeiros durante a pandemia COVID-19, em serviços de medicina intensiva. Uma vez que não se encontrou qualquer revisão sistemática da literatura, nem programas de intervenção sistematizados e rigorosos, passíveis de serem utilizados como referência, optamos por realizar uma *Scoping review* da literatura

científica seguindo a metodologia do Instituto Joanna Briggs e as diretrizes estabelecidas pelo modelo PRISMA-ScR (PRISMA *Extension for Scoping Reviews*), para analisar e balizar a extensão e a natureza da produção científica disponível, bem como clarificar os conceitos que fundamentam a resiliência moral nos enfermeiros.

1.2 Procedimentos de recolha e Análise de Dados

A investigação literária foi conduzida na base de dados (*online*) *Web of Science* e *EBSCOhost - Research Databases*, redigindo-se a expressão de pesquisa, optando pela equação booleana (Quadro 1), usando os termos - *morally resiliente*, *moral resilience*, *moral resiliency* - uma pesquisa para analisar e balizar a extensão e a natureza da produção científica disponível, bem como clarificar os conceitos que fundamentam a resiliência moral nos enfermeiros durante a pandemia COVID-19, em unidade de cuidados intensivos. A pesquisa foi realizada em janeiro de 2023.

Quadro 1

Frase booleana para pesquisa nas bases de dados científicas usadas no estudo

EBSCO	Web of Science
TITLE: (morally resilient OR moral resilience OR moral resiliency) AND AND AB Resumo: (Nurs*)	TITLE: (morally resilient OR moral resilience OR moral resiliency) AND AND AB Resumo: (Nurs*)

Foram considerados para inclusão nesta revisão, estudos escritos em inglês, espanhol e português. Decidido, fundamentalmente, limitador no friso cronológico de registos inferiores a 5 anos, tal como recomendado. Não existiu necessidade de excluir registos publicados noutras línguas, uma vez que a pesquisa não devolveu estudos em línguas diferentes do inglês.

Para obtenção dos dados recorreremos ao instrumento da JBI. Os dados incluíram detalhes sobre a população (participants); conceitos e/ou áreas de interesse (concept) o contexto (context) e desenhos de estudo (PCC). Informações relevantes também foram

tidas em atenção nomeadamente limitações e/ou complicações, fontes de pesquisa utilizadas pelos autores e o seu contributo para esta área de investigação.

Utilizando a estratégia *participants; concept e context* (PCC), foram incluídos na *Scoping Review* estudos que: a) quanto ao tipo de participantes, enfermeiros; b) quanto ao conceito, abordem a resiliência moral; c) quanto ao contexto- cuidados intensivos a doentes com COVID-19; d) quanto ao tipo de estudos, abordem estudos primários quantitativos ou qualitativos.

Foram critérios de exclusão: Falta de rigor na aplicação da metodologia, caracterizada por estudos qualitativos em que não foram descritas aprovações éticas e artigos científicos pagos.

Foram identificados 115 artigos nas bases de dados consultadas. Todos os registos foram exportados e agrupados num software para investigação e gestão de referências (EndNodeX8.2). As duplicações foram eliminadas (n=28), e foram considerados para análise, por título, 87 registos.

A avaliação da qualidade dos estudos exhibe uma enorme importância, de forma a acreditar neste formato de Revisão Sistemática de Literatura, preservar o rigor e a procura de efetividade como princípio de base para conseguir os melhores resultados.

Para validar o processo, dois revisores independentes, seguindo a lista de verificação do modelo PRISMA-ScR, rastream os 87 registos. Os revisores são Enfermeiros, especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, peritos na área em investigação, a frequentar o doutoramento em ciências de Enfermagem e com atividade docente ao nível do ensino superior especializado de Enfermagem.

Em caso de discordância entre os revisores, fez-se a leitura do resumo e, caso persistisse alguma hesitação, a leitura do texto integral.

Após selecionados registos analisados por título (n=52) e registos analisados por resumo (n=35) foram excluídos no total 67 registos. Posteriormente, analisados no texto integral os restantes 20 artigos, aplicados critérios de elegibilidade, foram excluídos 16 registos. No final deste processo, foram excluídos 83 registos, pelo que apenas foram incluídos quatro (4) estudos nesta *Scoping Review*.

Para a extração dos dados existentes nos artigos estudados foi utilizado um instrumento padronizado que continha as informações a seguir: nome do autor, local de publicação e ano, seguido da intervenção realizada, metodologia e respetivas conclusões do estudo.

Para realizar a síntese dos estudos incluídos, recorreremos à análise de dados quantitativa e qualitativa, sendo apresentados os resultados no capítulo próprio, através de um quadro detalhado dos estudos incluídos. A análise dos resultados obtidos é devidamente apresentada e direcionada para dar respostas aos objetivos do presente estudo, sendo comparados de seguida os resultados dos autores dos estudos incluídos.

1.3 Considerações éticas

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem circunscritos, tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação. Resulta do mandato social do Enfermeiro que este procure prestar cuidados alicerçados na melhor evidência científica disponível. Exige-se, portanto, ao investigador que durante o processo de investigação, cumpra com a responsabilidade penal, civil e deontológica.

Para possibilitar o estudo, o projeto de investigação foi submetido à Comissão de Curso do Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde, a qual deu parecer favorável.

Numa revisão da literatura, indubitavelmente, evoca-se o princípio da integridade académica, que diz respeito à solicitude de honestidade ao autor, concretizada pela referência e citação de tudo o que diz, que não seja de sua autoria.

2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Atendendo aos objetivos propostos, a *Scoping Review* permitiu a síntese de conhecimento, tendo em conta a Prática Baseada na Evidência (PBE), averiguando a disponibilidade de evidência primária, efetiva e rigorosa.

Primeiramente apresentamos os resultados de acordo com o processo de seleção dos artigos pelo fluxograma PRISMA (Figura 1) e, de seguida, os resultados extraídos dos artigos selecionados foram resumidos e apresentados nos quadros seguintes.

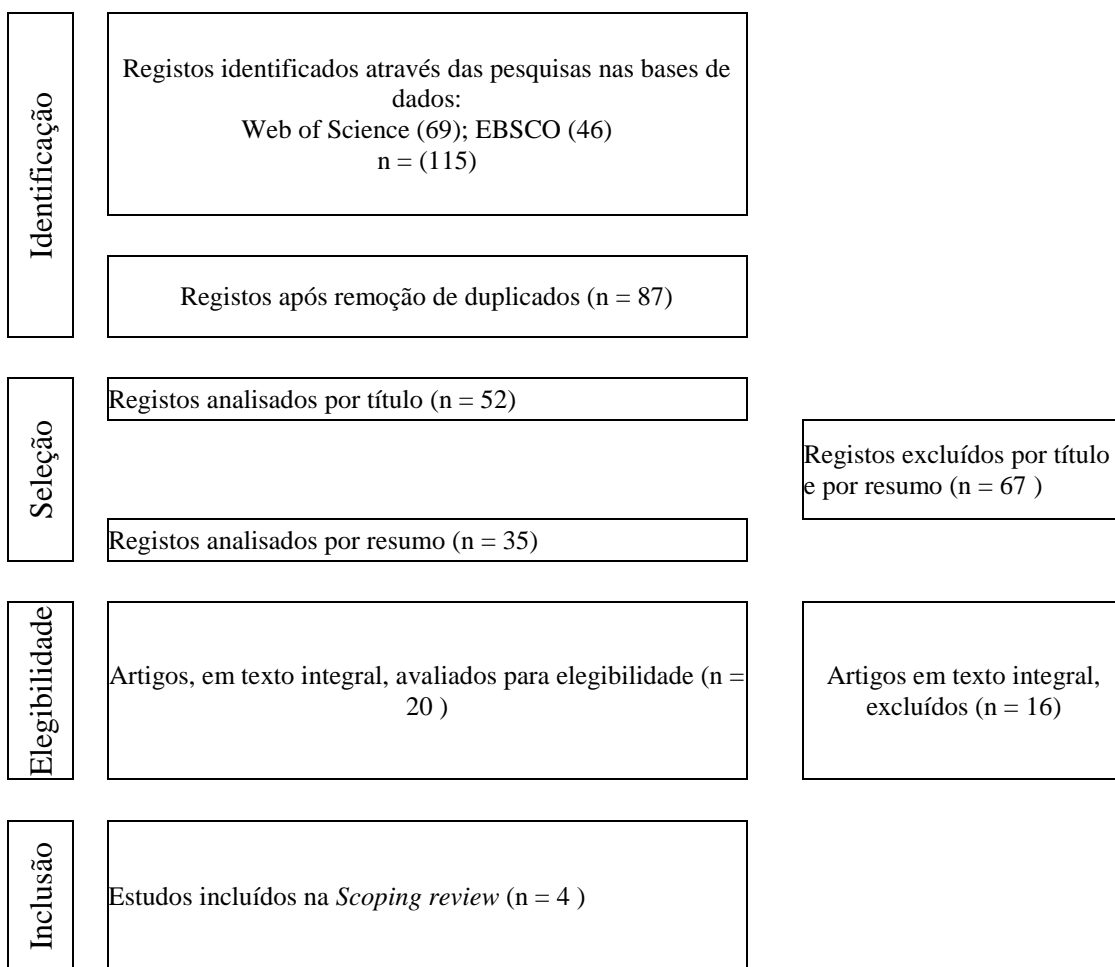


Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção de registos (Moher et al., 2009)

Assim, quatro estudos foram incluídos na presente revisão. Três dos estudos foram realizados nos EUA (Boston, Trenton e Baltimore), entre 2020 e 2021, utilizam um desenho qualitativo (DeGrazia et al., 2021; Stutzer & Rodriguez, 2020; Rushton et

al.,2021). O estudo realizado na Suíça, publicado em 2020 utiliza uma metodologia qualitativa/grounded theory (Sala Defilippis et al., 2019).

Estes estudos são apresentados em forma de síntese nos seguintes quadros e, seguidamente, faremos a análise comparativa dos resultados encontrados pelos seus autores.

Quadro 2

Resumo de dados extraídos do estudo número 1

Autor/ Ano	Local	Intervenção	Metodologia	Conclusões
Sala Defilippis et al. (2019)	Suíça	Realizaram-se reuniões em equipa das unidades, os participantes receberam uma folha de informação e um formulário assim como o consentimento livre e esclarecido disponível a cada voluntário. Após os dados da décima quinta entrevista atingiu um nível de saturação e não atingiram novas descobertas.	Estudo qualitativo, seguiu a teoria fundamentada. Utilização de uma entrevista, entre 60-90 minutos, em profundidade a 16 enfermeiras. A análise de dados seguiu com método comparativo.	Este estudo reflete uma nova visão sobre a prática moral, resiliência moral e as estratégias aproveitadas pelos enfermeiros para obter o bem-estar moral. As características de uma conexão harmonizada incluem igualdade na orientação dos valores e reciprocidade de emoções, esforço, energia, respeito e consideração. Esta conexão, é um estado que os enfermeiros esperam alcançar e manter.

Quadro 3

Resumo de dados extraídos do estudo número 2.

Autor/ Ano	Local	Intervenção	Metodologia	Conclusões
Stutzer, K, & Rodriguez, M. (2020)	EUA, Trenton.	Analisar os membros da equipa interdisciplinar. Verbalização com identificação de emoções e causas e consequências de angustia moral e estratégias individuais para construir resiliência moral.	Estudo qualitativo. Utilização de 5 estudos de caso, relatados por 5 enfermeiros	Existem estratégias baseadas na prática da evidencia científica para abordar com eficácia o impacto da angustia moral em enfermeiros de cuidados intensivos. Por sua vez, a resiliência moral muda a discussão de uma angustia para uma de posição pessoal diante da tensão ética. O caminho da resiliência moral, faz-se com apoio e suporte, portanto requer tanto compromisso pessoal como organizacional, envolvendo na essência o líder. A preservação da integridade moral é uma obrigação que cada enfermeiro tem para consigo e para com a profissão.

Quadro 4

Resumo de dados extraídos do estudo número 3.

Autor/ Ano	Local	Intervenção	Metodologia	Conclusões
DeGrazia et al.,2021	EUA, Boston.	O grupo de trabalho reuniu-se semanalmente durante 5 dias por semana para desenvolver um plano para mudar o ambiente de angustia moral para um ambiente de resiliência moral.	Estudo qualitativo. Recorreram ao instrumento de recolha de dados, a entrevista, num total de mais de 630 enfermeiros com 6,262 consultas aos formadores da equipa de apoio.	Os enfermeiros de cuidados intensivos enfrentam progressivos desafios nos seus ambientes de trabalho. Esta inovadora função de ter disponível um formador, permitiu, em tempo útil, ter acesso a suporte e orientação em situações moralmente e eticamente desafiadores. Após evidencia científica, respostas positivas dos enfermeiros de cuidados intensivos, implementaram e integraram o papel de um formador na sua cultura e prática clínica. Reflete assim, a resiliência moral é uma solução promissora para a angústia moral.

Quadro 5

Resumo de dados extraídos do estudo número 4.

Autor/ Ano	Local	Intervenção	Metodologia	Conclusões
Rushton et al., 2021	EUA, Baltimore	Aplicação da Escala de Sintomas de lesão moral – profissionais de saúde e itens derivados da Escala de Resiliência Moral de Rushton.	Estudo qualitativo. Dos Numa amostra de 344 de enfermeiros, que prestaram cuidados a doentes com COVID-19, relatam uma maior ocorrência de sintomas prejudiciais, tendo em conta o efeito dos anos de experiência profissional.	A resiliência moral oferece um recurso individual promissor para minimizar o impacto prejudicial da angustia moral. A prevalência de sintomas de angustia moral está provavelmente associada à pandemia COVID-19. Níveis mais elevados de angústia moral, compreendem fatores e sintomas compatíveis com enfermeiros com menos experiência de trabalho.

Decorrente da análise efetuada nos estudos selecionados, faremos uma reflexão comparativa sobre os principais resultados encontrados, tendo em atenção os objetivos delineados para o presente estudo.

Distinção dos conceitos de angústia moral e de resiliência moral:

Podemos começar por afirmar que o ambiente de cuidados intensivos dá origem a situações moralmente angustiantes e complexas e que as abordagens para mitigar o impacto negativo e potenciar a resiliência moral em contexto de saúde, são cada vez mais importantes. Angústia moral é definida como um sentimento que surge quando nos deparamos com uma incoerência entre crenças e ações (DeGrazia et al., 2021). Nasce em algum momento de pressão ou constrangimento, traduzindo sentimentos negativos, sofrimento ou perda da própria integridade moral como resultado de não conseguir praticar o que se pensa ser o curso de ação correto (Stutzer & Rodriguez, 2020). Enfermeiros que experienciam a angústia moral desvinculam-se dos colegas, essencialmente membros da equipa, levando à comunicação ineficaz que afeta o desempenho e a eficácia profissional. A angústia moral tem consequências negativas não só nos enfermeiros, mas também na qualidade dos cuidados prestados. Esta experiência pode intensificar-se ao longo do tempo. O conceito de resiliência moral, está cada vez mais a ganhar mais força e atenção, sendo entendido como uma solução promissora para a mitigar a angústia moral. É definida como a capacidade de um enfermeiro sustentar, restaurar ou aprofundar a sua integridade em resposta a desafios morais (DeGrazia et al., 2021), como confusão, angústia ou contratempos (Stutzer & Rodriguez, 2020). A resiliência moral é descrita como uma força inata que está presente em algum grau em todas as pessoas que podem capacitá-la através de experiências stressantes ou adversas. Representa a fonte de inibição para ações imorais que é necessária para resistir a pressões externas e internas para tomar uma decisão moralmente correta, é o resultado baseado na mudança, causado pela angústia ou advertência moral, num determinado momento e tempo (Sala Defilippis et al.,2019).

Identificação de sintomas moralmente prejudiciais e fatores que cooperam na construção da resiliência moral, nos enfermeiros que prestaram cuidados intensivos a doentes com COVID-19 .:

A confiança do doente/família, grupos e/ou comunidades em relação aos enfermeiros, é assumida pela crença que os enfermeiros são honestos e têm altos padrões morais e éticos. Os enfermeiros são constantemente expostos a cuidados, preocupações e situações desafiadoras dentro dos seus ambientes profissionais, surgindo dúvidas, limitações, muitas vezes na sua capacidade de agir de forma ética, resultando em angústia moral, portanto, quando os valores e crenças dos enfermeiros não se alinham com os comportamentos esperados relacionados aos cuidados de Enfermagem. O fenómeno de angústia moral não é novo, enfermeiros identificam experiências negativas, como sentimento de impotência e até mesmo de desistência da profissão. Emoções e sentimentos são identificados como frustração, raiva, esgotamento, fadiga, angústia, *stress*, vergonha, mágoa (onde está envolvido a sensação de não poderem fazer mais pelo doente), aumento da compaixão e o sentimento desonesto com o doente e família (Stutzer & Rodriguez, 2020). Os fatores apontados na construção da resiliência moral incluem a profunda sensação de conexão harmonizada com os doentes e o ambiente envolvente, possibilitando condições favoráveis a experiência de vida positiva. A nível pessoal e profissional o bem-estar moral, influenciam constantemente, os cuidados prestados. As funções pessoais e profissionais, estão interligadas, fundem-se nas situações moralmente difíceis. A resiliência moral deve ser entendida como um processo contínuo em que os enfermeiros de cuidados intensivos, se envolvem diariamente, perante os desafios morais (Sala Defilippis et al.,2019).

Estratégias de resiliência moral utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes com Covid-19:

Enfermeiros moralmente resilientes são experientes em ações morais, realistas sobre as suas limitações e são capazes de discernir os níveis apropriados de responsabilidade moral em situações moralmente complexas. Estratégias para a construção da resiliência moral incluem promover autoconsciência e autorregulação, envolver-se com os outros e aprender com as experiências por meio da aprendizagem transformacional. Por meio da exploração dos sentimentos que acompanham a angústia moral, enfermeiros moralmente resilientes podem reconhecer quando podem ser tendenciosos ou incorretos na sua avaliação dos desafios morais. Promover a autoconsciência permite que os enfermeiros respondam aos desafios morais com clareza, confiança com menos custo pessoal associado à angústia moral. Por sua vez, a autorregulação é a capacidade de

reconhecer e responder a sinais do corpo, incluindo emoções, padrões de pensamento. As funções de autorregulação, permitem que os enfermeiros reflitam sobre desafios morais com clareza e respondam a esses desafios de uma maneira congruente com valores e crenças pessoais. Habilidades facilitadoras da autorregulação incluem autocuidado, atenção plena e meditação (DeGrazia et al, 2021). Estratégias individuais para construir resiliência moral são acrescentadas como na educação, incluem *webinars*, *wokshops*, conferências, educação presencial ou online. Trabalhar em ambientes saudáveis, trabalhar a inteligência emocional e assertividade com a utilização de ferramentas de comunicação. Auto compaixão, desenvolvimento da compreensão interna sem julgamento, reconhecendo que também se é humano. Redução do *stress*, com atenção plena, meditação, diário reflexivo ou terapêuticas de massagem. Necessidades físicas como dormir e descansar, uma dieta saudável e prática de atividade física. Não menos importante, redes de suporte, a necessidade de conexão com os colegas de trabalho, confiança nos amigos e familiares, procurar mentores para conselhos. Na base, o código profissional, conhecer a prática que rege a nossa profissão e o desenvolver estratégias de resiliência moral (Stutzer & Rodriguez, 2020). A consciência aliada a autoconsciência, permite aos enfermeiros um grau de reciprocidade e consistência de respeito e consideração, valores que regulam as interações dos enfermeiros dentro do seu meio profissional. O valor do respeito deve ser entendido como um valor global, que determina a atitude do enfermeiro para com os outros e para consigo mesmo. O reconhecimento da base para alcançar e desfrutar do bem-estar moral, é o alicerce na construção da resiliência moral. A ponte de interação entre o privado e o profissional na vida dos enfermeiros é harmonização e conectividade. Inclui a profunda sensação de conexão harmonizada que os enfermeiros sentem com os doentes e o ambiente envolvente que permitem condições vantajosas para uma experiência de vida positiva. A nível individual e profissional o bem-estar moral influencia a qualidade da prestação de cuidados, assim como as funções profissionais e pessoais se unem moralmente em situações de adversidade ou angústia moral (Sala Defilippis et al., 2019).

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na literatura de Enfermagem, a referenciação do conceito “*resiliência moral*” está em crescente, incorporando as perspectivas de diferentes subespecialidades de Enfermagem, incluindo cuidados pediátricos e neonatais, cuidados à pessoa em situação crítica, cuidados em situações de emergência (Young & Rushton, 2017).

A resiliência moral é a capacidade e a disposição de falar e agir corretamente e perante a adversidade que é de natureza moral/ética (Lachman, 2016). A American Nurses Association, afirma que os enfermeiros de hoje enfrentam dilemas éticos cada vez mais complexos e que a capacidade decidir pela decisão certa é muitas vezes dificultada por valores e crenças diferentes de outros profissionais de saúde (2021). A resiliência moral é proposta como uma estratégia para mitigar o sofrimento moral dos enfermeiros, na sua atmosfera de trabalho, como meio para transformar a angústia moral vivenciada nos cuidados de saúde e restabelecer a honestidade racional (Rushton, 2021). É uma capacidade de se recuperar ou se ajustar facilmente à adversidade ou à mudança, relacionada aos princípios do que é certo ou errado no comportamento. Surge assim como uma estratégia, habilidade válida ou competência para se enfrentar os contratempos da vida, ser capaz de superar e adaptar, inclusive sendo transformado por elas, resultado de uma vida ativa e participativa (Heise, 2019).

Segundo a OE (2015), os enfermeiros incorporam a arte e a ciência de cuidar. Concentram-se na prevenção, promoção e otimização da saúde do ser humano. Por sua vez, a saúde e bem-estar destes profissionais são essenciais, de forma a contribuir positivamente, na saúde dos nossos utentes e comunidade.

Ao contrário da resiliência moral, a “*angústia moral*” interfere na capacidade dos enfermeiros de se conectarem e atenderem às necessidades e objetivos dos doentes e seus familiares. Enfermeiros a vivenciar, angústia moral, conseqüentemente, desvinculam-se de outros colegas e membros da equipa, levando a uma comunicação ineficaz que afeta o desempenho e a eficácia profissional. A angústia moral está diretamente relacionado à satisfação no seu ambiente de trabalho, ao esgotamento físico e psíquico e ao abandono do cargo ou da profissão (DeGrazia et al.,2021). Contudo, são apontadas também como conseqüências da angústia moral *burnout*, supressão de emoções para não parecer fraco, diminuição nos cuidados prestados, rotatividade dos

enfermeiros, pensamentos em desistir e distanciamento do ambiente de trabalho (Stutzer & Rodriguez,2020).

Portanto, o compromisso ou perda de enfermeiros qualificados devido a angústia moral, implica às organizações de saúde, apoiarem um ambiente de trabalho saudável, fornecendo excelentes cuidados de Enfermagem ao longo de todo o plano de cuidados. Estes fatos levam agir contra efeitos nocivos da angústia moral que colocam em risco a saúde do ambiente profissional, do enfermeiro e a prestação de cuidados de excelência com elevados níveis de qualidade no atendimento e segurança do doente.

Encontraram-se, neste estudo, *sintomas moralmente prejudiciais e fatores que cooperam na construção da resiliência moral*, nos enfermeiros que prestaram cuidados intensivos a doentes com COVID-19. Enfermeiros com angústia moral, relatam causas como *stress*, perturbação do sono, perda de apetite, ansiedade, depressão e raiva (DeGrazia et al.,2021), falsa esperança dada aos pacientes/familiares, prestação de cuidados agressivos e fúteis, não ter tempo suficiente para cuidar dos doentes, ver que não existe continuação de cuidados, medo e a realização de cuidados que causam sofrimento desnecessário. Existe uma prevalência significativa e a gravidade da angústia moral na prática de Enfermagem, com cuidados intensivos, uma vez que é um ambiente de alto risco (Rushton & Kennedy, 2017). Porém, este autor, ainda menciona que surgem também causas institucionais de angústia moral, má colaboração médico-enfermeiro, falta de relação terapêutica, má comunicação em equipa, trabalhar com níveis de enfermeiros inseguros e/ou inadequados, cuidados comprometidos pela gestão de redução de custos, a falta de apoio dos pares gestores para lidar com os cuidados complexos, baixa satisfação no trabalho, hierarquias dentro do sistema de saúde, políticas e prioridades que conflituam com as necessidades dos cuidados, falta de envolvimento na tomada de decisão e os anos de experiência em Enfermagem e número de anos naquele cargo. O comportamento não cooperativo por parte dos doentes ou familiares, associado à escassez de enfermeiros e causas por restrições externas que não podem ser influenciadas ou desencadeadas pelo enfermeiro, (Sala Defilippis et al., 2019).

A gravidade da COVID-19, motivou enfermeiros e outros profissionais de saúde a alterar de uma ética centrada no utente para uma ética de saúde pública. Contudo, prestar cuidados de Enfermagem envolve e exige uma ética e o dever de cuidar de um

doente individual e de sua família. Promover a saúde pública, engloba ética de equidade, bem comum ponderando os riscos e benefícios das ações envolventes (Hossain & Clatty 2020). Durante a pandemia, houve escassez de significativa de recursos humanos e materiais, destacando enfermeiros e outros parceiros profissionais, decisões difíceis tiveram que ser tomadas, tendo em atenção a contenção de recursos, incluindo tempo de um enfermeiro.

Estes acontecimentos, inevitavelmente, causaram deteriorações não só desgaste físico como psíquico. Falamos de trauma moral, como o sofrimento que ocorre quando um indivíduo é incapaz de realizar o que acredita ser ações éticas e é inevitavelmente, forçado a agir que vai contra uma resposta ética e moral estabelecida a uma situação. Estar moralmente angustiado, é uma experiência pessoal, embora na maioria das vezes, as causas são originadas no sistema. Reconhecer o sofrimento moral, pode minimizar as falhas potencialmente perigosas, situações ou erros nos cuidados de saúde (Rushton & Kennedy, 2017). O surge a resiliência moral como uma estratégia para gerir e lidar com o sofrimento moral relativamente a uma nova discussão. Descrever acções intencionais para construir pontos fortes pessoais (Stutzer & Bylone, 2018).

O Coronavírus 2019 provocou trauma, sofrimento físico, ético e psicológico contínuo para todos os prestadores de cuidados. Existe agora, a necessidade de ter compaixão por si próprio e tomar medidas de mitigar a sua angústia interior. Embora saibamos que número de pacientes COVID-19 graves, estejam a diminuir, sabemos que existe outro volume de doentes que precisam de cuidados.

Referem os enfermeiros que, desde a pandemia, compaixão e empatia são menos expressas por trás de uma máscara e talvez não seja percebido pelos utentes por causa do distanciamento. O toque ficou limitado com o equipamento de proteção individual. Por sua vez, o toque associado ao tom de voz agradável, é uma forma também positiva, informá-los do que se está a passar, apesar de não se saber se a mensagem lá chega ou não, permitindo uma abordagem numa perspetiva holística. “(...) da utilização do toque nos doentes inconscientes (...) há reações de resposta que são visíveis em termos de parâmetros vitais, em que o toque pode acalmar, baixar a frequência cardíaca, pode baixar a PIC. Certos períodos de espasticidade também podem diminuir ou exacerbar com o toque, depende da maneira como lhe tocamos (...)” (...) em que muitas das vezes falta o mais importante o toque humano. É um ambiente por vezes muito impessoal

porque o enfermeiro utiliza muito as luvas para fazer quase tudo em termos de cuidados, e não duvido que há momentos que era fundamental o doente sentir o calor de uma mão sem luvas (...)" (Roxo, 2008. p.83).

O contacto físico com os utentes, em fase de pandemia, reduziu significativamente, de modo a diminuir a exposição. Todavia, os fatores que mais se relacionaram com o aumento de sintomas de sofrimento moral refletem as contribuições nos cuidados prestados, nomeadamente, trabalhar com recursos limitados, materiais e humanos, como equipamentos de proteção individual e profissionais de saúde (Chitwood, 2020). Restrições severas das visitas alteraram o processo usual de tomada de decisão e podem ter contribuído para sintomas de sofrimento moral associados à tomada de decisões, para limitar ou renunciar a intervenções sem o nível habitual de envolvimento.

Quanto às *estratégias de resiliência moral utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes com COVID-19*, foram encontradas várias. Respeitar os recursos espirituais e baseados na fé podem ser facilmente alcançados em vez de escondidos, de forma ajudar a promover a ética no ambiente de trabalho, uma vez que é identificado o conflito espiritual como sintoma central do sofrimento moral (Rushton et al., 2021). Apoiar o desenvolvimento da resiliência moral e a prática da ética torna-se fundamental. Garantir que cada indivíduo tenha acesso a recursos para mitigar a angústia moral, e cultivar a resiliência moral, participar em mecanismos institucionais de forma apoiar questões éticas, como comissões de ética ou serviços de consulta pra envolver a preceptiva da Enfermagem para o processo de diálogo e tomada de decisão. Desenvolver estratégias de modo apoiar a resiliência moral dos enfermeiros, com base na evidência científica. Estar envolvido na equipa de trabalho, estratégias para promover o bem estar físico e psicológico como base para cultivar a resiliência moral. Tornar-se astuto em reconhecer, analisar e tomar decisões fundamentadas em resposta à complexidade da ética e/ou conflito. Os líderes de Enfermagem devem adotar como um instrumento padronizada de seleção e intervenção para reconhecer e abordar o sofrimento moral de modo a construir a resiliência moral. Incorporar programas de educação continua, voltados para o desenvolvimento de capacidades e habilidades em resiliência moral, incluindo autorregulação; competência ética e autocuidado (Rushton & Kennedy, 2017). Garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e melhorar a qualidade dos serviços de saúde são objetivos prioritários dos Sistemas de Saúde (OMS, 2019).

Todavia, resiliência moral é coragem e confiança para enfrentar situações difíceis, que nos causam angústia (ANA, 2021). Por vezes, não se é capaz de controlar todas as variáveis no ambiente de trabalho o que pode motivar um pedido de ajuda ou agir, em vez de se sentir que não é capaz. Reconhecer um dilema, hesitação e incerteza leva a aceitar a nossa humanidade, procurando apoio nos restantes membros da sua equipa, bem como desenvolver estratégias para contribuir na liderança neste momento de pandemia e a longo prazo para minorar trauma ou sofrimento repetitivo. Resiliência moral inclui componentes como integridade relacional, fluibilidade, autorregulação e consciência, eficácia moral e autogestão (Chitwood, 2020).

Contudo, os líderes são fundamentais na gestão física e humana, devem fortalecer competências avançadas na resiliência do enfermeiro, assim como envolvimento, força e satisfação no trabalho, alegria profissional para garantir prestação de cuidados seguros de alta qualidade e com boa relação custo benefício. O *Institute for Healthcare Improvement* (2017) desenhou um conceito, baseado em três objetivos “*Triple Aim*“, para alcançar o bem-estar. Demonstra-se uma prioridade interligar a capacidade de melhorar a experiência individual nos cuidados; melhorar qualidade de saúde indivíduo/população e reduzir o custo do atendimento centrado no doente.

Segundo OE (2001), divulga a importância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem para reflexão na melhoria destes cuidados e refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. A melhoria e qualidade em saúde é descrita como uma tarefa multiprofissional, “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (p.6). Contudo, a instituição deve adequar assim, os recursos disponíveis e criar as estruturas adequadas ao exercício profissional de qualidade. Após definição dos objetivos do serviço a desenvolver, delinear as estratégias adjacentes para os atingir, faz parte também as instituições empenharem-se em criar ambiente benéfico à sua implementação e consolidação, de maneira a que se tornem hábito e não razão de conflito com ela. A base de trabalho é estabelecida a partir dos enunciados descritivos; a saúde; a pessoa; o ambiente e os cuidados de enfermagem, incluindo os aspetos de valores, crenças e vontades da natureza individual, consequentes dos diferentes

contextos ambientais em que vivem e se fortalecem. Por sua vez, a tomada de decisão do enfermeiro engloba uma abordagem sistêmica e sistemática, sendo que na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro integra os resultados da investigação prévia na sua prática.

Bernard (2019) apresenta o termo alegria no trabalho, como o quarto objetivo, alinhado ao bem-estar físico, psicológico e espiritual, delineou um modelo de liderança do sistema para melhorar a saúde, produtividade e felicidade dos funcionários da área da saúde, em resposta a efeitos como esgotamento, *stress* e saúde comprometida, resultando numa saída negativa. Assim, segundo este autor os enfermeiros descrevem alegria no trabalho como ter um propósito satisfatório em ser enfermeiro, valorizando conexões completas, gerando impacto de maneira a trabalhar num ambiente saudável que compreende o trabalho em equipa, líderes como modelos com oportunidades de aprender e crescer. Os líderes carregam a responsabilidade de desenvolver a sua própria competência de resiliência ao mesmo tempo que promovem a resiliência dos indivíduos e equipas. Surge assim, o quarto objetivo alegria no trabalho. Nomeiam a estrutura para melhorar a saúde, produtividade e felicidade dos profissionais. Incluem a confiança física e psicológica, autoconsciência, sentido e propósito, opção e autonomia, reconhecimento e gratidão, trabalho e espírito de equipa, melhoria diária contínua, bem-estar e resiliência.

Para além destes, nomeiam três áreas específicas apoiam o desenvolvimento da resiliência no enfermeiro. O primeiro menciona o sono, o trabalho por turnos e por vezes prolongados, rotativos com horas extraordinárias. Simultaneamente, com as obrigações pessoais, enfermeiros relatam curtas horas de sono e a baixa qualidade de sono vinculam com menos resiliência, enquanto que sono adequado e de qualidade (pelo menos sete horas, sem interrupções), leva a uma maior resiliência. Compreendem não existirem diferenças específicas do sexo na relação entre sono e resiliência. Por sua vez, quando os líderes observam comportamentos negativos, muitas vezes o sono inadequado está diretamente relacionado com problemas do ambiente de trabalho. Segundo aborda atividades de descanso e descompressão. Enfermeiros gastam atividades físicas, mentais e energia emocional no desempenho das suas responsabilidades, provocando dilemas morais, desafios éticos e físicos. As

complexidades dos cuidados exigidos adicionam carga acrescida aos enfermeiros. Terceiro conceito a resiliência moral, é descrita como a questão vital desenvolvível da Enfermagem, a postura ética, moral e cultural baseada em valores. O desenvolvimento da resiliência moral proporciona aos enfermeiros que sejam bem sucedidos de forma ética em situações complexas, diminuindo o sofrimento moral alinhando os valores fundamentais organizacionais e individuais, criando um trabalho mais significativo. Entende assim, como resultado da resiliência moral habilidade que permite ao enfermeiro dirigir situações difíceis, conduzindo ao crescimento, melhoria em saúde e alegria profissional. A literatura ainda acrescenta a importância de desenvolver a resiliência antes do enfermeiro entrar em prática.

Tornar-se moralmente resiliente é um processo pessoal, mas vital para os enfermeiros.

CONCLUSÕES

A Resiliência Moral é um conceito que tem ganho destaque como forma de transformar o profundo desespero e impotência associada a situações moralmente angustiantes. Os indivíduos que desenvolvem estratégias pessoais para aumentar a resiliência moral estão mais satisfeitos com o trabalho e apresentam níveis mais baixos de *stress*. Existem estratégias para promover a resiliência moral nos enfermeiros com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. O caminho da resiliência moral, faz-se com apoio e suporte, portanto requer tanto compromisso pessoal como organizacional, envolvendo na essência o líder. Inclui responsabilidade de promover a saúde e a segurança, preservação da integridade moral, manter a competência e continuar a desenvolver competências pessoais de profissionais, uma vez que é uma obrigação que cada enfermeiro tem para consigo e para com a profissão . As características de uma conexão harmonizada incluem igualdade na orientação dos valores e reciprocidade de emoções, esforço, energia, respeito e consideração. Esta conexão, é um estado que os enfermeiros esperam alcançar e manter . Após evidência científica, respostas positivas dos enfermeiros de cuidados intensivos, implementaram e integraram o papel de um formador na sua cultura e prática clínica.

A síntese de evidência revelou três categorias emergentes: autoconsciência, autorregulação e bem-estar moral, pessoal e profissional do enfermeiro. Estas podem ajudar na maior clareza conceitual e formar a base de pesquisa para desenvolver uma base de evidências para intervenções destinadas a cultivar resiliência moral. Estar consciente das estratégias simplificadoras de resiliência moral, direciona uma prática refletida, adaptada e estabelece apoio na tomada de decisão dos cuidados de saúde ao doente crítico, sem que cause dano moral no enfermeiro.

Ficamos limitados a quatro estudos, convencidos que se alargássemos a pesquisa seriam identificadas outras estratégias construtivas da resiliência moral, proporcionadoras de maior satisfação do enfermeiro no ambiente de trabalho/ pessoal, com consequentes ganhos em saúde.

O mundo moderno sofreu uma quantidade sem precedentes de problemas de saúde, moral, económico e psicológico durante o período grave da pandemia COVID-19 e continua a sofrer. É uma pandemia única na sua gravidade e permanência. Não é novo

que os enfermeiros vivenciam uma ampla gama de adversidades no local de trabalho, em ambiente de cuidados intensivos, como tem sido documentado.

Profissionais de saúde que cuidam de doentes com COVID-19 relatam ter experienciado mais angústia moral do que aqueles que não forneceram cuidados relacionados com COVID-19. Menos anos de experiência profissional foi relacionada a níveis mais elevados de angústia moral. Quanto maior a resiliência dos enfermeiros e menor a angústia moral, maior o envolvimento no local de trabalho .

A Resiliência Moral melhora a satisfação/alegria no trabalho e, sobretudo, o envolvimento, acrescentando um senso de propósito, o que reduz os níveis de *stress*. A Resiliência moral não está associada a dados demográficos variáveis, qualquer pessoa pode desenvolver a sua resiliência.

O uso da escala de resiliência moral validada (RMRS) pode orientar o desenvolvimento da resiliência moral para moderar as consequências prejudiciais, principalmente, profissionais de saúde com menos experiência de trabalho. (Rushton et al. (2021). Perante os dados evidenciados, pensamos ser importante a tomada de medidas e estratégias para promover a resiliência moral nos enfermeiros. Desta forma, aumentar a consciência dos enfermeiros sobre os princípios morais, a qual conduz a uma atitude moralmente corajosa e eficiente. Melhores atitudes e decisões moralmente complexas, aumentam a sua resiliência moral. Por tudo isto, reflete assim, a resiliência moral é uma solução promissora para a angústia moral.

Dada a inexistência de estudos deste âmbito no nosso país, parte da evidência consultada foi referente a população com diferentes características. Este facto leva a que os dados não possam ser comparados com a realidade Portuguesa.

Outras limitações do presente de estudo, fixa-se que a pesquisa não retornou existência de revisões sistemáticas realizadas, ou a ser realizadas, sobre resiliência moral dos enfermeiros durante a pandemia COVID-19 em serviços de medicina intensiva; Existência de risco de viés nos estudos primários; Limitação metodológica dos estudos primários.

Estamos convencidos que o presente estudo trará proveitos para a prática profissional dos enfermeiros, nomeadamente após a reflexão sobre a temática. Nesse sentido, propomo-nos fazer a divulgação dos resultados de investigação na revista *Servir*,

editada pela Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde – ACEPS, bem como em eventos científicos futuros.

Assim, espera-se que este trabalho possa incentivar novas investigações nesta área importante, uma vez que há carência de evidência científica nesta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdollahi, R., Iranpour, S., & Ajri-Khameslou, M. (2021). *Relationship between resilience and professional moral courage among nurses*. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i3.5436>

Antonsdottir, I., Rushton, C. H., Nelson, K. E., Heinze, K. E., Swoboda, S. M., & Hanson, G. C. (2021). *Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals*. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1-2), 196–208. <https://doi.org/10.1111/jocn.15896>

American Nurses Association (2021). *The Nursing: Scope and Standards of Practice*. 4th Ed.

American Psychological Association. (2012, January 1). *Building your resilience*. *Apa.org*. <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>

Bernard, N. (2019). *Resilience and Professional Joy: A Toolkit for Nurse Leaders*. *Nurse Leader*, 17(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.09.007>

Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2018). *A Broader Understanding of Moral Distress*. *Moral Distress in the Health Professions*, 59–77. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64626-8_4

CBC News (2020), *What's it like being a nurse during the pandemic? These are some of their stories* | CBC News. <https://www.cbc.ca/news/health/nurses-pandemic-the-national-1.5821815>

Chitwood, H. (2020). *How Does an Oncology Nurse Increase Moral Resilience During a Pandemic?* *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(5), 591. <https://doi.org/10.1188/20.cjon.591>

Clark, P., Crawford, T. N., Hulse, B., & Polivka, B. J. (2020). *Resilience, Moral Distress, and Workplace Engagement in Emergency Department Nurses*. *Western Journal of Nursing Research*, 019394592095697. <https://doi.org/10.1177/0193945920956970>

Conselho Internacional dos Enfermeiros (2016) *Enfermeiros: uma força para a mudança para um sistema de saúde mais resiliente* (n.d.). retrieved january 5, 2023, from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8885/cie_vf_site.pdf

DeGrazia, M., Porter, C., Sheehan, A., Whitamore, S., White, D., Nuttall, P. W., Blanchard, T., Davis, N., Steadman, J., & Hickey, P. (2021). *Building Moral Resiliency Through the Nurse Education and Support Team Initiative*. *American Journal of Critical Care*, 30(2), 95–102. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021534>

Delgado, J., Siow, S., de Groot, J., McLane, B., & Hedlin, M. (2021). *Towards collective moral resilience: the potential of communities of practice during the COVID-19 pandemic and beyond*. *Journal of Medical Ethics*, 47(6), 374–382. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106764>

Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.

Goleman, D. (2006). *Emotional intelligence* : Bantam Books

Horan, K. M., & Dimino, K. (2020). *Supporting Novice Nurses During the COVID-19 Pandemic*. *AJN, American Journal of Nursing*, 120(12), 11–11. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000724140.27953.d1>

Hancock, J., Witter, T., Comber, S., Daley, P., Thompson, K., Candow, S., Follett, G., Somers, W., Collins, C., White, J., & Kits, O. (2020). *Understanding burnout and moral distress to build resilience: a qualitative study of an interprofessional intensive care unit team*. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01789->

Heinze, K. E., Hanson, G., Holtz, H., Swoboda, S. M., & Rushton, C. H. (2020). *Measuring Health Care Interprofessionals' Moral Resilience: Validation of the Rushton Moral Resilience Scale*. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0328>

Heise, A. (2019). *The resilience of modern neoclassical economics -a case study in the light of Ludwik Fleck's "harmony of deception."* Volume XIII Issue 1(Articles). <https://doi.org/10.46298/jpe.10729>

- Holtz, H. K., Weissinger, G. M., Swavely, D., Lynn, L., Yoder, A., Cotton, B., Adil, T., Alderfer, M., Romig, B., Neils, K., & Rushton, C. H. (2022). *The Long Tail of COVID-19: Implications for the Future of Emergency Nursing*. *Journal of Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.10.006>
- Hossain, F., & Clatty, A. (2020). *Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic*. *Nursing Ethics*, 28(1). <https://doi.org/10.1177/0969733020961825>
- Institute for Healthcare Improvement (2017) <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/parto-adequado/breve-revisao-modelo-melhoria-ihp.pdf>
- Imbulana, D. I., Davis, P. G., & Prentice, T. M. (2021). *Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: A systematic review*. *Intensive and Critical Care Nursing*. 103092. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103092>
- Jackson, J., Vandall-Walker, V., Vanderspank-Wright, B., Wishart, P., & Moore, S. L. (2018). *Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.002>
- Lachman, V. D. (2016). Ethics, law, and policy. *Moral resilience: Managing and preventing moral distress and moral residue*. *MEDSURG Nursing*.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Monteverde, S. (2013). *Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories*. *Nursing Ethics*, 21(4), 385–401. <https://doi.org/10.1177/0969733013505308>
- Monteverde, S. (2014). *Caring for tomorrow's workforce*. *Nursing Ethics*, 23(1), 104–116. <https://doi.org/10.1177/0969733014557140>
- Morley, G., Field, R., Horsburgh, C. C., & Burchill, C. (2021). *Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103984. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103984>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição Enquadramento.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Organização Mundial da Saúde (2019). *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.* <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

Oser, F. K., & Reichenbach, R. (2005). *Moral Resilience—The Unhappy Moralists.* *Morality in Context*, 203–224. [https://doi.org/10.1016/s0166-4115\(05\)80036-6](https://doi.org/10.1016/s0166-4115(05)80036-6)

Prestia, A. S. (2020). *The Moral Obligation of Nurse Leaders.* *Nurse Leader*, 18(4), 326–328. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.008>

Regulamento n.º156/2015 de 16 de Setembro (2015). Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico.* Diário Da Republica. Série I de 2015, 8059-8105.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Diário da República 2.ª série, N.º 35, p. 8656-8657.

Rodriguez-Ruiz, E., Campelo-Izquierdo, M., Boga Veiras, P., Mansilla Rodríguez, M., Estany-Gestal, A., Blanco Hortas, A., Rodríguez-Calvo, M. S., & Rodríguez-Núñez, A. (2021). *Impact of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Moral Distress Among Nurses and Physicians in Spanish ICUs.* *Critical Care Medicine*, Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000005434>

Roxo (2008). *O Toque na prática clínica.* Revista referência II - n.º6, pp.77-89.

Rushton, C.H (2021). *Moral Injury and Moral Resilience in Health Care Workers during COVID-19 Pandemic* (Xth.ed.). Mary Ann Liebert, Inc.

Rushton, C. H. (2016). *Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care*. AACN Advanced Critical Care, 27(1), 111–119. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>

Rushton, C. H., Schoonover-Shoffner, K., & Kennedy, M. S. (2017). *STATE OF THE SCIENCE: Executive Summary: Transforming Moral Distress into Moral Resilience in Nursing*. The American Journal of Nursing, 117(2), 52–56. <https://www.jstor.org/stable/26620257>

Rushton, C. H. (2018). *Moral Resilience: Transforming Moral Suffering in Health Care*. Oxford University Press, Incorporated.

Rosa, W. E., Schlak, A. E., & Rushton, C. H. (2020). *A blueprint for leadership during COVID-19*. Nursing Management, 51(8), 28–34. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000688940.29231.6f>

Sala Defilippis, T. M. L., Curtis, K., & Gallagher, A. (2019). *Conceptualising moral resilience for nursing practice*. Nursing Inquiry, 26(3), Artigo e12291. <https://doi.org/10.1111/nin.12291>

Siddiqui, S. (2022). *Building organizational and individual resilience in times of moral distress*. Journal of Critical Care, 67, 184–185. <https://doi.org/10.1016/j.jcnc.2021.09.014>

Spilg, E. G., Rushton, C. H., Phillips, J. L., Kendzerska, T., Saad, M., Gifford, W., Gautam, M., Bhatla, R., Edwards, J. D., Quilty, L., Leveille, C., & Robillard, R. (2022). *The new frontline: exploring the links between moral distress, moral resilience and mental health in healthcare workers during the COVID-19 pandemic*. BMC Psychiatry, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03637-w>

Stutzer, K., & Bylone, M. (2018). *Building Moral Resilience*. Critical Care Nurse, 38(1), 77–89. <https://doi.org/10.4037/ccn2018130>

Stutzer, K., & Rodriguez, A. M. (2020). *Moral Resilience for Critical Care Nurses*. Critical Care Nursing Clinics of North America, 32(3), 383–393. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.05.002>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., & Lewin, S. (2018). *PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

Young, P. D., & Rushton, C. H. (2017). *A concept analysis of moral resilience*. *Nursing Outlook*, 65(5), 579–587. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.009>

Wald, H. S., & Monteverde, S. (2021). *COVID-19 era healthcare ethics education: Cultivating educational and moral resilience*. *Nursing Ethics*, 28(1), 58–65. <https://doi.org/10.1177/0969733020976188>

WHO, *Coronavirus*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Moon, M. D., Clark, P. R., & Zavotsky, K. E. (2016). *“It’s a Burden You Carry”*: *Describing Moral Distress in Emergency Nursing*. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.008>

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – REGISTO DO TÍTULO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA



JBI Systematic Review Title Registration Form

Title: Moral Resilience of Nurses in the context of the COVID 19 pandemic: Scoping Review

Centre: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de

Primary Reviewer

Name: Jacinta Isabel Ribeiro Rodrigues **Email:** isabel_r.rodrigues@hotmail.com

Question: What facilitating strategies in building moral resilience were used by nurses who assisted patients infected with SARS-CoV-2 in need of intensive care?

PICO

Population: The Scoping Review included studies that: a) regarding the type of participants, nurses.

Intervention: Phenomena of interest (qualitative)
Please enter a clear and precise Intervention description

Comparator: No comparator (qualitative review)
In terms of concept, it addresses moral resilience.

Outcome: Context (qualitative)
Regarding the context - intensive care for patients with covid 19
Regarding the type of studies, address quantitative or qualitative primary studies.
The exclusion criteria were: The sample, in the studies, not being composed of nurses; lack of rigor in applying the methodology, characterized by qualitative studies in which ethical approvals were not described.

Please **download, fill in, save** and **email** this form to: jbisynthesis@adelaide.edu.au

ANEXO II – COMPROVATIVO SUBMISSÃO ARTIGO – REVISTA SERVIR

URL do

Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/31297>

APÊNDICE I

REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE, SERVIÇO DE URGÊNCIA E BLOCO OPERATÓRIO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO-HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO

1 - Contextualização

Segundo o Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro (REPE)¹ (2019) define Enfermagem como profissão que tem como “finalidade prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo da sua etapa vital, ao utente saudável ou doente, de maneira que preserve, melhore e readquiram a saúde, de forma atingir a sua aptidão funcional logo que possível”. Por sua vez, Enfermeiro é o profissional de saúde, habilitado com um curso profissional, a quem foi concedido, legalmente, um título profissional, na qual identifica competência científica, técnica e humana para prestação de cuidados gerais de enfermagem ao indivíduo, família grupos e comunidade, nas várias categorias primária, secundária e terciária da prevenção. Estes possuem valores, crenças e vontades de natureza individual. Concede-se á relação terapêutica, a parceria estabelecida entre o cliente na consideração das suas capacidades.

Por sua vez, a tomada de decisão, que orientada o exercício profissional do enfermeiro, compromete uma abordagem sistémica e sistemática, havendo previamente uma avaliação inicial, seguida de identificação de necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa individual ou grupo de pessoas. Após esta avaliação, segue-se a prescrição dos cuidados, de forma a evitar riscos e a detetar prematuramente potenciais problemas e dissolver ou minimizar na fase de implementação das intervenções. Posteriormente, o enfermeiro integra os resultados da investigação na sua prática.

Fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, das práticas e contextos, adquiridos ao longo do percurso profissional, com vista à melhoria e evolução dos cuidados de Enfermagem, potenciando progressivamente novos campos de atuação do

¹ Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril)

exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista, bem como a crescente diferenciação nesta área do conhecimento, pelos enfermeiros, o Órgão Regulador da profissão efetuou uma adequação normativa - Regulamento n.º 124/2011.

Neste foram regulamentadas as quatro áreas, considerando a vasta abrangência da EMC bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, identifica quatro áreas: área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória e área de Enfermagem à pessoa em situação crónica.

Particularmente, a área de enfermagem à pessoa em situação crítica considera que os cuidados especializados prestados pelos enfermeiros são cuidados altamente qualificados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, que podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. A especialização na área da enfermagem médico cirúrgica, evidenciou-se para mim, como uma estratégia para obtenção de níveis elevados de conhecimento, competências e aptidões validando o pensamento crítico e a tomada de decisão, apoiado na prática fundamentada baseada na evidência científica, permanentemente, com o objetivo de progredir e humanizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica.

O presente trabalho de projeto enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação crítica na Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB, aliado a um ciclo de estudos orientado, incluindo estágio de natureza profissional objecto deste relatório final de natureza científica, para obtenção ao grau de mestre.

O desenvolvimento do presente relatório, pretende descrever e examinar de forma crítico-reflexiva a situação da prática clínica efetuada durante um semestre. Todavia, serviu também de ponte para a elaboração do estudo científico, tendo em conta os problemas identificados vivenciados, de forma a completar o percurso de aquisição das competências do enfermeiro especialista.

Desta maneira, foram delineados os seguintes objetivos gerais de aprendizagem especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica:

- Identificar, planejar e agir em conformidade com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais;
- Reconhecer competências na área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, utilizando uma prática baseada na evidencia científica;
- Refletir sobre as problemáticas dos contextos da prática de Enfermagem da pessoa em situação crítica;
- Integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidades de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos;
- Fortalecer e consolidar a intervenção de enfermagem da pessoa em situação crítica.

O estágio focalizou-se na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e desenrolou-se na unidade de cuidados intensivos polivalente, serviço de urgência e bloco operatório, no Hospital Santo António, que integra o CHU Porto, sob orientação de três enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica. Neste sentido, para cada ensino clínico de estudo foram direcionados objetivos específicos:

Serviço de Urgência (SU)

- Desenvolver técnicas de reação e ação perante situações de emergência iminente;
- Estabelecer níveis de prioridades, numa situação de urgência, baseado no sistema de triagem de Manchester;
- Identificar e compreender, em contexto de urgência, abordagem primária de avaliação à vítima;
- Melhorar o processo de tomada de decisão, apoiado na evidência científica;
- Minimizar o dano, com a identificação precoce de problemas;
- Lidar com questões complexas, refletir sobre a responsabilidade ética e integrar novos conhecimentos em relação á prática.

Unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP)

- Identificar e analisar as diferentes normas disponíveis no serviço de cuidados intensivos polivalentes, nas diferentes situações críticas;
- Conhecer a organização e dinâmica de um serviço complexo com equipa multidisciplinar;
- Reconhecer a importância da família como alvo na prestação de cuidados;
- Consolidar o conhecimento teórico adquirido com a prática clínica;
- Reconhecer e antecipar os cuidados de enfermagem em tempo útil, adequadas, de modo a prevenir complicações no doente em situação crítica ou falência multiorgânica;
- Melhorar, perante uma situação de emergência ou pessoa em situação crítica, a intervenção na prevenção e controlo de infeção.

Bloco operatório (BO)

- Conhecer a dinâmica e organização do bloco operatório;
- Praticar, procurar novos conhecimentos apoiados na investigação como forma de consolidar o saber;
- Combinar o conhecimento tecnológico e científico aos instrumentos, técnicas e medicação utilizada nesta área;
- Humanizar e providenciar cuidados centrados no utente, tendo em conta as necessidades previamente identificadas;
- Colaborar nos cuidados de enfermagem em articulação na equipa multidisciplinar, no pré, intra e pós-operatório;
- Privilegiar e explorar com responsabilidade os cuidados de enfermagem relacionados com área de anestesiologia;
- Identificar necessidades e ajustar o tratamento eficaz e seguro da dor aguda;
- Promover uma postura crítico reflexiva positiva, privilegiando o tratamento do doente, num modo de melhoria contínua, centralizados nos resultados e ganhos em saúde para o utente.

2. Caracterização dos espaços prática clínica

O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHU Porto) é composto por quatro polos: Hospital Santo António (HSA); Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso (CMIN); Centro de Genética Jacinto de Magalhães (CGM) e Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

2.1 Serviço de urgência

O CHU Porto dispõe de um serviço de urgência segmentado: urgência geral de adultos localizada na unidade do Hospital Santo António (HSA) e a urgência de ginecologia e obstetrícia que é assegurada no Centro Materno Infantil do Norte. No Serviço de urgência do CHU Porto não existem as especialidades de Dermatologia, Pediatria e Psiquiatria.

Após admissão, é realizada a triagem do utente com objetivo de definir a sua prioridade no atendimento. No HSA a triagem segue o sistema de Manchester com atribuição de uma cor. Os escalões de prioridade são: doentes emergentes (pulseira vermelha); doentes muito urgentes (pulseira laranja); doentes urgentes (pulseira amarela); doentes poucos urgentes (pulseira verde); doentes não utentes (pulseira azul). Ainda neste contexto, existe ainda a Via Verde (VV) que consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré (através da referenciação do CODU) intra e inter-hospitalar. Existe dois circuitos, na plena funcionalidade, de encaminhamento neste hospital, após a triagem, adequado para os diversos tipos de doentes Via Verde do acidente vascular cerebral no adulto (AVC); via verde trauma (VVT); Via Verde Coronária (VVC) e Via verde Sépsis (VVS).

Existem duas salas de triagem, compostas por dois enfermeiros experientes e se possível, especialistas. Após a triagem, os doentes podem ser encaminhados para: sala de emergência, onde existe duas camas disponíveis, contempla um enfermeiro sendo que este também dá resposta a emergências intra-hospitalares; sala amarela e laranja, estas juntas, e sala verde ambas compostas por zona de cadeirões e zona de macas,

principalmente para a zona de medicina. Para além destas está disponível, outra zona, uma sala que recebe doentes em maca para colaboração de cirurgia, ortopedia e oftalmologia. Compreende ainda uma zona específica, com maca para prestação de cuidados a doentes que deambulam, e que necessitam de cuidados de penso, suturas, gessos, ou apoio oftalmológico. Todas estas zonas, são apoiadas pelos circuitos nas zonas do corredor, que também contemplam cadeiras, principalmente para doentes triados pouco urgente e não urgente.

2.2 Serviço de Medicina Intensiva

O SMI é “um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, 2003, p.6).

Nas SMI, enquanto problemática, existe um complexo clima ético, devido a natureza de altamente tecnológica de cuidados intensivos, incluem como receio da prestação de cuidados excessivos no tratamento, julgamentos morais pessoais e conflituantes entre membros em equipa em relação aos interesses do utente e a falta de capacidade individual da tomada de decisão dentro desta mesma equipa. Estes cenários éticos complexos que desafiam a integridade da moral, aumentam o risco de experienciar consequências negativas como desfechos de dano moral (Imbulana et al, 2021).

A UCIP no HSA, contempla doze camas sendo que três camas, estão em espaços fechados com dupla camara, para doentes com colonização ou infecção por Enterobacteriáceas produtoras de carbapenemas (EPC). Por tudo contemplam, entre seis a sete enfermeiros, num rácio de 2:1, sendo que um enfermeiro é nomeado responsável de turno, normalmente o mais versado. Um dos enfermeiros, preferencialmente, fica apenas com um doente e dá apoio como segundo elemento na sala de emergência do SU, ou à segunda chamada de urgência intra-hospitalar, com o médico intensivista da unidade. Nas chamadas de emergência intra-hospitalar dispomos do desfibrilhador para transporte pelo enfermeiro, com habilitação de Suporte Avançado de Vida (SAV).

Contudo, existe ainda um segundo SMI, noutra edifício, junto ao BO, denominado Serviço de Medicina Intensiva Médico Cirúrgica existem mais duas salas com doze camas cada, estes englobam especialmente os neuro críticos e os transplantados. Doentes transplantados ficam preferencialmente, em duas nas camaras individuais de modo a provocar lhes um isolamento protetor.

2.3 Bloco Operatório

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p.20) "O Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida."

O HSA dispõe de dois BO, bloco operatório central e bloco operatório, no edifício antigo, utilizado principalmente para neurocirurgia, otorrino, cirurgia plástica, cirurgia vascular e oftalmologia. Atualmente, o BO é constituído por mais de vinte salas cirúrgicas, amparadas por salas de indução e sala de desinfeção. Paralelamente, existe uma área de acondicionamento do material e uma outra sala, designada área de sujos. No bloco cirúrgico, é dividido em três áreas distintas interligadas de modo a possibilitar que os procedimentos anestésicos e cirúrgicos sejam realizados em condições assépticos ideais e seguros. Na circulação não restrita contempla circulação livre de pessoas, secretariado de apoio ao BO, corredores externos, gabinetes médicos, sala de reuniões, copa, vestiários e casas de banho. A área semi-restrita, pervigília e autoriza pessoas com vestuário do bloco operatório, máscara, touca e calçado adequado. Nesta zona é onde acontece a transferência do doente. Por fim, a área restrita permite a circulação de profissionais necessárias para a intervenção cirúrgica, corredores internos e salas cirúrgicas. Ainda dentro do espaço físico do BO enquadra-se a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), constituída por oito camas, com área de armazenamento e acondicionamento e ainda uma zona de sujos própria. Compõe ainda, um carro de emergência com desfibrilhador, testado e auditado diariamente pelo enfermeiro responsável de turno da UCPA. Existe ainda, dedicado a este serviço, a Unidade de Dor

Aguda (UDA) que reforça o tratamento eficaz da dor, reduz o risco de complicações, simplifica a recuperação e sua reabilitação, reduzindo o tempo de internamento, hospitalar, aumenta a satisfação do cliente, melhora a qualidade de vida dos doentes e impede o desenvolvimento de dor crónica. Conforme menciona a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), a conceção UDA desenvolve a consciência entre os profissionais de saúde de que uma abordagem apropriada da dor é essencial para melhorar os resultados finais do doente (2018).

3. Análise e reflexão crítica sobre desenvolvimento de competências

Durante este percurso, tentei desenvolver a prestação e cuidados conforme Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE¹) “ o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Portanto, enquadra-se que o enfermeiro especialista seja crítico, reflexivo, habilitado a mobilizar conhecimentos teóricos já adquiridos nos saberes obtidos da experiência, para que a sua intervenção seja holística com alto teor de qualidade. A pessoa em situação crítica integra o meu objetivo do cuidar enquanto futura enfermeira especialista na área mencionada.

3.1 Domínios de competências do enfermeiro especialista

Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, partilham de competências comuns, considerados também grupo de domínios, quais fazem parte a responsabilidade ética, legal e profissional, a melhoria continua na qualidade dos cuidados prestados e gestão, com desenvolvimento e aperfeiçoamento de aprendizagens, conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019 do Diário da Republica, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019.

Assim, conforme apresentado pela OE no regulamento procurei integrar as competências do enfermeiro especialista, nos quatro domínios: domínio da prestação de cuidados, domínio da formação, domínio da gestão e o domínio da investigação. Contudo, tive muito em conta as competências dirigidas ao enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica, de acordo com o Regulamento n.º 124/2011, Diário da Republica, 2.ª série – N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, particularmente, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; promove a resposta a situações de catástrofe ou de emergência com multivítimas, da conceção à morte; maximiza a intervenção e controlo da infeção. Procurei durante os ensaios clínicos reconhecer e fortalecer as competências específicas dirigidas a área de estudo.

3.1.1 Domínio da Prestação de cuidados

Segundo a Organização Mundial da saúde (OMS, 2020) é crucial a implementação de sistemas de qualidade, pois cada vez mais existe uma maior expectativa do cliente e por conseguinte maior exigência nos cuidados. Aumentar o nível de formação e conhecimento profissional com o desenvolvimento de boas práticas, consideração e satisfação dos prestadores de cuidados, tendo em conta os recursos disponibilizados.

A OE (2001), para a melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde, definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pelos quais os enfermeiros devem guiar a sua prática, tendo por base enunciados descritivos: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Pessoa é definida como um ser único, dotada de valores, crenças, cujos seus comportamentos são manipulados pelo ambiente envolvente. Por sua vez, este meio ou ambiente é composto por recursos políticos, económicos, culturais, físicos e organizações que influenciam estilos de vida. Saúde, é o estado de condição individual da pessoa, na qual representa o seu pleno bem-estar físico, emocional e espiritual. Cuidados de enfermagem unificados na prevenção e promoção da saúde da pessoa, família e comunidade. Erguer-se também, pela OE, os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional: satisfação do cliente, promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar; o autocuidado; readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade diferenciados, centrados na pessoa e família, surgem as especialidades de

enfermagem, centradas na pessoa e família, de acordo com a área de intervenção. O Regulamento n.º140/2019 do Diário da República, 2.ª série – N.º26 – 6 de fevereiro de 2019, que define as competências comuns do enfermeiro especialista, encontra-se definido que para além das competências comuns do enfermeiro generalista, deve ter um conhecimento aprofundado num domínio de especialidade de enfermagem, com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão baseado no conhecimento e prática baseada na evidência clínica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, de forma precisa, eficaz e em tempo útil.

Paralelamente, as instituições de saúde, nomeadamente Hospital Santo António do Porto, desenvolveram projetos como exemplo “STOP INFEÇÃO” e definiram indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os resultados, destes indicadores permitem análise e reflexão da prática dos enfermeiros no ambiente de trabalho, corroborando para a melhoria da qualidade e para a prestação de cuidados de enfermagem distintos.

Os cuidados de enfermagem superam pela utilização e aplicação de uma metodologia de trabalho, o processo de enfermagem (PE), associado a um modelo teórico, na melhoria contínua da qualidade. O PE compreende cinco etapas dinâmicas e interligadas entre si: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos resultados.

Todavia, a primeira etapa é compreendida, pela avaliação inicial, uma vez que é através desta colheita de dados, que é possível conhecermos melhor a pessoa de uma forma holística e a família. A pessoa em situação crítica não subsiste sozinha, neste sentido faz parte das competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, conforme Regulamento n.º 124/2011, Diário da República, 2.ª série – N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, p. 8656-8657. Refleti e procurei acolher e incluir a família no contexto, explicando regras de funcionamento, cuidados e serviços prestados, direitos e deveres, constituição da equipa multidisciplinar e horários. Na abordagem à família, tentei formalizar as diferentes formas de comunicação, adotando uma postura segura de escuta ativa e de confiança, compreendo e adotando o discurso, procurando traduzir disponibilidade, respeito, sem formular juízos de valor, no objetivo de construirmos uma relação terapêutica, identificando as necessidades da família. A

avaliação inicial é posteriormente, organizada e informatizada no processo clínico, SClínico. Os registos de enfermagem são fundamentais na prestação de cuidados, contribuem para a vigilância contínua à pessoa em situação crítica, meio de continuidade de cuidados de qualidade e com segurança, e de proteção legal do enfermeiro.

Contudo, antecipadamente à admissão da pessoa, é responsabilidade do enfermeiro verificar e preparar a unidade onde vai acolher o doente. Em unidade de cuidados intensivos, existe a necessidade de montar, testar o circuito do ventilador e preparar o monitor eletrocardiográfico, entre outros aparelhos, de acordo com o diagnóstico. Na admissão de um doente crítico, tanto na sala de emergência, como medicina intensiva ou mesmo bloco operatório, procurei primariamente a avaliação A(*Airway*) B(*Breathing*) C(*Circulation*) D(*Disability*) E(*Exposition*) e estabilização hemodinâmica, com exame físico.

O diagnóstico de enfermagem vai de encontro às necessidades do doente crítico que se encontra sob nossa responsabilidade. O plano de cuidados, constituído pelos diagnósticos, nomeia alguns obrigatórios nomeadamente: “Autocuidado”; “Risco de Queda”; “Risco de Úlcera de pressão”; “Infeção” e “Ingestão Nutricional”. No doente em bloco operatório, ter em atenção diagnósticos como “Ferida Cirúrgica”; “Risco de Perdas hemáticas” e “Hipotermia”. No doente crítico, ventilado, podendo estar sedado e curarizado, incluem-se diagnósticos como “Limpeza das Vias aéreas”; “Dor”; “Risco de Aspiração”; Risco de úlcera da córnea”; “Risco Pé Equino”, entre outras necessidades de acordo com as prioridades estabelecidas, que posteriormente são avaliadas, obtendo um resultado positivo ou negativo com necessidade de ajuste no plano de cuidados. Porém, importante é ajustar as necessidades a cada doente que temos de cuidar. Aliadas as intervenções, podendo ser autónomas ou interdependentes, procurei sempre assumir uma prática consciente, responsável baseada nos princípios de boas práticas e rigor técnico-científico, apoiada pelo enfermeiro especialista na área que me acompanhou, tendo em vista o bem estar da pessoa em situação crítica e a família.

Todos os procedimentos estão protocolados, e são rigorosamente cumpridos, com objetivo de prestar cuidados com alto teor de qualidade. Neste percurso de estágio tive oportunidade de compreender e assimilar conhecimentos relativos a interpretação de

gasometrias, procedimentos relativos a cuidados com Cateter Arterial (CA), Cateter Venoso Central (CVC); administração de alimentação parentérica, técnicas de *prone position*, monitorização da Pressão Venosa Central (PVC), da pressão intracraniana, da pressão intra-abdominal, do índice de *Bi- Spectral index Score* (BIS), pressão de cuff em tubos oro traqueais ou traqueostomias, entre outras técnicas.

Todavia, é também função do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à acção”, conforme Regulamento n.º 124/2011, Diário da Republica, 2.ª série – N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, p. 8656-8657. Técnicas como a *prone position*, utilizado na Síndrome Respiratório Agudo (SDR) também conhecido como *Acute Respiratory Syndrome* (ARDS), caracterizada por dano alveolar grave, é uma técnica utilizada para melhorar a correspondência ventilação/ perfusão pulmonar. Contudo, verifiquei entre doze a um máximo de quarenta e oito horas, este posicionamento, pelo que me deparei com problemas como úlceras por pressão (UP) desenvolveram-se principalmente na região tórax , por mais cuidados direcionados prestados, constituindo uma limitação para mim. Paralelamente, entre os doentes politraumatizados graves com lesões vertebro medulares a nível da cervical, com presença de colar cervical *philadelphia*, denotou-se igualmente um aumento de desenvolvimento UP, principalmente na região occipital. Uso de técnicas de Terapia de Substituição Renal (TSR), é uma técnica frequentemente que se verifica na pessoa em situação crítica, apoiei no cumprimento do protocolo, sendo que esta técnica é realizada por um enfermeiro presente no serviço de urologia, à chamada, detentor de formação especificada na aérea. Posteriormente, a manutenção é cumprida pelo enfermeiro responsável do utente, substituição de soros, administração de terapêutica, manutenção do cateter arterial. Associados também à humanização dos cuidados, temos a dor, que é monitorizada em doentes acordados a escala numérica da dor. Em doentes ventilados, sedados, não comunicativos, a utilização da *Behavioral Pain Scale* (BPS) avalia a dor pela observação comportamental do doente. Porém, em doentes sedados durante muito tempo levantamos diagnósticos como o *delirium* e agitação, onde aplicamos a escala de RASS (*Richmond Agitacion Sedation Scale*), sendo que estes doentes são reavaliados dentro de três no HSA, para perceber se resultaram prejuízos devido ao *delirium*. A situação da morte, é uma vivencia a lidar constantemente, principalmente em pessoas

com idade jovem, o processo de luto afeta sempre emocionalmente, de alguma maneira, os profissionais de saúde da equipa, e gera sempre revolução do que é eticamente e moralmente correto, podendo causar dano no profissional de saúde, mencionam por vezes , equipa médica “derrota”, traduzindo visualmente o desgaste físico e emocional. Vivenciado, um jovem, 23 anos, sexo masculino, que entrou pelo SU, socorrido pela equipa da VMER (Viatura de Emergência Médica), após acidente de mota, em que o capacete simplesmente foi fustigado pelo embate, com uma projeção do jovem condutor, de mais de dez metros, resultou numa PCR (Paragem Cardiorrespiratória), após técnicas de SAV com aplicação do dispositivo mecânico de compressão torácica *LUCAS – Chest Compression System*, chega até a sala de emergência, com mais de quarenta e cinco minutos sem alterações cardiográficas, são realizadas novas avaliações físicas pela equipa multidisciplinar, contudo é declarado morto. O silêncio é mutuo, os profissionais suspiram de exaustão, por breves minutos, ninguém diz mais nada, senti um ambiente pesado traduzido de um enorme respeito. Posso considerar que a morte, enquanto processo natural do ciclo vital, é difícil de aceitação por muitos profissionais, contudo cabe o enfermeiro especialista, experiente, compreender e dignificar a morte, adotando um papel fundamental no processo de luto, não esquecendo a sua família. A morte cerebral, instalam-se muitas opiniões, reavaliações, exames de confirmação, contudo se potencial dador, podemos salvar alguém.

Verídico, uma situação de doação de órgãos, mais precisamente, um rim, em pessoas aparentemente saudáveis, em que durante a nossa cirurgia de recolha de órgãos, o cirurgião se depara com um tumor considerável num dos rins. Instala-se um dilema ético, pelo que nenhum dos órgãos foi recolhido, o doente foi acordado e explicada toda a situação. Mais tarde, o cirurgião informou-nos que o tumor era benigno. No doente em situação crítica, somos diariamente confrontados suspensão de medidas, morte cerebral e doação de órgãos pelo que devemos ter a capacidade de manter o bem-estar físico, psicológico e espiritual. Contudo, devemos estar cientes dos cumprimentos éticos e legais a respeitar.

Por conseguinte, o enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, ainda “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”, conforme Regulamento n.º 124/2011, Diário da República, 2.ª série – N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, p. 8656-8657, pelo que apliquei os conhecimentos da prevenção de infeção associados aos cuidados de saúde, emanados pela DGS- PPCIRA (2018) e protocolos assumidos pelo serviço tendo por base as *guidelines* internacionais. Doentes com internamentos recentes com menos de seis meses, iniciam isolamento de contacto preventivo e colheu rastreios para EPC e MRSA, assim como doentes, infetados com microrganismos já identificados como multirresistentes a antibióticos. O aumento da resistência dos microrganismos antimicrobianos são problemas atuais a nível mundial. Assim, na minha opinião, tendo em conta a alta complexidade dos cuidados e gravidade do diagnóstico, minimizar os problemas em saúde, aumentar a qualidade e excelência dos cuidados, torna-se dos meus objetivos principais como enfermeira. Contudo, só é possível com espírito de equipa e entejuda entre os profissionais de saúde. A experiência profissional dos enfermeiros que me orientaram e restante equipa altamente especializada e envolvida, trás sem dúvida estratégias diferentes, com esclarecimentos de duvidas e transmissão de aprendizagens, geradores de conhecimento.

3.1.2 Domínio da Formação

O enfermeiro deve “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 visam melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem”, conforme preconiza o Código Deontológico do Enfermeiro, incluído no estatuto da OE Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro p.8101.

Individualmente o enfermeiro, deve ser consciente pela atualização do seu próprio conhecimento, de modo a contribuir criteriosamente no desenvolvimento da profissão e na sua equipa de trabalho, uma vez que a enfermagem incorpora uma evolução tecnológica e científica constante. Este domínio é essencial na enfermagem, uma vez que constitui não só uma forma de evolução pessoal e profissional, com objetivo à melhoria da qualidade dos cuidados, mas igualmente uma obrigação para coma a profissão a fim de cooperar para a sua dignificação. O enfermeiro deve refletir e atualizar-se, de maneira acompanhar a mudança e a desenvolver uma resposta ativa ás

necessidades da pessoa, sobre os novos conhecimentos através de acções de formação pela entidade reguladora da profissão, a OE, ou por esta reconhecida.

Neste contexto, são desenvolvidas, a nível hospital, formações internas de forma contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade. Tendo em conta, que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica é um campo em constante mudança e actualização, por sua vez, a formação em serviço constitui ponto importante na actualização do conhecimento e satisfação face as necessidades identificadas pelos profissionais de saúde, com objetivo da aquisição da excelência e à qualidade dos cuidados prestados.

Durante o período do estágio, a nível hospitalar, tive oportunidade de participar, designadamente na formação denominada “ Cuidados à pessoa com Ventilação Invasiva e Ventilação Não Invasiva”; com duração de 4h. Nesta formação, para além da bibliografia apresentada, nomeadamente da importância da permeabilidade da via aérea e as indicações e contra indicações para ventilação Invasiva (VI) e Ventilação Não Invasiva (VNI), reconhecer o material de via aérea disponível e praticar nos diferentes casos clínicos apresentados, trouxe um raciocínio e compreensão acrescido.

“Simulacro Situação de Catástrofe: reorganização do Serviço de urgência”, durante o período nocturno com a duração de 12h. O sistema de triagem Manchester permite distinguir graus de prioridade, na gestão dos cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar. A partir da queixa inicial de apresentação, selecção do fluxograma, existem cinquenta e dois, dos quais dois são relativos a situação de catástrofe. Conforme expõe a OE “ Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados enfermagem ... as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados“ (2015, pg.10088).

Em situação de catástrofe toda a dinâmica de triagem é mudada, utilizam-se apenas os fluxogramas de avaliação primária e avaliação secundária. A avaliação primária deve ser executada, principalmente neste contexto por enfermeiros experientes, pode ser realizada por médicos, de modo a priorizar as categorias de emergente (vermelho);

urgente (amarelo), não urgente o (verde) e falecido (preto) e encaminhados para a zona destinada consoante prioridade atribuída.

Em situações de emergência os enfermeiros vivenciam sentimentos agradáveis e desagradáveis, que interferem no trabalho em equipa que desenvolvem.

Por sua vez, neste contexto de emergência e catástrofe os cuidados de enfermagem são influenciados pela formação, comunicação, organização e liderança. Neste contexto, subsiste a necessidade de reflexão em equipa, com avaliação contínua (Azinhaga, 2015).

Considero que estas atividades de formação contribuem para a melhoria do nosso desempenho, uma vez que ao permitir uma proximidade com a realidade, contribuem com a melhoria desempenho profissional e uniformização dos cuidados. Fui restringida com a complexidade do contexto e conheci as minhas próprias limitações, contudo a partir de uma postura dinâmica e ativa fui ganhando maior destreza e agilidade técnica a fim solucionar as minhas dificuldades, melhorando o meu pensamento crítico e juízo clínico. Privilegiei, uma postura responsável na prestação de cuidados, com reflexão da prática cínica da tomada de decisão, numa preceptiva de melhoria contínua dos cuidados. Neste contexto de serviço de urgência, foi possível vivenciar diversas patologias, procedimentos e tecnologias avançadas que estimulou a pesquisa contínua de informação em bases de dados científicas, que levaram a mobilização dos conhecimentos adquiridos para a prática. A aquisição de conhecimentos permitiu ganhar maior autonomia e segurança na tomada de decisão, com responsabilidade, nas intervenções autónomas e interdependentes.

3.1.3 Domínio da Gestão

No que concerne às competências comuns , o enfermeiro especialista, gere os cuidados de enfermagem simplificando a resposta da sua equipa e estabelece articulação com a equipa multiprofissional, a fim de assumir segurança e qualidade dos cuidados prestados, adotando uma postura de liderança e de gestão dos recursos físicos e profissionais disponíveis, formação, a gestão de risco clínico e as relações profissionais (artigo n.º7 do Regulamento n.º 140/2019 do Diário da Republica, 2.ª série –N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019).

No Hospital Santo António, em cada serviço, para além do enfermeiro chefe, responsável máximo na gestão e de avaliação dos cuidados, existe um enfermeiro responsável de turno, este habitualmente um enfermeiro mais experiente e, se possível, especialista, que se encontra responsável de realizar o plano diário por turno, garantir a supervisão na continuação de cuidados, a tomada de decisão em relação ao serviço na ausência do órgão máximo, entre outras funções.

Na UCIP, na admissão de um doente crítico, o enfermeiro que o admite, fica responsável pelo mesmo, pelas decisões e prestação de cuidados até passar ao colega seguinte. No contexto de serviço de urgência são vários enfermeiros destinados a uma área e, portanto, eles gerem entre eles a gestão dos cuidados. Na sala de emergência é destinado um enfermeiro, contudo, quando acionado recebe o apoio de outro enfermeiro da UCIP. No bloco operatório, a gestão é realizada na sala cirúrgica e recobro. Numa cirurgia pelo menos, compreende sempre três enfermeiros: instrumentista, circulante e anestesia.

Contudo, no sentido de aumentar o nível de qualidade dos cuidados e reduzir complicações e eventos adversos, importante também a gestão do risco clínico e segurança do doente. De salientar a importância, dos indicadores de qualidade em saúde proposta por A. Donabedian (2003): estrutura, processo e resultado, assume como essenciais, como base na excelência dos cuidados de enfermagem. No suporte, compreende os recursos físicos, humanos materiais e financeiros, no qual inclui horas de cuidados de enfermagem por dia e satisfação do enfermeiro. Quanto ao processo designa os cuidados de enfermagem e as atividades desenvolvidas, no qual se pondera a efetividade diagnosticada do risco. Os resultados, designam a efetividade das intervenções, nomeadamente de prevenção, podem ser positivas ou negativas, contudo modificáveis (Rocheta, 2018).

Relativamente à segurança do utente, em todos os serviços, durante o estágio, privilegiei a prática da higiene das mãos, identificação do utente, prevenção de úlcera de pressão e prevenção de queda com avaliação da respetiva escala de Braden e escala de Morse, com identificação de pulseira vermelha e placa na cama, em altos riscos de queda, ajustando as intervenções estas necessárias. A preparação e administração de fármacos e/ou hemoderivados, com a correta identificação da pulseira da reserva de sangue,

prescrição médica, verificação do nome do doente, medicamento, dose, data de validade, via de administração e hora. Verificação da folha de avaliação protocolada cirurgia segura, adotado no B.O., é realizada no pré-operatório, pelo enfermeiro de anestesia, no qual me apliquei, na área semi restrita. Em cada situação foi adotada a gestão de prioridade dos cuidados, adequada aos recursos materiais e humanos disponíveis, inclusiva e gestão de stocks e de equipamentos, como por exemplo, carro de emergência com desfibrilhador, monitores de vigilância e equipamentos de administração de fármacos. No Serviço de Medicina Intensiva Medico – cirúrgica, está disponível o sistema de fornecimento automatizado de medicamentos a *Pyxis*, no qual tive oportunidade de lidar diretamente com acessível a todo o hospital, mediante nome e numero do processo do doente. Este mecanismo, está apenas disponível para antibióticos intravenosos e medicamentos de reposição eletrolítica. Em situações de dúvida procurei um diálogo com enfermeiro orientador e recurso a pesquisa bibliográfica a fim de evitar erros.

Contudo, a gestão hospitalar necessita da utilização eficiente dos recursos materiais e humanos. As dotações seguras, a fim de aumentar a máxima qualidade com menor risco clinico, pois a falta de recursos nas instituições coloca em risco qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população, conforme menciona OE (2019).

Reforçar, a presença e necessidade do enfermeiro especialista nestas áreas de estudo, mais que um líder, um enfermeiro dotado de conhecimentos acrescidos que prevê e antecipa potenciais complicações, com alta capacidade de tomada decisão, numa pratica baseada na evidencia científica.

3.1.4 Domínio da Investigação

A tomada de decisão, que orientada o exercício profissional do enfermeiro, compromete uma abordagem sistémica e sistemática, havendo previamente uma avaliação inicial, seguida de identificação de necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa individual ou grupo de pessoas. Após esta avaliação, segue-se a prescrição dos cuidados, de forma a evitar riscos e a detetar prematuramente problemas potenciais e dissolver ou minimizar na fase de implementação das intervenções. Posteriormente, o enfermeiro integra os resultados da investigação na sua prática.

Fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, das práticas e contextos, adquiridos ao longo do percurso profissional, com vista à melhoria e evolução dos cuidados de Enfermagem, potenciando progressivamente novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista, bem como a crescente diferenciação nesta área do conhecimento, pelos enfermeiros, o Órgão Regulador da profissão efetuou uma adequação normativa - Regulamento n.º 429/2018.

Considerando a situação vivenciada pelo enfermeiro, durante a pandemia, uma situação de exceção, fez com que houvesse um desequilíbrio entre as necessidades e recursos disponíveis, que exigiu atuação, coordenação e gestão criteriosa de recursos humanos e técnicos disponíveis. O cultivo de capacidades aliadas à resiliência moral pode oferecer recursos individuais aos profissionais de saúde para apoiar a aliviar o impacto de desafios éticos observados no seu ambiente de trabalho. Preservar ou restabelecer a integridade em profissionais de saúde não só contribui para o seu bem-estar, como promove condições onde eles podem fazer parceria com líderes e outras partes aliantes para delinear resoluções para essas dificuldades sistémicas.

Desta forma, considerei que o esclarecimento de estratégias facilitadoras à resiliência moral, possa conduzir a uma prática refletida, ajustada e constituir fundamento na decisão dos cuidados de saúde ao doente crítico, sem que cause dano moral no enfermeiro. Assim, será desenvolvido no capítulo seguinte, a problemática pelo que passamos a investigar a resiliência moral dos enfermeiros durante a pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.

Azinhaga A.I.R. (2015) *Trabalho em equipa em contexto de emergência - Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico - Cirúrgico*. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5338>

Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.

Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos*. Lisboa. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Imbulana, D. I., Davis, P. G., & Prentice, T. M. (2021a). *Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: A systematic review*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 66, 103092. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103092>

Ministério da Saúde - Direcção de Serviços de planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Organização Mundial da Saúde (2020). *Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Regulamento n.º156/2015 de 16 de Setembro (2015). Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico*. Diário Da Republica. Série I de 2015, 8059-8105.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário Da República, 2a Série, n.º26, 4744–4750.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2.ª série, N.º 35, p. 8656-8657.

Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República 2.ª série, N.º 79, p. 10087 – 10089.

Regulamento n.º 9553/2018, publicado no Diário de República, 2.ª série, n.º 135, de 16 de julho de 2018, Declaração de Retificação n.º 644/2018 (2018, 7 de setembro) (Portugal). Diário da República II Série, (173/2018). <https://dre.pt/application/conteudo/116352058>

Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos* [Master's thesis]. RUN – Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/68138>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2018). *Recomendações Portuguesas para as Unidades de Dor Aguda* http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Portuguesas_para_as_Unidades_de_Dor_Aguda.pdf

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). *Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary Perspectives*. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., & Lewin, S. (2018). *PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>