



**PERCEÇÃO DA CARGA INDIVIDUAL DE TRABALHO DOS
ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE LOCAL
DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL**

Arlindo José Cardoso Afonso

**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 na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica**

Orientador – Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Setembro de 2025

Afonso, A. J. C. *Perceção da carga Individual de Trabalho dos Enfermeiros de um Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal*. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança 2025.

DEDICATÓRIA

À minha esposa, pela confiança, dedicação e esforço, sem a qual não teria sido possível a realização deste sonho/desafio.

Aos meus filhos, pelo apoio e compreensão nos momentos que estive ausente no decorrer deste mestrado.

AGRADECIMENTOS

Por toda a colaboração na realização deste relatório e orientação de estágios, deixo aqui o meu muito obrigado ao Professor Doutor Carlos Magalhães da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e, por ter sido linha orientadora em toda esta atividade, agradeço a sua amabilidade na partilha de conhecimentos e pelas sugestões de orientação do mesmo.

À Unidade Local de Saúde da Região Norte de Portugal, local onde desenvolvi a investigação para este trabalho, bem com os meus estágios, nos serviços de UIP, UCIP e SU, com especial agradecimento à Sr.^a Gestora dos mesmos que aceitou a sua realização. Um especial reconhecimento aos enfermeiros do SU que, amavelmente, perderam um pouco do seu tempo ao preencher o meu questionário para recolha inicial de dados que deu o mote a este estudo de investigação. E não posso esquecer os meus orientadores de campo de estágio que, para além de colegas, também mostraram ser enfermeiros especialistas capazes de partilhar os seus conhecimentos com o seu orientando, desenvolvendo um conhecimento capaz para o futuro enfermeiro especialista.

À colega de trabalho e amiga Enf.^a Marlene Ribeiro. Agradeço ao Enf. Marco Sousa que para além de colega e amigo, sempre prezou pela amizade de longa data e nem mesmo isso foi como dado adquirido e ajudou como se uma primeira vez fosse, pelas palavras certas nos momentos certos e sua ajuda e incentivo.

Agradecimentos ainda ao Dr. Sérgio e sua querida esposa Dr.^a Daniela, pela ajuda e colaboração, do fundo do coração, jamais poderei esquecer esta amizade, que não é simples, mas uma amizade profunda e sincera.

Agradeço à minha família pelo apoio ao longo destes meses e a todos aqueles que direta ou indiretamente participaram de alguma forma na realização deste desafio académico, sempre com o objetivo traçado de alcançar cada vez mais e melhor.

RESUMO

O presente relatório de ensino clínico, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, evidencia o desenvolvimento das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, bem como a capacidade de análise crítico-reflexiva adquirida nos diferentes contextos de prática. O trabalho organiza-se em duas partes: a primeira aborda o percurso formativo e o aperfeiçoamento das competências clínicas; a segunda apresenta um estudo de investigação sobre a perceção da carga individual de trabalho dos enfermeiros num serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal.

Na componente prática, realizada em cuidados intermédios, cuidados intensivos polivalentes e serviço de urgência, foi possível consolidar competências avançadas no cuidado à pessoa em situação crítica. Destacam-se a gestão do cuidado em instabilidade clínica, tomada de decisão em contextos complexos, liderança de equipas e garantia da segurança e qualidade dos cuidados. Estas competências revelam-se essenciais para a redução da perceção de sobrecarga e para a promoção de ambientes de trabalho seguros, influenciando a satisfação e retenção dos profissionais.

A investigação desenvolvida teve como objetivo analisar a perceção da carga individual de trabalho dos enfermeiros e identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, transversal e quantitativo, realizado com 85 enfermeiros de um universo de 94, por meio de questionário aplicado em novembro de 2024. A amostra foi maioritariamente feminina (72,9%), valor semelhante ao panorama nacional reportado pela Ordem dos Enfermeiros.

Os resultados revelaram uma perceção moderadamente positiva da carga de trabalho (73,73 numa escala de 105), sugerindo margem de melhoria considerando os riscos associados à sobrecarga, como diminuição da qualidade dos cuidados, aumento do stress e menor intenção de permanência no serviço. Verificou-se que variáveis como tempo de serviço, regime laboral, responsabilidades familiares e estatuto profissional influenciam significativamente esta perceção. Estes achados convergem com a literatura internacional, que relaciona a resiliência, o apoio organizacional e a adequação de recursos com melhores indicadores de satisfação profissional.

A reflexão crítica realizada após o estudo reforça o papel determinante da liderança de enfermagem, da gestão adequada de recursos humanos e da criação de ambientes de prática

favoráveis. Estas dimensões, reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros e pela evidência internacional, contribuem para cuidados mais seguros, redução do stress ocupacional e promoção do bem-estar dos profissionais.

Palavras-chave: Perceção; Carga de Trabalho; Enfermeiros; Serviços de Emergência Hospitalar; Portugal.

ABSTRACT

This clinical teaching report, developed within the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Condition, demonstrates the development of both general and specialist competencies, as well as the critical-reflective analytical capacity acquired across different practice settings. The report is organized into two parts: the first addresses the training pathway and the enhancement of clinical competencies; the second presents a research study on nurses' perception of individual workload in the emergency department of a Local Health Unit (ULS) in Northern Portugal.

The practical component, completed in intermediate care, polyvalent intensive care, and the emergency department, enabled the consolidation of advanced competencies in the care of critically ill patients. Key competencies include the management of care in clinical instability, decision-making in complex scenarios, team leadership, and ensuring the safety and quality of care. These competencies are essential for reducing the perception of work overload and promoting safer working environments, which directly influence professional satisfaction and staff retention.

The research aimed to analyse nurses' perception of individual workload and identify associated sociodemographic and professional factors. It was a descriptive, correlational, cross-sectional, and quantitative study conducted with 85 nurses from a total population of 94, using a structured questionnaire administered in November 2024. The sample was predominantly female (72.9%), a proportion similar to national data reported by the Portuguese Nurses' Association.

The findings revealed a moderately positive perception of workload (73.73 on a 105-point scale), indicating room for improvement given the risks associated with overload, such as reduced quality of care, increased stress, and lower intention to remain in the service. Variables such as years of experience, work schedule, family responsibilities, and professional status were found to significantly influence this perception. These results align with international literature, which links resilience, organizational support, and adequate staffing to higher levels of professional satisfaction.

The critical reflection conducted after the study highlights the crucial role of nursing leadership, appropriate human resource allocation, and the creation of supportive practice environments. These dimensions—acknowledged by the Portuguese Nurses' Association and supported by international evidence—contribute to safer care delivery, reduced occupational

stress, and enhanced well-being among nursing professionals.

Keywords: Perception; Workload; Nurses; Hospital Emergency Services; Portugal.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES- Agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BIS- Índice Bispectral

BO- Bloco Operatório

BPS- Behavioral Pain Scale

CA- Conselho de Administração

CE- Comissão de Ética

CPC- Contexto de prática clínica

CRAMP- Circulação, Respiração, Abdome, Motor ou Movimento e Psiquismo ou Palavra

DC- Débito Cardíaco

DGS- Direção Geral de Saúde

DS- Direção do Serviço de Urgência

DUEMIA- Departamento de Urgência Emergência Medicina Intensiva e Anestesiologia

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EE- Enfermeiro Especialista

EMCAPSC- Enfermagem Médico Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica

ENF- Enfermeiro

EPI- Equipamento de proteção individual

ER- Enfermeiro de Reabilitação

ESC- Enfermeiro Saúde Comunitária

IACS- Infecção associada aos cuidados de saúde

IBM- International Business Machines

INE- Instituto Nacional de Estatística

IRD- Instrumento de Recolha de Dados

ISBAR- Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations

KPC- Klebsiella Pneumoniae produtora de Carbapenemase

MEMCAPSC- Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica

MN- Média Nomalizada

MO- Média Observada

MRSA- Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

NEWS- National Early Warning Score

OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PA- Pressão Arterial
PAVM- Pneumonia associada à ventilação mecânica
PIC- Pressão intracraniana
PICCO- Pulse Contour Cardiac Output
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
RASS- Richmond Agitation Sedation Scale
SATART- Simple Triage And Rapid Treatment
SAV- Suporte avançado de vida
SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SPSS- Statistical Package for the Social Science
SU- Serviço de urgência
SUMC- Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
TAC- Tomografia Axial Computorizada
TCE- Traumatismo crânio encefálico
TOT- Tubo Oro traqueal
TSFR- Técnica de substituição função renal
UCIP- Unidade Cuidados Intensivos Polivalente
UIP- Unidade Intermédia Polivalente
ULS- Unidade de Local Saúde
ULSNP- Unidade de Local Saúde do Norte de Portugal
UTI- Unidade de Terapia Intensiva
VMER- Viatura Médica de Emergência Rápida
VMI- Ventilação Mecânica Invasiva
VV- Via Verde

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	18
1- CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	19
1.1- Estágio de Opção I.....	19
1.2- Estágio Serviço de Urgência.....	21
1.3- Estágio Serviço de Medicina Intensiva.....	25
2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO.....	28
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	31
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	33
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	35
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	37
2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	39
2.2.1-Cuida da pessoa, família/cuidador a vivência complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	39
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da concepção à ação	42
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controle da infecção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	44
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	48
1. PERCEPÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA	49
1.1 Highlights.....	49
1.2 Resumo	49
2. INTRODUÇÃO	50
2.1. Método.....	51
3. RESULTADOS.....	53
4. DISCUSSÃO.....	59
5. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
6. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

ANEXOS	72
ANEXO I – Individual Workload Perception Scale – Revised	73
ANEXO II – Autorização para uso da Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho	77
ANEXO III_ Autorização da comissão de ética para aplicação do questionário numa ULS do Norte de Portugal	79
ANEXO IV_ Mail de confirmação da submissão do Artigo de Investigação, “Percepção da carga de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica”	80
ANEXO IV_ Confirmação da submissão do Artigo de Investigação, “Percepção da carga de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica”	81
APÊNDICES.....	82
APÊNDICE I – Questionário.....	83
APÊNDICE II- Terapia Pressão Negativa.....	89
APÊNDICE III- Trauma Crânio Encefálico	132
APÊNDICE IV - Desmame ventilatório no doente traqueostomizado.....	152

.....

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Teoria das Transições de Meleis

Fonte: Meleis et al. (2010, p.56)30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.....	54
<i>Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (n = 85). Região do Norte, Portugal, 2025</i>	<i>54</i>
Tabela 2.....	56
<i>Estatística descritiva do score global da escala IWPS-R e respetivas dimensões (n = 85). Região do Norte, Portugal, 2025</i>	<i>56</i>
Tabela 3.....	58
<i>Associação entre o score global da escala IWPS-R e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Região do Norte, Portugal, 2025</i>	<i>58</i>

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio Profissional é apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A consolidação dos conhecimentos e o desenvolvimento das competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica teve como base o conhecimento e aprendizagem em estágios clínicos, mecanismos ideais, para aprimorar e consolidar as duas vertentes.

Neste contexto, Polo et al. (2024) referem que, “quando os estudantes são responsabilizados pelas ações desenvolvidas em estágio, isto permite que se sintam integrados no processo de aprendizagem, na procura do conhecimento científico para o desenvolvimento das suas ações”, reforçando a importância da autonomia e da responsabilidade no percurso formativo dos futuros profissionais.

Complementando esta perspetiva, Néné et al. (2022) salientam que “o pilar de qualquer disciplina com conhecimento científico é a investigação, e este depende da partilha do mesmo”, evidenciando a relevância da investigação científica como base para a evolução e afirmação da prática de enfermagem.

A investigação produz conhecimento, proporcionando o reconhecimento da ciência de enfermagem no contexto da comunidade científica. Nesse contexto surge este trabalho que engloba o relatório de estágio e o trabalho de investigação. O estágio é fundamentado nos conceitos da ciência de enfermagem, abrangendo a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem. A problemática da perceção da carga de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico e das suas consequências, mais especificamente dos enfermeiros do serviço de urgência, é o foco do estudo que se pretende desenvolver.

O trabalho de investigação foi realizado numa Unidade SU (Serviço de Urgência) na região norte de Portugal e o estágio nos três serviços do SMI (UIP, UCIP e SU), entre o final de 2024 e o início de 2025. Os objetivos do Estágio e Relatório incluem a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do mestrado, com o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo para adquirir competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, a identificação de dilemas na prestação de cuidados, a busca de soluções para alcançar cuidados de enfermagem

de excelência e, por fim, o cumprimento de um dos critérios de avaliação do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica.

A constituição deste trabalho académico encontra-se dividida em duas partes. A primeira corresponde a uma observação crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica, descrevendo a experiência nos campos de estágio, como se aprofundaram as competências comuns do enfermeiro especialista esplanadas no regulamento n.º 140/2019, e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, descritas no regulamento 429/2018, no Diário da República Portuguesa. O segundo capítulo integra o trabalho de investigação focando uma problemática profissional de enfermagem que cuida da pessoa em situação crítica. Neste capítulo estão descritos todos os procedimentos relativamente ao trabalho de investigação.

Neste contexto, é pertinente referir que fatores organizacionais podem interferir significativamente na prática profissional dos enfermeiros.

De acordo com Trindade et al. (2021), a sobrecarga de trabalho resultante do volume de trabalho, tem impacto na saúde dos enfermeiros, tal como o tempo para execução das tarefas, estão diretamente ligadas à perceção da carga de trabalho dos enfermeiros, com possibilidade de danos na saúde dos mesmos.

O SU é um ambiente de trabalho altamente dinâmico, onde a carga de trabalho varia na sua intensidade ao longo de um turno de trabalho. A perceção da carga de trabalho pelo profissional de enfermagem pode variar, por diversos fatores, com possibilidade de afetar a resposta do profissional à solicitação de cuidados.

Nesse sentido, Wei et al. (2018) destacam que, para a gestão em saúde, a procura pela alta qualidade dos cuidados de enfermagem e pelos níveis de satisfação profissional dos enfermeiros, bem como as condições de trabalho onde ocorre o trabalho de enfermagem, são cada vez mais uma preocupação de investigação.

Adicionalmente, Trindade et al. (2021) apontam que o excesso de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros nos hospitais deve ser investigado em todo o seu processo multifatorial, a fim de serem encontradas soluções para a sua normalização.

Por outro lado, segundo Cabrita et al. (2022), a forma como a carga de trabalho em enfermagem tem sido investigada até à atualidade resume-se a horas de cuidados, dependência do doente e número de intervenções de enfermagem. Contudo, esses métodos não identificam a experiência ou as competências dos enfermeiros, o que impede uma gestão eficaz e a determinação precisa dos recursos realmente necessários.

Então, a temática que se pretende investigar: Qual a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica de uma ULS do norte de Portugal sobre a carga individual de trabalho e sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais?

Objetivo geral para esta investigação:

- Avaliar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica de uma ULS do norte de Portugal sobre a carga individual de trabalho

Objetivos específicos para esta investigação:

- Identificar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra;
- Identificar a percepção da carga individual de trabalho (total e por dimensão) dos enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica de uma ULS do norte de Portugal;
- Explorar a relação entre a percepção da carga de trabalho dos enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica de uma ULS do norte de Portugal e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Estes objetivos são essenciais para compreender não apenas a percepção individual da carga de trabalho dos enfermeiros do serviço de urgência de uma ULS da Região Norte de Portugal, mas também os fatores que a correlacionam, bem como as possíveis soluções para mitigar problemas relacionados ao excesso de carga de trabalho. Ao identificar e analisar esses aspetos a pesquisa poderá fornecer valores para introspeção e, desta forma, melhorar as condições de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de urgência desta ULS na Região Norte de Portugal.

Por fim surge a conclusão do Estágio e Relatório e as referências bibliográficas. Este relatório seguiu as normas de formatação de trabalhos científicos da Escola Superior de Saúde de Bragança e as referências bibliográficas estão de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição, de 2020.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM**

1- CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

1.1- Estágio de Opção I

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Opção I (opção Estágio Monovalente I) do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança, escreve-se o presente relatório crítico de atividades que visa uma reflexão/avaliação dos objetivos de estágio e do desempenho clínico com efeito no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

O ensino clínico Unidade Curricular Estágio Opção I decorreu de 6 de maio de 2024 a 22 de julho de 2024, no Serviço de Unidade Intermédia Polivalente (UIP), da Unidade de Saúde Local da Região Norte de Portugal. O Serviço de Medicina Intensiva, resultou da proposta da Senhora Diretora Clínica integrando, num único departamento, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a UIP, sendo esta parte deste relatório referente a esta última unidade. A UIP integra o SMI que pertence ao Departamento de Urgência e Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia (DUEMIA), com importância estratégica na prestação de cuidados de elevada qualidade ao utente em estado crítico.

Segundo o Ministério da Saúde (2019), as Unidades de Cuidados Intermédios são áreas de prestação de cuidados em saúde dedicadas a doentes que necessitam de vigilância contínua e intervenções terapêuticas especializadas, assegurando a estabilidade clínica e a recuperação, que apesar de não se encontrarem em estado crítico têm a exigência de Unidades de Terapia Intensiva.

A UIP da ULS do Norte de Portugal onde decorreu a aprendizagem clínica tem capacidade para nove camas de internamento, sendo que uma poderá ser usada como isolamento com sistema de pressão negativa. Todas as unidades estão equipadas com sistema de monitorização intensiva e suporte vital. Atualmente na ULS, como praticamente em todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS), dada a expansão das Unidades Locais de Saúde (ULS) por todo o país, como forma de organizar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), usa este modelo organizacional para simplificar o acesso dos utentes ao sistema de saúde ao unificar sob uma gestão única os centros hospitalares, agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados numa região específica. As ULS têm por objetivo atender às necessidades dos cidadãos, com foco na proximidade, na eficácia dos recursos e na

continuidade e integração dos cuidados, com o intuito de alcançar a prevenção, atendimento assistencial, tratamento, prestação de cuidados, bem como a recuperação e reabilitação de forma mais eficiente.

A UIP, como na maioria dos serviços em Portugal, está estruturada de forma vertical, seguindo os princípios da Escola Científica e Clássica de Administração. No entanto, face à nova cultura de gestão, a participação de toda a equipa de enfermagem no processo organizacional é estimulada de forma a garantir o envolvimento nos projetos de melhoria contínua e assim garantir a elevação da qualidade na prestação de cuidados, com a intenção de implementar uma cultura de responsabilização entre toda a equipa. Esta equipa de enfermagem é constituída por 22 enfermeiros, com a seguinte distribuição: 1 Enfermeiro(a) Gestor(a); 4 Enfermeiros(as) Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC); 1 Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação (ER); 7 Enfermeiros(as) Especializados(as) em EMC; 3 Enfermeiros(as) Especializados(as) em Enfermagem Saúde Comunitária (ESC); 1 Enfermeiro(a) Especializados(as) em Enfermagem Reabilitação (ER); 1 Enfermeiro(a) Especializados(as) em Enfermagem Materna e Obstétrica; 4 Enfermeiros(as) de Cuidados Gerais. A equipa de enfermagem, está organizada segundo um modelo integrativo de gestão, com valorização das qualificações e competências individuais, obedecendo a critérios de hierarquias e responsabilidades. O método de trabalho praticado no serviço é o método individual de trabalho, direcionado à resposta às necessidades da pessoa/família, com uso de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem estimuladoras da qualidade.

O horário da equipa de enfermagem da UIP é realizado pelo(a) Enf Gestor(a), seguindo orientações para elaboração da escala de trabalho do Conselho de Administração e com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, sob a recomendação dos rácios enfermeiro/cliente de acordo com a tipologia da unidade. Os cuidados de excelência da UIP são garantidos tendo por base o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 743/2019) e da circular normativa da ACSS (Circular Normativa nº 1 /2006).

A UIP tem por base para o cálculo das dotações seguras em enfermagem o regulamento da norma publicada pela Ordem dos Enfermeiros, sendo designada como unidade de grau II, ou seja: segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), as unidades intermédias polivalentes são serviços onde é possível a monitorização invasiva e todo o suporte para manutenção das funções vitais, e que, devido à sua diferenciação, de forma ocasional algumas especialidades ou mesmo meios diagnósticos podem não ser assegurados, como é o caso de neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, entre outros. Nestes serviços, quando não dispõem destas

especialidades, existe uma articulação com unidades de nível superior de forma a superar estas necessidades.

A Ordem dos Enfermeiros recomenda que as equipas de enfermagem na sua constituição possuam a dotação adequada de enfermeiros de acordo com as exigências do serviço, que no caso da UIP, preconiza um enfermeiro para três utentes. A Ordem dos Enfermeiros preconiza ainda que 50% dos enfermeiros que compõem a equipa devem ser enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), com preferência na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas e assegurando na constituição de cada turno; devem integrar também a equipa enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER) de modo a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada oito doentes, diariamente.

A proveniência dos doentes internados neste serviço acontece de diferentes especialidades e serviços. Os doentes podem ser transferidos do bloco operatório, da sala de emergência do serviço de urgência (SU), da UCIP, dos serviços de internamento ou mesmo de outras unidades de saúde, desde que pela sua gravidade ou instabilidade beneficiem de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. O complemento deste serviço com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação garante celeridade no processo de reabilitação dos doentes, garantindo uma continuidade de cuidados que visa o seu retorno à comunidade rapidamente.

1.2- Estágio Serviço de Urgência

A ULS, foi inaugurada a 27 de outubro de 2001, em conjunto com a outra Unidade Hospitalar da Região Norte de Portugal, fazendo parte integrante da ULS. A área de influência tem uma densidade populacional que ultrapassa o meio milhão de habitantes, abrangendo uma região do Norte de Portugal.

O SU encontra-se situado no piso 4 deste hospital, num espaço próprio, contíguo à unidade intermédia polivalente (UIP), ao serviço de radiologia, unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e bloco operatório. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014) e o seu regulamento de referenciação hospitalar de urgência e emergência de doentes, o serviço de urgência tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes a todos os doentes que delas possam necessitar, quer seja através de um serviço multidisciplinar ou

multiprofissional. No ano de 2024, segundo dados fornecidos pela instituição, o SU Geral desta Unidade de Local de Saúde do Norte de Portugal, admitiu 130.000 doentes, a quem foram prestados cuidados diferenciados de primeiro nível de assistência, em situações de urgência/emergência. Em média diária são admitidos neste SU cerca de 350 doentes. É designado como um serviço de urgência médico cirúrgico nível II, composto por uma equipa de enfermagem constituída por 94 enfermeiros e maioritariamente do sexo feminino (60 elementos). A variação de idades, situa-se entre os 23 e os 61 anos, sendo a média de 35 anos.

A equipa de enfermagem configura-se com 9 enfermeiros que integram a carreira de enfermeiro especialista e os restantes 85 integram a carreira de enfermeiro, dos quais 27 são especializados em enfermagem médico-cirúrgica reconhecido pela OE, seguida da especialidade em enfermagem de saúde comunitária com 2 enfermeiros, enfermagem de reabilitação com 2 elementos e 1 especialista em saúde infantil e pediatria.

Vários elementos da equipa desenvolvem competências profissionais e académicas diferenciadas. Seguindo as recomendações da OE que preconiza que este CPC deverá contemplar 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, percentagem que idealmente se encontra aquém de ser atingido o número ideal de enfermeiros especialistas. Importa dizer que é uma equipa em constante formação, porque atualmente 30 enfermeiros frequentam o ensino superior para a obtenção de grau académico de Mestre e o título de especialista, 17 enfermeiros desta equipa colaboraram na docência ou são auxiliares de ensino nesta área. A equipa do SU contempla ainda, assistentes operacionais, administrativos, 2 técnico de cardiopneumologia e médicos de diferentes especialidades. As especialidades que integram o SU são: Clínica Geral, Medicina Interna, Cirurgia (com Bloco Operatório em permanência), Ortopedia, Anestesia, Cardiologia, Patologistas e Analistas clínicos (Imuno-Hemoterapia), Médicos Radiologistas (Imagiologia com raio-x, ecografia simples e TAC), cirurgia vascular, otorrinolaringologia, gastroenterologia e oftalmologia. O SUMC tem também uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), sediada na ULS.

A priorização de atendimento clínico é estipulada pela Triagem de Manchester dos doentes. A triagem de doentes neste serviço é realizada em dois postos funcionantes simultaneamente entre as 8 horas e as 20 horas. No período noturno, entre as 00 horas e as 08 horas, devido a menor afluência ao SU a triagem fica assegurada por um elemento de enfermagem de preferência com a especialidade de enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação crítica. O encaminhamento do utente é assim decidido pela triagem de prioridades. A priorização de atendimento é indicada pela atribuição de cores, que de forma crescente indicam

a necessidade de rapidez de atendimento: azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho, identificado em pulseira da mesma cor a prioridade de atendimento, bem como a área de atendimento sem esquecer a identificação completa do doente com etiqueta com todos os dados necessários na identificação de doentes, segundo a norma institucional para a identificação de doentes.

Em 2014 pelo despacho n.º 10319/2014 emitido pelo Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e publicado no diário da República Portuguesa, foram definidas as Redes de Referência genérica e Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes (VV) e para competências ou procedimentos específicos, que tem em consideração quatro Vias Verdes (VV), competências ou procedimentos específicos, clarificando os circuitos de doentes, com definição de Serviços de atendimento, número e localização adequados à população, demografia e rede viária de forma a garantir acesso em menos de 60 minutos a um Ponto da Rede de Urgência, para todo e qualquer local do território português, privilegiando o encaminhamento rápido de doentes graves ou específicos para o local capaz do seu tratamento definitivo.

Na ULS, no SU as vias verdes são ativadas inicialmente na triagem e/ou nos doentes que agravam e necessitam de retriagem para via verde, após triagem inicial. Neste SU encontram-se ativas apenas as vias verdes Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), havendo projeto para a implementação das Vias verdes Sepsis e Trauma. O sistema informático para todos os registos é o Sclinico® o sistema integra os registos de todos os profissionais de saúde intervenientes no processo de atendimento da pessoa, nomeadamente, enfermeiros, médicos e técnicos. As compilações de dados dos utentes ficam assim com possibilidade de consulta rápida, ou posterior, por todos os intervenientes, mediante o uso das suas credenciais que identificam o consultor e permitem a proteção de dados do utente. Trata-se de uma ferramenta que é utilizada em quase todos os serviços do hospital (exceto BO, UCIP e UIP) o que facilita a consulta e manuseio de dados.

Para além da zona de triagem, o serviço é organizado por duas grandes áreas: a área médica, composta pelas especialidades de medicina interna e clínica geral e a área cirúrgica, e esta última compreende as especialidades de cirurgia e ortopedia. Relativamente à área médica, esta está subdividida, tendo em consideração a respetiva prioridade, concedida aos utentes no momento de triagem: salas azul/verde, área 1, área 2 e área 3. Na área 1 são alocados os doentes com prioridade laranja e prioridade vermelha, estes últimos vindos da sala de emergência ou prioridade branca para medicina interna, que contempla doentes em maca, cadeira de rodas ou independentes. Na área 2 são alocados os doentes com prioridade urgente ou não urgente

(amarelos e verdes) em maca. Na área 3 são alocados os doentes com prioridade correspondente á cor amarela em cadeira de rodas ou independentes. Esta urgência tem ainda, duas salas de pequena cirurgia, uma sala de emergência com capacidade para três doentes críticos em simultâneo e uma sala de trauma, que permite a abordagem de duas vítimas de trauma independentemente.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a interface entre a emergência hospitalar e a urgência hospitalar é a sala de emergência, sendo aí realizada a abordagem doente crítico.

A sala de emergência da ULS possui três unidades, devidamente organizadas com os materiais e máquinas necessárias, podendo assim prestar cuidados a três doentes críticos em simultâneo, equipada com todo o material necessário para a sua avaliação e estabilização nomeadamente também para a realização de Suporte Avançado de Vida (SAV).

A sala de trauma do serviço de urgência da ULS é constituída por duas unidades podendo ser utilizadas em simultâneo, com necessidade de adaptação da equipa de enfermagem, visto estar apenas distribuído um enfermeiro para essa sala. Esse enfermeiro para além de assumir a sala de trauma, tem também a responsabilidade de apoio nas salas pequenas cirurgias, salas de ortopedia, macas cirúrgicas e coordenação de toda a área cirúrgica. O local privilegiado para assistência a pessoas vítimas de trauma, mas que não necessitam de cuidados emergentes, pois nesses casos são encaminhados para a sala de emergência.

O SU possui idoneidade formativa que é certificada pela ordem dos enfermeiros desde agosto de 2021, certificação que para além dos projetos de melhoria continua da candidatura mantem em desenvolvimento projetos no âmbito qualidade dos cuidados prestados e segurança na prestação para o utente generalistas e especializados apresentados, tais como: na área da segurança do doente (desenvolvimento e aplicação da escala de NEWS que aguarda apreciação e aplicação pela administração), adotou o modelo ISBAR em toda a ULS para a transmissão da informação clínica do doente pelas equipas de enfermagem.

A norma nº 001/2017 da Direção Geral da Saúde (DGS), prevê que a técnica ISBAR deve ser utilizada por todos os prestadores de cuidados, seja qual for o nível de cuidados. Esta técnica é uma mnemónica que pretende, memorizar e organizar toda a informação que deve ser transmitida entre equipas prestadoras de cuidados, de uma forma simplificada e com a qual todos os enfermeiros transmitam a informação com a mesma “espinha dorsal.

Segundo a Direção-Geral da Saúde, (2017, p.1) “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.”

Em 2012, em Inglaterra, o *Royal College of Physicians* , por necessidade de deteção

precoce do agravamento clínico dos doentes criou uma escala com base na avaliação dos sinais vitais, designada *National Early Warning Score* (NEWS), já usado em todo o país inglês e vários outros na Europa. Segundo Oliveira et al. (2022), os sistemas de detioração clínica precoce, permitem registo de parâmetros vitais sistematizados cíclicos e a partir desses registos é possível operacionalizar a identificação precoce de possíveis diagnósticos e antecipação de tratamento de acordo com a situação clínica do doente.

O serviço PPCIRA, neste SU tem elo de ligação em comunicação direta com o a comissão PPCIRA, que faz formação do serviço e auditorias no âmbito do controle e prevenção de infeção, sendo os resultados publicados nos instrumentos de comunicação internos da ULS, permitindo assim a análise e com sugestões de melhoria, no alinhamento com o plano nacional de prevenção e controle de infeções.

O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, projeto piloto que foi lançado em maio de 2023 no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPVVC), agora ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, apresenta um sistema de orientação para situações de doença aguda que permite o encaminhamento com maior eficiência e acessibilidade para todos os utentes aos cuidados de saúde. A orientação é realizada a partir da linha SNS 24 que em conformidade da gravidade orienta para autocuidados, para o Centro de Saúde ou para o Serviço de Urgência os utentes. O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” permite a diminuição da afluência desnecessária aos Serviços de Urgência, aumentando a disponibilidade para as urgências reais, reduzindo o tempo de espera nos serviços de urgência.

Os resultados obtidos pelo projeto piloto foram muito satisfatórios pelo que este projeto também foi alargado a esta ULS, a partir de outubro de 2024.

1.3- Estágio Serviço de Medicina Intensiva

A UCIP, onde realizei este estágio, presta serviços à população da área geográfica no norte de Portugal, abrangendo um total de cerca de meio milhão de habitantes. A constituição do SMI engloba a UCIP (nível III) e a Unidade Intermédia Polivalente (UIP, nível II), embora localização seja no mesmo piso, o espaço físico que as separa é considerável atendendo à necessidade de proximidade física. A unidade UIP localizada no quarto piso da ULS, confinante ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, UIP, Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia. O serviço dispõe atualmente de dez camas, das quais, três ficam em quartos de isolamento para patologias do foro respiratório se assim forem necessárias.

Segundo a DGS (2019), os doentes em estado crítico, são cuidados nas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes, quer o seu estado crítico seja por doenças cardíacas, respiratórias, neurológicas ou outras situações graves. A principal característica destas unidades é facto de serem polivalentes na prestação de cuidados especializados e variados, tal só é possível porque possuem equipas multidisciplinares de médicos intensivistas, enfermeiros especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas, etc... e possuem equipamentos avançados para monitorização contínua e tratamento de doenças graves.

No ano de 2024 a UCIP admitiu 801 pessoas, traduzindo-se numa taxa de ocupação de 61,17%. A proveniência dos doentes para esta unidade são o bloco operatório, sala de emergência e serviços de internamento, e no ambiente extra-hospitalar serve como apoio à Rede de Cuidados de Saúde, podendo receber a transferência de outras ULS ou Hospitais Privados. Os doentes do foro cirúrgico internados nesta unidade necessitam de recobro mais prolongado pós ato cirúrgico, ou instabilidade hemodinâmica, patologias respiratórias e cardíacas, síndromes cardio-renais para iniciar TSR (Técnicas de Substituição Renal), trauma e ortopedia, excluindo patologias do foro neurológico que necessitem de cuidados de neurocirurgia.

A UCIP é um serviço com múltiplos equipamentos tecnológicos, para monitorização hemodinâmica invasiva, suportes orgânicos e cuidados de conforto à pessoa em situação crítica. O principal objetivo da missão da UCIP é garantir tratamentos de excelência a todas as pessoas em situação crítica. Para cumprir o seu propósito a UCIP dispõe do B-Simple-Health Care Solutions Lda - um sistema informático para registos médicos e enfermagem, prescrição e atitudes terapêuticas -, e possui também um dispositivo de fornecimento automatizado de medicamentos, o Pyxis®. As unidades/camas individualizadas possuem todos os equipamentos necessários para suporte orgânico e monitorização invasiva, tendo equipamentos e material individualizado para prestação de cuidados a todas as pessoas internadas em situação crítica, possibilitando a prevenção das infeções associadas a cuidados de saúde (IACS).

A equipa da UCIP é constituída por 31 enfermeiros, dos quais uma enfermeira gestora, 6 enfermeiros especialistas Médico-Cirúrgica de carreira, 5 enfermeiros especializados em Médico-Cirúrgica, e um especializado em Enfermagem de Reabilitação. Os restantes enfermeiros 12 enfermeiros são especializados, 11 em médico cirúrgica e um em reabilitação os restantes enfermeiros possuem diversas formações na área da Medicina Intensiva sendo considerados peritos na área. Sendo a UCIP uma unidade de nível III, o rácio enfermeiro/doente é de 1:2. Por turno são sempre 5 enfermeiros, um dos quais é o enfermeiro especialista que desempenha funções de chefe de equipa e responsável de turno.

O estágio clínico decorreu no período de 25 de novembro de 2024 até ao dia 14 de fevereiro de 2025, comportando no total 284 horas. A supervisão do estágio foi da responsabilidade do Professor Carlos Magalhães da Escola Superior de Saúde de Bragança e a orientação foi de dois Enfermeiros Especialistas da UCIP.

2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Segundo Macedo et al. (2024), “os enfermeiros desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde, é essencial que sejam valorizados e motivados a progredirem na carreira, assegurando assim um atendimento de qualidade” (p. 1). A prestação de cuidados de enfermagem exige técnica e também humanização dos cuidados prestados. Contudo, como referem os mesmos autores, “eles enfrentam obstáculos significativos, como a sobrecarga de trabalho, que se manifestam em longas jornadas, escassez de pessoal qualificado, situações de alta pressão e estresse contínuo, afetando a sua saúde física e mental” (p. 1).

Dessa forma, os padrões de qualidade em enfermagem podem ser comprometidos pela sobrecarga de trabalho. A percepção da carga de trabalho pode ser um fator crítico para a manutenção desses padrões, uma vez que está associada diretamente às decisões clínicas, a organização do cuidado e o bem-estar profissional.

Os padrões de qualidade em enfermagem estão fundamentados em 3 dimensões essenciais: estrutura, processo e resultado.

No que se refere à estrutura, exige recursos adequados (número de profissionais, estruturas físicas, bem como materiais), para objetivar cuidados de enfermagem seguros e eficazes. A dimensão processos, está relacionada com o uso de fluxogramas padronizados para a assistência, comunicação eficaz, documentação organizada e cumprimento de normas e técnicas. Os resultados, são medidos pelos indicadores, como por exemplo as taxas de infeções, quedas, lesões, úlceras de pressão, e satisfação do doente.

De uma forma geral, os indicadores de estrutura, processo e resultado, o ambiente da prática e suporte à equipa, a carga de trabalho e impactos na qualidade e as ferramentas de avaliação da carga de trabalho, são os indicadores dos padrões de qualidade de enfermagem.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, publicado em Diário da República com o nº 123/2015, tem por objetivo a facilitar a aplicação e utilização, sendo que os mesmos servem de orientação para a prática especializada do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. O mesmo regulamento, identifica sete categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-

estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e prevenção e o controle da infecção associada aos cuidados.

Os padrões de qualidade de enfermagem foram essenciais, para este estágio, no sentido de desenvolvimento das minhas capacidades enquanto futuro enfermeiro especialista, foram como a bússola da procura da prestação de cuidados de excelência e qualidade especializada à pessoa e família em situação crítica. Desta forma foi possível em estágio observar como ambientes com elevados desafios relacionados à equipe, com recursos nem sempre adequados e elevadas cargas de trabalho têm efeito direto na execução de protocolos e prestação de cuidados, na organização das rotinas e no uso de instrumentos de controle da qualidade — permitiu perceber a relevância da percepção da carga de trabalho e sua interferência nos padrões de qualidade.

TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Segundo Morley et al. (2017), a colaboração no trabalho em equipa pode ser condicionada pelo espaço físico, disposições temporais, horário, atividades organizadas e pelas formas de comunicação. De acordo com Kroning et al. (2020), a redução de conflitos profissionais e o desenvolvimento bem-sucedido de soluções estão diretamente relacionados com a comunicação entre os profissionais e com o assumir dos papéis de cada elemento dentro da equipa, tendo em vista o objetivo comum.

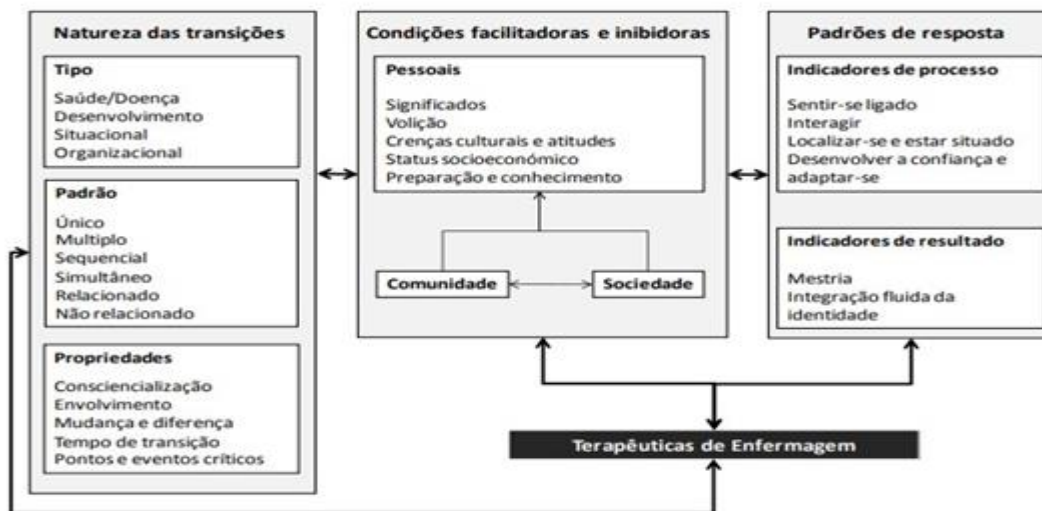
Ao considerar as condições externas do contexto de trabalho e também os processos internos e subjetivos vivenciados pelos profissionais perante as necessidades de transformações do seu ambiente de trabalho para uma melhor adaptação, de doentes, família e os próprios profissionais a Teoria de Transições de Afaf Meleis revela particular pertinência.

O desenvolvimento da Teoria das Transições foi iniciado em meados da década de 1960, quando a enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis frequentava o doutoramento na Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA). Afaf Meleis, desenvolveu uma investigação sobre o planeamento familiar e os processos envolvidos como se tornar mãe/pai e o domínio dos papéis parentais.

No ano de 1985, Meiles em conjunto com a enfermeira Norma Chick, da Universidade de Massey – Nova Zelândia, define a transição como um conceito para a enfermagem. Para a autora, o conceito de transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável

para outro estado estável com requisição na(s) pessoa(s), da inclusão de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do próprio. A Teoria das Transições de Afaf Meleis permite um enquadramento teórico forte para a compreensão dos processos de mudança vivenciados por indivíduos, grupos e comunidades ao longo do tempo.

Figura 1
Teoria das Transições de Meleis



Fonte: Meleis et al. (2010, p.56)

Segundo a Teoria das Transições (Meleis, et al. 2010), a natureza das Transições, pode ser de diferentes tipos (desenvolvimentais, situacionais, organizacionais ou relacionadas com a saúde/doença), exibindo propriedades específicas como a consciencialização, o envolvimento, o tempo e os momentos críticos. A influência das condicionantes podem atuar como facilitadores ou inibidores, classificando os fatores pessoais (como significados atribuídos, atitudes, preparação e estado de saúde) e contextuais (comunidade e sociedade). As respostas às transições são investigadas por meio de padrões de resposta, onde são incluídos os indicadores de processo (como sensação de bem-estar, ligação, e participação ativa na mudança) e indicadores de resultado, como o alcance de uma identidade reformulada e bem-estar percebido.

Neste sentido, a importância do papel desempenhado nas intervenções terapêuticas de enfermagem na promoção de uma transição saudável, com a orientação dos indivíduos para a adaptação positiva, com a minimização dos fatores inibidores e fortalecimento do processo de mudança, torna-se na maior fundamentação desta teoria.

A interligação da percepção da carga de trabalho e os processos de transição profissional, tem a pretensão de contribuir para o conhecimento aprofundado das dinâmicas que podem afetar o bem-estar dos enfermeiros, bem como a permissão de fornecimento de orientações úteis para os gestores de saúde, no sentido que possibilitará a produção de ambientes de trabalho sustentáveis humanizados e com a sensibilidade das transições vividas pelos profissionais.

Durante o desenvolvimento das minhas competências enquanto futuro enfermeiro especialista médico cirurgia na área à pessoa em situação crítica, os padrões de qualidade de enfermagem e a teoria das transições de Meiles, forma essenciais no norteamento do meu cuidar.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são descritas de forma sistematizada pela Ordem dos Enfermeiros (2010), que enfatiza a importância da realização, gestão e supervisão de cuidados em diferentes domínios. Conforme referido:

Ao enfermeiro especialista é espectável uma elevada capacidade de realização, gestão e supervisão de cuidados em 4 domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (p. 3)

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio, inserem-se as seguintes competências:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

De acordo com o Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica devem caracterizar-se pela elevada qualidade, desenvolvendo-se de forma contínua, com resposta imediata às funções vitais necessárias, com o objetivo de prevenir complicações e preservar a capacidade de recuperação.

Além disso, Pereira (2024) salienta que a autonomia da enfermagem, tanto a nível técnico como científico, bem como o respeito pela vida humana e pela autonomia da pessoa, constituem valores fundamentais que sustentam a deontologia profissional dos enfermeiros.

No mesmo sentido, Correia (2021) reforça a importância da dimensão humana no cuidado, afirmando que:

A pessoa é um ser único, com valores, crenças, e desejos próprios, sendo influenciada pelo ambiente onde vive e se desenvolve. O cuidado de enfermagem visa o alcance de uma relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa cuidada e/ou sua família. (p. 22)

Enquanto futuro enfermeiro especialista, nos estágios desenvolvi as minhas capacidades científicas e humanas respeitando a relação privilegiada entre o utente e sua família/responsável legal, fomentando a criação de ambientes tranquilizadores onde os valores como o respeito, privacidade, autonomia e dignidade estiveram sempre presentes. A presença e o envolvimento da família nos cuidados, com objetivo de reduzir os medos, a ansiedade e manter a família coesa, e com maior determinação quanto à alta e à receptividade aos ensinamentos para continuidade de cuidados, foi sempre um dos meus objetivos enquanto estagiário da especialidade de enfermagem médico cirúrgica na área à pessoa em situação crítica. A consideração dos valores éticos e deontológicos estiveram sempre presentes nas decisões da equipa, assim também tive sempre em consideração a responsabilidade na tomada de decisão do doente/família também é da responsabilidade do enfermeiro que cuida, bem como o acompanhamento e apoio à família. Durante a realização da formação em estágio percecionei sempre uma preocupação com a presença, esclarecimento e acompanhamento da família, tal como esclarecimento de todas as situações que por algum motivo não estivessem bem elucidadas pelo doente e/ou família e, assim, pudessem interferir na sua tomada de decisão.

No entanto a UIP, é um serviço que não possui uma sala adequada e equipada para a transmissão de más notícias, carece de falta de espaço físico para sua implementação, o que representa uma falta de espaço físico para sua implementação, o que representa uma necessidade física do serviço. A UIP está vinculada ao departamento de emergência e, devido à proximidade física com o SU, que conta com uma sala apropriada e bem equipada para esse fim, no decorrer do estágio sugeri a possibilidade de utilizá-la para a comunicação de más notícias até que essa

situação possa resolvida.

Segundo Ferreira Malta et al. (2023) os profissionais de saúde que prestam cuidados em serviços de urgência e emergência são, frequentemente, responsáveis pela comunicação de más notícias. Esta é uma tarefa que nem sempre se revela fácil, podendo mesmo afetar o profissional.

Na prática, a comunicação de más notícias deste serviço acontece na antecâmara de entrada no serviço, não sendo a melhor localização nem o local mais acolhedor para o efeito.

Os contextos da prática de estágio revelaram-se locais privilegiados de observação e de aprendizagem, permitindo a aplicação dos conhecimentos, valores e capacidades necessários a uma prática de cuidados de excelência.

Assim, considero ter atingido esta competência na sua globalidade.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio de competência comum do Enfermeiro Especialista, surgem três competências individualizadas:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A linha orientadora do profissional de enfermagem que procura a excelência e qualidade do seu exercício profissional é o código deontológico, inserido no estatuto da OE e publicado como anexo pela Assembleia da República, pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Assim, a melhoria contínua na qualidade de prestação de cuidados foi o objetivo primordial para este estágio profissional. Os protocolos e normas instituídas, que ajudam a direcionar a equipa para o sucesso pleno na prestação de cuidados, bem como as regras instituídas em cada serviço, foram da minha preocupação, conhecimento e execução, com o objetivo de aumentar a eficiência e assertividade, possibilitando uniformização dos cuidados prestados e minimização do erro.

Para tal, na UIP, participei num projeto já iniciado sobre o estudo da contenção física dos doentes em crises de agitação psicomotora, bem como elaborei, em conjunto com outro mestrando, uma formação sobre a aplicação de Terapia de Pressão Negativa em Feridas (Apêndice II), com posterior apresentação à restante equipa de enfermagem do serviço.

Durante os estágios a aquisição de conhecimentos, com incorporação de qualidade e melhoria contínua, bem como a partilha de experiências, foram alvos atingidos na plenitude.

Durante o estágio no SU, em conjunto com outro mestrando, elaborou-se uma formação sobre TCE e prestação de cuidados de enfermagem especializados à vítima, bem como preparação para o transporte desde o pré-hospitalar, intra/inter-hospitalar e helitransporte (Apêndice III), com sessão de formação à restante equipa de enfermagem do serviço. A criação de um ambiente terapêutico seguro, a necessidade de cuidados especializados constantes e presenciais com estabilidade hemodinâmica é uma das áreas de incidência das competências do Enfermeiro Especialista de Médico Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica.

Segundo Neto, et al., (2023) a satisfação por parte do doente em relação aos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, está diretamente ligada à qualidade e boa gestão dos mesmos, com a garantia de ambientes de prestação seguros. Contudo a perspetiva de qualidade varia de pessoa para pessoa, sendo esta a base para os enfermeiros procurarem uma melhoria contínua na prestação de cuidados.

A instituição onde decorreu a prática de ensino clínico, teve como propósito a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, gerindo o risco ao nível do patamar institucional. As notificações de risco são realizadas através de plataforma informática da instituição, acessível a toda a equipa multidisciplinar, sendo uma das ferramentas para que os problemas levantados e identificados pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde possam ser avaliados, melhorados e solucionados de forma a diminuir o risco dos cuidados.

O meu propósito em linha com a instituição, e enquanto futuro enfermeiro especialista, foi a identificação de situações de risco, visando sempre a criação de um ambiente terapêutico seguro, bem como a melhoria contínua da qualidade, permitindo a sua notificação, análise e posterior mudança no sentido da segurança para o doente, família e prestadores de cuidados.

No período de estágio no SU percecionou que o modelo de sugestão de temas para formação em serviço. O modelo utilizado cinge-se a um questionário elaborado na plataforma *google forms*, que é aplicado a toda a equipa, fazendo um registo por parte de cada participante das suas maiores necessidades de formação. Estes dados depois são avaliados e estudados e, perante os resultados, é apresentada uma proposta de formação anual à equipa multidisciplinar.

Ainda que o método atualmente usado seja funcional, apurei junto da equipa de enfermagem que os temas são diversificados não indo muitas vezes, ao encontro das maiores necessidades da equipa. Ou seja, ainda que as necessidades formativas sejam identificadas, o modelo em curso não permite priorizar as formações a desenvolver. Então, em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Tutora, sugeri que fossem efetuadas formações específicas por cada subgrupo de

enfermagem (equipas médica, cirúrgica e ortopédica), e não formações gerais por todos os enfermeiros do serviço. Então, cada equipa focaria um tema que lhe seria atribuído anualmente e, dentro desse tema, escolheriam subtemas de acordo com as maiores necessidades nessa área de cuidados, criando assim desta forma equipas de referência em cuidados de enfermagem. Esta proposta foi vista como uma novidade, suscitando curiosidade, por parte da gestão, sendo aceite e aplicada.

Segundo Krasnhak et al. (2024):

Estudos apresentam a ventilação mecânica invasiva (VMI) como uma intervenção que pode salvar vidas. No entanto, o prolongamento desse processo pode trazer diversos danos ao paciente e estar associado a morbimortalidade elevadas. Estratégias que possibilitem a retirada desse paciente de forma precoce da UTI tornam-se necessárias. (p. 1)

Ainda no contexto de estágio na UCIP foi identificada a necessidade de elaboração da norma de desmame ventilatório no doente traqueostomizado, que se apresenta como uma técnica complexa e de extrema necessidade de segurança, por ser a transição de uma ventilação mecânica para respiração espontânea.

Essa necessidade levou ao grupo de enfermeiros em estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Mestrado Bolonha, da Escola Superior de Saúde de Bragança, a realizar o trabalho em conjunto (Apêndice IV). Este documento, não definitivo, foi abordado pela gestão do serviço como de extrema importância visto a norma ainda não existir, sendo este trabalho o primeiro passo para a mesma.

A minha prática esteve sempre alinhada com as orientações das competências do EEMCPSC e com a *governance* clínica que se deseja para o SNS, como a efetividade e equidade para todos, realizada através da melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção na saúde.

Assim, posso considerar que esta competência foi adquirida na sua totalidade.

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

Este domínio envolve duas competências:

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a

otimização da qualidade dos cuidados.

No decorrer deste estágio na UIP procurei acompanhar o enfermeiro tutor que desempenha funções de enfermeiro especialista acrescidas de colaboração com a enfermeira gestora do serviço na supervisão do mesmo, acompanhamento do que realizei nos três serviços onde decorreu o ensino clínico. Neste percurso tentei colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, acompanhando as orientações das atividades a executar, assim como as tarefas a delegar.

De acordo com Lourenço et al. (2022), o exercício da profissão de enfermagem exige habilidades fundamentais aos enfermeiros, como a tomada de decisão perante as necessidades de cuidados dos doentes, a tomada de decisão de enfermagem espera-se que seja rápida, segura e eficaz.

A delegação de tarefas é fundamental no trabalho em contexto de doente crítico onde todos os minutos são traduzidos em ganhos em saúde. A delegação de tarefas não constitui uma transferência de responsabilidade total uma vez que todas as tarefas delegadas foram supervisionadas e avaliadas de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Foram muitos os momentos que exigiam uma tomada de decisão assertiva em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos, exames complementares de diagnóstico e transporte dos utentes ao serviço de imagiologia, bem como a organização, preparação e tempo certo de transporte desses doentes em segurança. A minha colaboração com o enfermeiro especialista e tutor na gestão de materiais do foro médico e hoteleiro, bem como pedidos de manutenção do serviço ao seu cargo, foi uma das atividades que consegui desenvolver enquanto futuro enfermeiro especialista. Importa referir a importância da unidade curricular de gestão e liderança dos cuidados em enfermagem uma vez que foi nessa mesma unidade curricular que alcancei, e apliquei, os meus conhecimentos neste âmbito ao acompanhar o enfermeiro tutor e gestores nas áreas de aprendizagem clínica.

Como exemplos de competência adquirida em liderança, a criação de ambiente adequado à execução das atividades diárias, bem como a abordagem do doente crítico, colaborando na coordenação dos intervenientes em equipa neste espaço, sendo que esta atuação, exige do enfermeiro especialista o reconhecimento dos papéis e funções de toda a equipa multidisciplinar, promovendo um ambiente adequado e favorável à prática clínica. No entanto, o desempenho do trabalho em equipa diferenciado e com qualidade nos cuidados prestados, foram sempre presentes.

Durante o estágio no serviço de urgência tive oportunidade de realizar alguns momentos

de estágio com a Sr^a Enf^a Responsável que executa serviço de gestão do serviço em apoio à Sr^a Enf^a Chefe, o que permitiu a minha observação e percepção da gestão de um serviço de urgência médico cirúrgica. No decorrer desses momentos, foi possível perceber que os pedidos de material são executados pelo programa GLINTT[®] e a manutenção necessária pelo programa SINHAI[®]. O método de gestão de stock aí praticado é o modelo de Kaizen, modelo japonês que significa “mudança para melhor” e atualmente é usada como filosofia de melhoria contínua em geral.

Segundo Shatrov et al. (2021), “Kaizen é uma técnica de gestão cada vez mais empregada na área da saúde — permite que os funcionários, independentemente do seu nível hierárquico, contribuam para a melhoria da sua organização” (p. 2).

De acordo com o modelo Kaizen, a melhoria deverá ser contínua, dia após dia, quer em termos empresariais, quer com os colaboradores ou gestores. Este modelo defende que as melhorias deverão idealmente ser progressivas, permitindo mudanças graduais sem perturbar o equilíbrio do crescimento.

Ainda, segundo Costa et al. (2021):

Os saberes mobilizados pelos enfermeiros envolvem o saber científico, o saber ético, saber ser, saber estar, saber fazer e o saber estético, ou seja, o enfermeiro, além de deter o seu raciocínio lógico, conhecimentos científicos e técnicos que se revestem de enorme importância e são essenciais nos cuidados, também tem de atender aos aspetos éticos, relacionais, reflexivos e estéticos, pois a junção de todas estas características permite-lhe realizar cuidados holísticos, equitativos e diferenciados, aliando a ciência do cuidar à arte do cuidar” (p. 3).

Durante o estágio no serviço da UIP, SU e UCIP foi sempre diretriz do meu cuidar a gestão de cuidados, com o objetivo da melhor resposta possível do cuidado, articulado com a equipa de enfermagem e seus colaboradores, adaptado à liderança e a gestão dos recursos de acordo com o contexto, apontando para a otimização da qualidade dos cuidados.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tendo em conta a análise do percurso no desenvolvimento de novas competências na área de especialização surgem as seguintes competências:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A aprendizagem ao longo da vida tornou-se uma necessidade e um dever na atuação profissional do enfermeiro, que está diretamente relacionada à qualidade assistencial e segurança do paciente.

Segundo Ornellas et al. (2023), “Assim, deve-se entender a educação profissional como um processo de formação e desenvolvimento permanente, desde a formação inicial e ao longo da vida profissional” (p. 3).

A procura contínua, o aprofundar e reciclar dos meus conhecimentos e a sua aplicação na tomada decisão, no decorrer destes estágios na UIP, SU e UCIP, estiveram sempre presentes, nomeadamente com: a realização do trabalho de grupo com outros mestrandos na mesma especialidade; a participação no estudo da contenção física dos doentes em crises de agitação psicomotora na UIP em plataforma digital; a identificação de possíveis melhorias na UIP, no SU e UCIP; o acompanhamento do enfermeiro tutor nas suas atividades enquanto enfermeiro especialista, bem como nas decisões de gestão do serviço. Posto isto considero que tive oportunidade de desenvolver o autoconhecimento com impacto na melhoria das competências e no desempenho enquanto futuro Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Como tal, considero esta competência adquirida.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

2.2.1-Cuida da pessoa, família/cuidador a vivência complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Segundo o Regulamento n. 124/2011, de 18 de fevereiro (2011) da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica deve procurar mobilizar conhecimentos e habilidades para intervir em tempo útil, de forma holística, a um conjunto complexo de situações ao doente em situação crítica ou falência orgânica e respetiva família.

Os serviços onde realizei estágios apresentam um ambiente com características específicas que permitiram a prática especializada de enfermagem à pessoa em situação crítica e respetivos familiares/responsável legal. Durante estes estágios foi-me permitido e possível prestar cuidados especializados ao doente em situação crítica com múltiplas patologias e disfunções orgânicas, antecipando e prevenindo focos de complicações e instabilidade com a realização de diagnóstico precoce. Para tal, o cumprimento dos protocolos e a adoção de procedimentos/cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação crítica são fundamentais para que esta vivencie as situações de risco de falência orgânica com a maior qualidade e dignidade possível. Um dos fatores que permitiu neste estágio a melhoria da aplicabilidade destas competências prendeu-se com o fato de exercer funções de enfermagem em contexto de urgência, na prática profissional diária, a qual modelo todos os dias para que os cuidados prestados sejam especializados e dignos para a pessoa que os recebe.

Neste contexto é referido, por Cardoso (2021) que:

Cada vez mais, são exigidos cuidados de enfermagem direcionados à especificidade do momento vivenciado pelas pessoas em fim de vida, como sendo um processo que deve ser vivido com dignidade, com qualidade e com plena satisfação das necessidades, evitando, simultaneamente, sentimentos de desconforto, de ansiedade e/ou de fuga dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer. (p. 8)

Os cuidados ao doente crítico na área de medicina intensiva, urgência e unidade de cuidados intermédios, dada a exigência inerente aos serviços, obriga os enfermeiros a possuírem uma diversificada e alargada base de conhecimentos científicos, cognitivos, técnicos

e interpessoais. A prestação de cuidados de saúde e intervenções de alta complexidade, próprias para a prática clínica nessas áreas, proporcionou em mim o desenvolvimento de novas habilidades e reforçou a minha autonomia na minha prestação de cuidados. A cada momento os meus conhecimentos na prestação de cuidados ao doente crítico foram surpreendidos pela imprevisibilidade e diversidade de situações na área de prestação de cuidados, emergindo a cada momento uma necessidade de resposta adequada e eficaz em tempo útil. A pesquisa e o estudo dos diferentes casos clínicos permitiram o enriquecimento dos meus conhecimentos. O contributo do suporte teórico e prático desenvolvido em contexto das aulas tornaram-se um pilar para este estágio.

Assim, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e urgente e na prevenção da instabilidade e risco de falência orgânica, direcionei a minha atuação enquanto futuro enfermeiro especialista no sentido de atuar por antecipação e gerir eficazmente as instabilidades, focalizando-me na prevenção dos riscos de falência orgânica. As identificações eficazes dos focos de instabilidade, por monitorização contínua de parâmetros vitais e pela observação de sinais precoces de deterioração, foram fulcrais para a implementação de intervenções rápidas e direcionadas, diminuindo o risco de agravamento do quadro clínico. As minhas capacidades de resposta imediata e antecipatória a situações emergentes, bem como a tomada de decisões informadas e coordenadas contribuíram para a estabilização do doente. A realização de cuidados com técnicas avançadas complexas como manipulação de dispositivos invasivos, administração de terapêuticas em doentes bem como técnicas de suporte ventilatório, foram sempre assegurados com a qualidade e a segurança máxima. Melhorei significativamente os meus conhecimentos e técnicas em suporte avançado de vida e trauma, incluindo a execução de protocolos padronizados de reanimação cardiorrespiratória e de emergências traumáticas.

A atuação no contexto de protocolos terapêuticos complexos exigiu na minha prestação de cuidados competências avançadas para garantir a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados prestados. Nesse âmbito, adotei estratégias diferenciadas para o diagnóstico precoce, a intervenção adequada e a monitorização contínua das possíveis complicações associadas a essas terapêuticas.

É competência do enfermeiro especialista atuar em situações de morte cerebral, e este ser detentor de conhecimentos e habilidades específicas para atuar. Nesse sentido, a minha prática clínica enquanto futuro enfermeiro especialista foi garantir a manutenção hemodinâmica do potencial doador de órgãos e tecidos, principalmente no serviço de UCIP. Essa atuação exigiu precisão técnica, acompanhamento rigoroso e sensibilidade ética,

assegurando a qualidade do processo de doação e transplantação.

A minha abordagem de forma holística foi essencial para perceber e responder às necessidades específicas de cada pessoa em situação crítica, preservando sempre o respeito pela sua individualidade e contexto. A garantia de administração segura farmacológica para o controle da dor, bem como técnicas não farmacológicas foram intervenções que contribuíram para uma redução significativa do desconforto e promover maior bem-estar dos doentes que cuidei. A melhoria dos meus conhecimentos para a sedo-analgesia foi uma competência também desenvolvida, com monitorização rigorosa, garantindo a segurança e o equilíbrio entre sedação, alívio da dor e preservação das funções vitais.

De acordo com, Pinho (2020):

A qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes interfere com o estado de saúde e a utilização dos serviços, possibilitando uma perceção dos riscos e determinar uma possível alteração de comportamentos. Uma comunicação eficaz conduz a uma satisfação do utente e uma maior adesão aos cuidados de saúde com vista em melhores resultados. A qualidade do cuidado depende não somente da presença de competência técnica por parte dos profissionais, mas especialmente da habilidade de comunicar e interagir com os utentes e sua família. (p. 20)

Além disso, segundo Rodrigues (2021), em contextos de alta complexidade, a comunicação interpessoal é a base fundamental para a relação terapêutica.

Aproveitei os ensinamentos das minhas aulas de comunicação lecionadas neste curso e promovi uma escuta ativa, linguagem clara e sensível garantindo uma interação que promoveu confiança e prestação de cuidados com elevada qualidade, mesmo em cenários de elevada pressão emocional. A minha preocupação nesta área foi ajustar a comunicação de acordo com a complexidade do estado de saúde da pessoa, com especial cuidado na abordagem de situações de prognósticos reservados ou falência orgânica.

A possibilidade de observar e participar de forma cooperativa na execução de técnicas não invasivas e invasivas nos serviços nos quais estagiei, não me foram negadas, mas pelo contrário foram facilitadas.

Um acesso venoso central oferece vários benefícios em relação aos acessos periféricos, uma vez que em termos de internamento em UCI possibilita tratamento a longo prazo com terapêutica vasoativa. Acessos centrais de grandes dimensões permitem administrações de volumes rápidos e os cateteres de vários lúmens possibilitam a administração de fármacos diferentes, que em acessos periféricos não possam ser administrados no mesmo acesso.

Sousa (2021), afirma que é competência de enfermagem, atendendo a uma vista

holística do doente, antecipar a necessidade de utilização e agilização deste procedimento

Colaborei na colocação de cateteres venosos centrais, tubos endotraqueais, cateteres arteriais, técnica de traqueostomia percutânea, monitorização PiCCO, PIC, PA, DC, BIS, entre outras. A minha colaboração também aconteceu na realização outras técnicas como na Técnica Substituição Renal intermitente/continua (TRS), gasometrias, ventilação invasiva, aspiração de secreções com técnica assética de TOT e em circuito fechado, higiene da cavidade oral, posicionamento programado do doente, pronação de doentes ventilados, bem como outras técnicas. Segundo Rowland, et al. (2024), na realização do estudo e publicado no *British Journal of Anaesthesia*, os doentes submetidos a monitorização contínua diminuem a probabilidade de mortalidade enquanto internamento hospitalar, e necessidade de escalar cuidados para UCI, em comparação com doentes com monitorização intermitente.

O meu estágio na UCIP permitiu ainda o contacto com as escalas de Ramsay, BIS (Índice Bispectral), BPS (Behavioral Pain Scale) e a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS).

Assim, considero que o objetivo foi atingido na sua plenitude

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

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018):

O enfermeiro especialista, perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, deve atuar para “conceber, planear e gerir a resposta, de forma rápida e com base científica, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios e indícios de prática de crime. (p. 20)

Situação essa que se prevê de elevada complexidade, uma vez que o fluxo de doentes em situação crítica pode ser elevado.

Os cenários multivítimas poderão advir de fenómenos naturais, tecnológicos ou mistos associados aos riscos existentes no território, cuja resposta nacional está consagrada no Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil da Autoridade Nacional de Proteção Civil (2012), entre outros planos regionais, locais ou especiais, obrigando a uma articulação do Hospital com o extra-hospitalar realizada com o Instituto Nacional de Emergência Médica.

Segundo o estudo de Santos et al. (2021), publicado em junho, enfatiza a necessidade de integração, gestão e preparação para situações de catástrofe, visa a integração nos

currículos de enfermagem, garantindo o desenvolvimento efetivo e a regulamentação objetiva das competências dos estudantes nesse domínio.

Foi minha intenção durante este estágio aprofundar conhecimentos referentes aos planos de catástrofe, e aos seus princípios de atuação, através da consulta das normas institucionais e de conversas informais com a equipa que está a reformular o plano de emergência interno do hospital. Na minha opinião, considero a necessidade de reforço de formação e a implementação da prática simulada dos planos de contingência e catástrofe com periodicidade uma ação primordial. Desta forma permite-se que o conhecimento sobre o mesmo seja do conhecimento geral, visando uma ação eficaz quando necessário.

Segundo Tomé (2018), o papel preponderante dos enfermeiros especialistas em resposta a situações de catástrofe e/ou emergência com cenários de multivítimas, principalmente os enfermeiros do serviço de urgência, uma vez que são a primeira linha de atuação hospitalar, podem ser condicionados por falta de programas de educação e formação com treino regular para as temáticas de emergência e catástrofe.

Ainda segundo Tomé, (2018, p. 11) "A evidência demonstra a preocupação, o desejo e a necessidade dos enfermeiros em compreenderem os conceitos e as práticas de enfermagem inerentes à prestação de cuidados numa situação de exceção."

A consolidação e o aprofundar das bases teóricas, nomeadamente na disciplina de enfermagem de urgência e emergência, tornou-se uma mais-valia para o trabalho em contexto de urgência/emergência. A minimização do tempo de prestação de cuidados e o aumento da eficácia dos mesmos resultaram do meu planeamento e gestão de cuidados de forma assertiva na avaliação da pessoa em situação crítica.

No decorrer do estágio as situações de catástrofe e multivítimas não foram, contudo, frequentes, foi, no entanto, importante estar preparado e desenvolver competências para agir assertivamente. Para tal preparação foram importantes os conhecimentos aprendidos em aulas teóricas e as simulações práticas em escola antecipadamente para a ação ser competente, não descorando a perceção que a prestação de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe exige uma abordagem com segurança, rapidez e eficiência, baseada na prática e orientação científicas.

No SU, participei ativamente num grupo de trabalho, composto por enfermeiros, que se encontrava a pesquisar documentação para a formação em serviço sobre triagem de catástrofe e situações de exceção para a equipa de enfermagem do SU, com triagem primária/secundária, método STRAT/CRAMP..., permitindo melhoria na prestação cuidados e assim desta forma poder aprimorar ainda mais a competência.

A minha atuação centrou-se na avaliação e na identificação de riscos presentes no ambiente de atuação, procurando uma prestação de cuidados segura para pessoa e equipa, adequando os cuidados prestados à gravidade e especificidade de traumas apresentados, aplicando protocolos baseados em evidências científicas com estabilização das funções vitais.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Segundo a OMS (2023), durante a prestação dos cuidados de saúde, os eventos mais frequentes que ocorrem são as infeções associadas aos cuidados. Muitas vezes infeções provocadas por microrganismos multirresistentes, capazes de produzir doença no doente, no visitante e mesmo no profissional de saúde que cuida, com gastos económicos exuberantes no seu tratamento. Pelos dados estatísticos da mesma OMS (2023), cerca de 9 milhões de infeções desenvolvem-se em unidades de cuidados intensivos e de longa duração, aumentando o internamento dos doentes em 25 milhões de dias adicionais de internamento, refletindo custos de 13 a 24 biliões de euros.

É obrigação do enfermeiro especialista ter conhecimento do plano de prevenção e controle de infeções. É sua função participar na conceção e aplicação desse mesmo plano. As IACS são uma grande preocupação para as instituições, quer pelo seu impacto na qualidade de vida das pessoas, quer pelos custos a elas inerentes. A DGS implementou, em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) com vista à monitorização e vigilância epidemiológica, e emanação de normas e feixes de intervenção, com objetivos de controle das infeções, garantia de segurança e confiança em relação à prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pela sua complexidade, implica a utilização de muita tecnologia e, conseqüentemente, a utilização de diversos dispositivos invasivos.

Ferraz et al. (2023), destacam que:

As evidências encontradas nos principais incidentes relacionados sobre a utilização de dispositivos invasivos em terapias intensivas são as infeções associadas a assistência. As infeções mais destacadas foram: pneumonia associada a ventilação invasiva por uso de tubo orotraqueal; infeção urinária por uso de cateter vesical de demora; infeção de corrente sanguínea devido presença de cateter venoso central. (p. 3194–3195)

Os dispositivos como tubos endotraqueais, cateteres venosos centrais e arteriais, cateteres vesicais, sondas de imagem, mangas de pressão dos dispositivos de avaliação de sinais vitais, entre muitos outros, podem contribuir para o aumento de forma proporcional e significativa o risco de infecção. Além disso, a emergência da situação, por vezes, pode levar o enfermeiro a descurar alguns dos princípios essenciais. No entanto foi notória a preocupação constante de toda a equipa, onde me incluo, no cumprimento das normas e protocolos de controlo de infeção, pelo que se observou: a higienização das mãos; preparação e administração de fármacos; a utilização dos EPI's recomendados, evitando desta forma a infeção cruzada; e a supervisão da higienização de superfícies executada pelas assistentes operacionais.

A prestação de cuidados baseados na evidência clínica, adaptados às necessidades do serviço e orientados pelas melhores práticas, e a prevenção e controlo de infeções foram metas a atingir neste local de aprendizagem clínica, enquanto futuro enfermeiro especialista.

Durante o estágio procurei aprofundar o meu conhecimento sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos, além de seguir as diretrizes estabelecidas pela PPCIRA hospitalar. Concebi e implementei estratégias pró-ativas direcionadas à prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, tais como práticas de higienização, monitorização de indicadores de infeção, observando e questionando se o uso antimicrobianos era preventivo e de necessidade assegurada.

No decorrer do estágio contactei com os diferentes elos de ligação dos serviços com a PPCIRA, percebendo o seu trabalho, que reflete um compromisso com a excelência e a segurança no cuidado, fortalecendo a capacidade do serviço em prevenir e controlar infeções em cenários de alta complexidade clínica.

Na UCIP e na UIP são efetuados exames para pesquisa de MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à metilina) e KPC (*Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase) em todos os doentes internados, independentemente da sua origem. No SU essas colheitas são realizadas a todos os doentes que são internados, independente da sua patologia, mediante critérios estabelecidos, que caso se verifiquem a técnica de colheita é executada, permitindo a identificação das bactérias, permitindo medidas de contenção e o isolamento.

Segundo a DGS, Feixe de Intervenções para a Prevenção da Associada à Intubação (2022), a pneumonia associada à intubação endotraqueal é uma infeção comum nos doentes internados em UCIs submetidos à técnica de ventilação mecânica prolongada e aumento da resistência a antibióticos por tempos prolongados. Na tentativa de prevenção foram concebidas as bundles que referenciam a sedação ligeira, tentativa de desmame ventilatório aos doentes potenciais para extubação, elevação da cabeceira a 30° para diminuir a aspiração de secreções,

a higiene oral, bem como manter o balão do tubo endotraqueal insuflado a 20 a 30 cmH₂O, normas que assegurei e cumpri durante o estágio.

Des acordo com Cruz et al. (2019), "A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma infecção passível de prevenção com o cumprimento de medidas (bundle) e a sua prevenção constitui um grande desafio para a prática de enfermagem." (p.1)

No campo de estágio UCIP, a preocupação com as infecções respiratórias associadas à ventilação mecânica invasiva (VMI) é de relevante importância, levando à necessidade do estudo da prática clínica aí aplicada. Os enfermeiros, na referida unidade, realizam estudos de controle das infecções associada à VMI, tendo permitido a minha integração no projeto, onde participei na recolha de dados e pude analisar alguns resultados já obtidos. Esse projeto permite o controle de infecção com a deteção de possíveis lacunas e adaptação das regras da prática clínica. Este trata-se de uma plataforma de recolha de dados, realizada por um grupo de enfermeiros da UCIP, por forma a monitorizar e a identificar possíveis indícios de infecção associados à técnica e cuidados na VMI, que depois de tratados e discutidos, levam à mudança de comportamentos e técnicas de forma a minimizar as infecções associadas à VMI.

Assim, considero que o objetivo foi atingido.

Em suma, as competências e respetivas unidades de competência desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio, enquanto futuro Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, foram as que a seguir se apresentam:

- Cuidei da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizei e percecionei a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação pelos planos de emergência e catástrofe dos serviços e questionar dos enfermeiros e gestão dos serviços;
- Maximizei a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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, no sentido em observei e realizei;
- Desenvolvi uma prática profissional e ética no campo de intervenção;
- Promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Desempenhei um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Colaborei em programas de melhoria contínua de qualidade;

- Criei e mantive um ambiente terapêutico e seguro;
- Geri os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Trabalhei no sentido de adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseei a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos

Este relatório visa constituir um momento de reflexão das aprendizagens efetuadas durante o ensino clínico, servindo também como instrumento de avaliação da unidade curricular.

A prática de enfermagem exige dos seus profissionais um cuidar humano centrado no desempenho técnico, científico e relacional de máxima instância. O ambiente onde os enfermeiros desempenham as suas funções na maioria das vezes são altamente complexos, quer pela crescente complexidade e necessidade de cuidados altamente especializados, bem como na escassez de matérias e recursos humanos para o desempenho da profissão.

**PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA:
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

1. PERCEPÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

. 1.1 Highlights

Os serviços de urgência configuram-se como ambientes altamente dinâmicos
Obteve-se uma percepção global moderada da carga de trabalho
A carga de trabalho percebida associa-se a distintas variáveis

1.2 Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) sobre a carga individual de trabalho e sua relação com determinadas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Método: Estudo descritivo, correlacional e transversal, de abordagem quantitativa. Recorreu-se a escala *Individual Workload Perception Scale – Revised* (IWPS-R) para avaliar a percepção da carga de trabalho.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 85 enfermeiros, predominando o sexo feminino (72,9%). A média total da IWPS-R foi de 73,73 (DP = 9,21), percepção moderadamente positiva para com a carga de trabalho. Foi na dimensão “Suporte do enfermeiro gestor” que se verificou a menor média por item (3,01). Constataram-se diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos definidos nas variáveis tempo de exercício profissional e tempo de exercício no serviço atual (SUMC).

Conclusão: A carga de trabalho percebida revela uma margem considerável a melhorar, promovendo-se ambientes da prática de enfermagem mais positivos e sustentáveis.

Descritores: Percepção; Carga de Trabalho; Enfermeiros; Serviço de Urgência Hospitalar;

2. INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência constituem ambientes dinâmicos, multitarefa, caracterizados por uma procura e grau de complexidade elevados, bem como imprevisíveis (Brazão et al., 2016).

A carga de trabalho em enfermagem é definida por Alghamdi como “a quantidade de tempo e de cuidados que um enfermeiro pode dedicar (direta e indiretamente) aos doentes, ao local de trabalho, e ao desenvolvimento profissional” (Alghamdi, 2016).

Em enfermeiros, as demandas do trabalho, bem como o tempo requerido para a sua execução, podem impactar diretamente na percepção negativa da sua saúde, ao nível físico e psíquico (Trindade et al., 2021). Um estudo envolvendo enfermeiros a desempenhar funções num serviço de urgência, no qual se procurou avaliar a percepção do stress, constatou-se que a carga de trabalho e a morte constituíam as duas principais fontes de stress nos enfermeiros da amostra (Fernandes & Magalhães, 2024).

A sobrecarga de trabalho e a proporção inadequada de recursos humanos para responder às necessidades dos pacientes em estado crítico podem estar na origem de muitos eventos adversos e incidentes atribuídos às intervenções de enfermagem (JL et al., 2020).

A carga física e mental que categorizam a carga de trabalho repercutem-se negativamente no ambiente de trabalho (Alikari & Fradelos, 2021). O excesso de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros nos hospitais deve ser investigado em todo o seu processo multifatorial, a fim de serem encontradas soluções para a sua normalização (Trindade et al., 2021).

As condições de trabalho de enfermagem têm merecido uma preocupação ao nível da investigação e da gestão, procurando-se avaliar os níveis de satisfação profissional, a segurança e a qualidade dos cuidados, cujos resultados revelam que ambientes de trabalho saudáveis contribuem para uma manutenção da força de trabalho estável e suficiente, incentivam a maior produtividade e a promoção da segurança hospitalar, entre outros (Wei et al., 2018). A literatura disponível revela que a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, bem como o desempenho dos serviços de saúde, é influenciada pela satisfação profissional (Silva et al., 2022). A insatisfação profissional, aliada a níveis mais elevados de absentismo, constitui um forte preditor de futura rotatividade (Smokrović et al., 2019). Ambientes da prática de enfermagem positivos são fulcrais para a promoção da saúde e bem-estar dos profissionais e do desempenho organizacional (Ribeiro, 2023), incrementam a intenção dos enfermeiros em permanecer nas instituições/organizações (Chen et al., 2019).

Em Portugal, a inexistência de instrumentos validados para avaliar a percepção da carga

de trabalho levou à tradução e validação da *Individual Workload Perception Scale-Revised* (IWPS-R) por Cabrita e colaboradores em 2002 (Cabrita et al., 2022). A escala *Individual Workload Perception Scale* (IWPS) original foi desenvolvida nos EUA em 2002, com 46 itens, tendo sido revista posteriormente em 2010, por Karen Cox e colaboradores, ficando reduzida a 29 itens (Cabrita et al., 2022; Cox et al., 2010). A versão portuguesa foi denominada de Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho (IWPS-R-PT), ficando reduzida a 21 itens, cinco dimensões (Suporte do Enfermeiro Gestor; Suporte da Equipa; Recursos da Organização; Carga de Trabalho; e Intenção de Permanecer), podendo ser aplicado em qualquer contexto de cuidados de saúde. A IWPS-R constitui um instrumento útil para a recolha de dados essenciais para a gestão de enfermagem e investigação (Cabrita et al., 2022), permitindo avaliar de forma fácil e rápida o ambiente de trabalho, auxiliando na implementação de futuras estratégias que contribuem para a sua adequação/melhoria (Alikari & Fradelos, 2021). Face ao exposto, e uma vez que a aplicação do instrumento em serviços de urgência reveste-se de particular interesse, formulou-se como questão de partida: Qual a percepção dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal (ULSNP) sobre a carga individual de trabalho e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais? Para dar resposta à questão de investigação delinearam-se como principais objetivos: identificar a percepção da carga individual de trabalho (total e por dimensão) dos enfermeiros do serviço de urgência médico-cirúrgica da ULS; Explorar a relação entre a percepção da carga de trabalho (score global) e determinadas variáveis sociodemográficas e profissionais.

2.1. Método

Recorreu-se a um estudo descritivo correlacional, transversal, de cariz quantitativo. A população-alvo incluiu todos os enfermeiros em exercício no serviço de urgência da ULSNP (95 enfermeiros). Para a definição da amostra, recorreu-se a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, com aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Considerou-se como critério de inclusão os enfermeiros que se encontrassem em exercício de funções no serviço de urgência da referida ULSNP, independentemente do tipo de vínculo contratual. Como critérios de exclusão, consideraram-se: os enfermeiros que se encontrassem ausentes aquando do momento da recolha de dados (por gozo de férias, atestado por doença ou por licença paternal); os enfermeiros que se encontrassem em funções de gestão. A participação

era voluntária, tendo a recolha de dados sido realizada no mês de novembro de 2024. A amostra final ficou constituída por 85 enfermeiros. Os dados foram recolhidos por meio de um questionário estruturado, constituído pela escala IWPS-R, validada para o contexto português, e por um questionário sociodemográfico, académico, profissional e laboral. Cada item da escala IWPS-R é avaliado numa escala tipo Likert, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Desta forma, as pontuações globais da escala situam-se entre o mínimo de 21 e o máximo de 105, no qual as maiores pontuações refletem perceções mais positivas com a carga de trabalho. A versão portuguesa (IWPS-R-PT) revelou boa consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,88), semelhante à obtida noutras validações culturais, como a chinesa (0,93) e a grega (0,88) (Cabrita et al., 2022). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição (Parecer n.º 6/2024 da ULSNP) e conduzido em conformidade com a Declaração de Helsínquia, a legislação nacional e as normas internacionais de bioética. Garantiram-se a autonomia dos participantes, a confidencialidade dos dados e o consentimento livre e esclarecido.

Os questionários foram aplicados em formato impresso, distribuídos pessoalmente pelo enfermeiro gestor do serviço. A recolha foi anónima e confidencial. Todos os participantes receberam previamente informações sobre os objetivos do estudo, tendo assinado o termo de consentimento informado. A análise dos dados foi realizada no software JAMOVI Software for Mac (Version 2.6.44.0). Utilizaram-se estatísticas descritivas (frequências, médias, desvios padrão, assimetria e curtose) e inferenciais. Para explorar associações entre as variáveis aplicaram-se testes paramétricos e não paramétricos (quando verificado o não cumprimento dos pressupostos). Aquando de variáveis dicotômicas aplicou-se o teste T ou em alternativa o teste não paramétrico U de Manny-Whitney. Para variáveis com 3 ou mais categorias recorreu-se ao teste Anova ou em alternativa ao teste não paramétrico teste H de Kruskal-Wallis, sendo que aquando de significância estatística, recorreu-se posteriormente aos respetivos testes Post-hoc para verificar entre que grupos existiam as diferenças. O nível de significância considerado na análise estatística foi de 5%.

3. RESULTADOS

Na tabela 1 apresentam-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. Na amostra obtida (n = 85) predomina o sexo feminino (n = 62; 72,9%), uma maior prevalência na faixa etária dos 30 a 39 anos (n = 40; 47,1%). Quanto ao estado civil, 40 participantes (47,1%) eram solteiros, 35 (41,2%) casados e 10 (11,8%) declararam ter outra condição. A maioria dos participantes não possuía filhos (n = 46; 54,1%), enquanto 19 (22,4%) possuíam um filho, 17 (20%) dois filhos e três (3,5%) possuíam três filhos. Os que possuíam filhos, 40 participantes (47,1%) tinham filhos menores a seu cargo. Em relação às habilitações acadêmicas, 55 participantes (83,5%) eram detentores de um curso de licenciatura, 16 (18,8%) possuíam um curso de especialização e 14 (16,5%) um curso de mestrado. Quanto à categoria profissional, 11 participantes (12,9%) integravam a categoria de enfermeiro especialista. Quanto ao tempo de exercício profissional, 29 participantes (34,1%) exerciam entre cinco e nove anos, 23 (27,1%) há 15 anos ou mais. Especificamente no serviço atual (SUMC), 30 enfermeiros (35,3%) trabalhavam entre um e quatro anos, 27 (31,8%) entre cinco e nove anos, e 15 (17,6%) há menos de um ano. A maioria dos enfermeiros (94,1%) exercia em regime de turnos rotativos (roulement).

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (n = 85). Região do Norte, Portugal, 2025

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	23	27,1
Feminino	62	72,9
Faixas etárias		
21 – 29 anos	28	32,9
30 – 39 anos	40	47,1
≥ 40 anos	17	20,0
Estado civil		
Solteiro(a)	40	47,1
Casado(a)	35	41,2
Outro	10	11,8
Número de filhos		
0 filhos	46	54,1
1 filho	19	22,4
2 filhos	17	20,0
3 filhos	3	3,5
Filhos menores a cargo		
Não	45	52,9
Sim	40	47,1
Habilitações académicas		
Licenciatura	55	64,7
Curso de especialização	16	18,8
Mestrado	14	16,5
Categoria profissional		
Enfermeiro(a)	74	87,1
Enfermeiro(a) Especialista	11	12,9
Tempo de exercício profissional		
1 – 4 anos	19	22,4
5 – 9 anos	29	34,1
10 – 14 anos	14	16,5
≥ 15 anos	23	27,1
Tempo de exercício profissional no serviço atual (SUMC)		
< 1 ano	15	17,6
1 – 4 anos	30	35,3
5 – 9 anos	27	31,8
10 – 14 anos	3	3,5
≥ 15 anos	10	11,8
Tipologia de turnos		
Fixos	5	5,9
Roulement	80	94,1

Legenda: n = amostra; % = percentagem; SUMC = Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Neste estudo obteve-se na escala IWPS-R versão portuguesa (21 itens) um alfa de Cronbach de 0,944, representando de acordo com a classificação referida por Vilelas (Vilelas, 2020) uma consistência interna muito boa e um valor superior ao estudo de validação para Portugal (Cabrita et al., 2022). No âmbito do primeiro objetivo específico delineado, apresenta-se na tabela 2 a estatística descritiva referente ao score global da escala e às respetivas dimensões. Relativamente ao score global da escala, a média foi de 73,73 (DP = 9,21), correspondendo à uma percepção moderadamente positiva para com a carga de trabalho. O coeficiente de assimetria (-0,222) indica uma distribuição ligeiramente enviesada à esquerda, enquanto a curtose (-0,111) sugere uma proximidade à normalidade.

Na dimensão “Suporte do enfermeiro gestor”, a média foi de 21,11 (DP = 4,61), com respostas entre 7 e 35; assimetria (-0,299) e curtose (0,348), que indicam uma leve assimetria negativa e concentração ao redor da média. Na dimensão “Apoio da equipa” obteve-se uma média de 23,25 (DP = 3,11), variação entre 15 e 29, assimetria (-0,454) e curtose (-0,286), refletindo leve tendência a valores inferiores à média. Na dimensão “Recursos da organização” obteve-se uma média de 11,02 (DP = 1,88), variando de 6 a 15, com distribuição próxima da normalidade (SK = -0,287; Ku = 0,048). Na dimensão “Carga de trabalho” obteve-se uma média de 10,58 (DP = 1,73), entre 6 e 13 pontos, com leve assimetria negativa (SK = -0,538) e curtose próxima de zero (-0,129). Já na dimensão “Intenção de permanecer” a média foi de 7,78 (DP = 1,67), entre 2 e 10, com maior assimetria negativa (-0,842) e curtose de 0,681, indicando concentração nos valores mais altos. A maior dispersão ocorreu em “Suporte do enfermeiro gestor” (DP = 4,61), indicando heterogeneidade na percepção dessa dimensão. Os resultados normalizados apresentados revelaram que foi na dimensão “Intenção de permanecer” que se obteve a maior média normalizada por item (3,89), seguida de “Apoio da equipa” (3,87), “Recursos da organização” (3,67) e “Carga de trabalho” (3,53). A menor pontuação foi obtida na dimensão “Suporte do enfermeiro gestor” (3,01), evidenciando uma menor satisfação relativa para com a carga de trabalho percebida.

Tabela 2.

Estatística descritiva do score global da escala IWPS-R e respetivas dimensões (n = 85). Região do Norte, Portugal, 2025

Dimensão	Nº Itens	Média total (M)	Média por item (M/I)	Intervalo (Mín-Máx)	DP	Assimetria (SK)	Curtose (Ku)
Score global	21	73,73	3,51	48 – 96	9,21	-0,222	-0,111
Suporte enfermeiro gestor	7	21,11	3,01	7 - 32	4,61	-0,299	0,348
Apoio da equipa	6	23,25	3,87	15 - 29	3,11	-0,454	-0,286
Recursos da organização	3	11,02	3,67	6 - 15	1,88	-0,287	0,048
Carga de trabalho	3	10,58	3,53	6 - 13	1,73	-0,538	-0,129
Intenção de permanecer	2	7,78	3,89	2 - 10	1,67	-0,842	0,681

Legenda: DP = desvio padrão; Ku = curtose; M = média; SK = coeficiente de assimetria; Mín. = mínimo; Máx. = máximo, M = Média; M/I= Média por item;

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Na tabela 3 apresentam-se os resultados decorrentes do estudo da relação entre a variável dependente (score global IWPS-R) e as demais variáveis independentes (sociodemográficas e profissionais). Nela é possível observar que não se constatarem diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis sociodemográficas, como o sexo, a idade em grupos, o estado civil e o possuírem ou não filhos menores. De referir que relativamente ao grupo dos enfermeiros que possuíam filhos (n = 39), foi possível constatar uma correlação negativa muito fraca ($r=-0,09$) entre o número de filhos e o score global IWPS-R, mas sem significância estatística ($p=0,423$). Em relação às variáveis profissionais, não se verificou uma significância estatística em função da variável categoria profissional e tipologia de turno, mas em função das restantes variáveis a mesma verificou-se. Pela aplicação do teste Anova, constatarem-se diferenças estatisticamente significativas em função dos quatro grupos definidos (1-4 anos; 5-9 anos; 10-14 anos; ≥ 15 anos) para a variável tempo de exercício profissional ($p=0,001$). Aplicados os testes Post-hoc Tukey, verificou-se que as diferenças se situam entre o grupo dos enfermeiros com “1-4 anos” e todos os restantes grupos definidos, isto é: com o dos “5-9 anos” ($p=0,009$), com o dos “10-14 anos” ($p=0,032$) e com os dos 15 ou mais anos ($p=0,001$). Como podemos observar na tabela 3, o grupo dos enfermeiros “1-4

anos” constitui aquele que apresenta a média mais elevada (80.68) em relação aos restantes, significando que os enfermeiros em início de carreira possuem perceções mais positivas. Quanto ao tempo de exercício profissional do serviço atual (SUMC), definido em cinco categorias (<1 anos; 1-4 anos; 5-9 anos; 10-14 anos; ≥ 15 anos), pela aplicação do Teste Anova verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os testes Post-hoc Tukey posteriormente aplicados permitiram descortinar que as diferenças se situavam entre: o grupo dos enfermeiros <1 ano e o grupo dos enfermeiros com 1-4 anos ($p = 0,015$); o grupo dos enfermeiros <1 ano e o grupo dos enfermeiros 5-9 anos ($p < 0,001$), observando-se valores médios mais elevados nos enfermeiros que se encontravam atualmente há menos de um ano no SUMC, ou seja, perceções mais positivas relativamente à carga de trabalho. Ainda foi possível descortinar uma relação entre o grupo dos enfermeiros com 5-9 anos e o grupo dos enfermeiros com 15 ou mais anos de serviço no SUMC ($p = 0,035$), com os do último grupo a apresentar pontuações médias mais elevadas.

Tabela 3.

Associação entre o score global da escala IWPS-R e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Região do Norte, Portugal, 2025

Variáveis		Score global IWPS-R		Valor de Teste e Significância (<i>p</i> -valor)
		M (DP)	Med	
Sexo	Feminino	73,24 (09,47)	73,50	t = 0,80 <i>p</i> = 0,427
	Masculino	75,04 (08,54)	74,00	
Faixa etária	21 – 29 anos	76,43 (07,84)	78,00	F = 1,83 <i>p</i> = 0,167
	30 – 39 anos	72,35 (08,54)	70,50	
	≥40 anos	72,53 (12,05)	72,00	
Estado civil	Solteiro	73,50 (09,04)	73,50	F = 0,36 <i>p</i> = 0,697
	Casado	74,54 (09,18)	73,00	
	Outro	71,80 (10,64)	74,50	
Filhos menores	Não	75,31 (09,00)	75,00	t = 1,70 <i>p</i> = 0,093
	Sim	71,95 (09,24)	71,00	
Habilitações académicas	Licenciatura	74,36 (08,93)	74,00	** H = 1,13 <i>p</i> = 0,569
	Curso de Especialização	73,88 (10,92)	70,00	
	Mestrado	71,07 (08,40)	72,50	
Categoria Profissional	Enfermeiro	73,30 (09,25)	73,00	t = -1,121 <i>p</i> = 0,265
	Enf. Especialista	76,64 (08,83)	78,00	
Tempo de exercício profissional	1-4 anos	80,68 (04,58)	80,00	F = 5,70 <i>p</i> = 0,001
	5-9 anos	72,42 (08,69)	71,00	
	10-14 anos	72,29 (07,71)	71,00	
	≥15 anos	70,43 (10,92)	69,00	
Tempo de exercício profissional no serviço atual	<1ano	81,47 (05,71)	82,00	F = 6,47 <i>p</i> < 0,001
	1-4 anos	73,07 (07,78)	72,50	
	5-9 anos	68,70 (09,17)	70,00	
	10-14 anos	74,00 (06,56)	73,00	
Tipologia de turnos	Fixo	75,20 (10,87)	79,00	* U = 169,50 <i>p</i> = 0,575
	Roulement	73,64 (09,17)	73,00	

Legenda: IWPS-R = Individual Workload Perception Scale-Revised; M = média; Med = mediana; DP = desvio padrão; t = teste t de Student; * U = Mann-Whitney U Test; F = Anova; ** H = Kruskal-Wallis; *p* = valor de probabilidade (significância estatística);

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

4. DISCUSSÃO

Este estudo analisou a percepção da carga individual de trabalho dos enfermeiros de um SUMC da ULSNP, relacionando-a com determinadas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Na amostra predomina o sexo feminino (72,9%), estando em consonância com os dados emanados pela Ordem dos Enfermeiros (anuário estatístico 2024), que apontam para o seu predomínio em Portugal (82,80%) (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

O estudo evidenciou uma percepção moderadamente positiva dos enfermeiros para com a carga de trabalho (73,73), pontuação ainda longe do seu máximo possível e desejável (105) expondo assim uma margem considerável a melhorar, visando alcançar um ambiente de trabalho ideal, um ambiente de prática de enfermagem mais positivo, de resto, como o preconizam vários autores (Ribeiro, 2023; Wei et al., 2018) , isto atendendo que a carga de trabalho em enfermagem pode impactar na saúde dos enfermeiros e na qualidade dos cuidados (Vargas-Escobar et al., 2024).

A análise por dimensão, com base na média por item, evidenciou valores particularmente elevados nas dimensões “Intenção de permanecer” (3,89) e “Apoio da equipa” (3,87). Estes resultados refletem uma forte identificação dos profissionais com a equipa e uma predisposição positiva relativamente à continuidade no serviço. O apoio dos pares (da equipa) foi a dimensão que mereceu uma maior pontuação no estudo de adaptação do IWPS-R desenvolvido na Grécia, no entanto de referir que o contexto envolveu uma amostra mais alargada de enfermeiros (365) de vários serviços (medicina interna, cirurgia, cuidados intensivos, entre outros) (Alikari & Fradelos, 2021). A intenção de permanecer pode estar relacionado com fatores individuais, organizacionais e laborais/contextuais. Pu e colaboradores (Pu et al., 2024), num estudo transversal, envolvendo enfermeiros, publicado em 2024, em que teve como objetivo analisar a relação entre resiliência psicológica, apoio organizacional percebido e intenção de permanecer, verificaram que a resiliência psicológica se correlaciona de forma positiva com a intenção de permanecer, sendo que parte dessa relação é parcialmente mediada pelo apoio organizacional percebido.

A menor pontuação média normalizada por item em cada dimensão foi observada na

dimensão “Suporte do enfermeiro gestor” (3,01), incorporando questões respeitantes à percepção da empatia e apoio da chefia, bem como referente à gestão e distribuição da carga de trabalho. A sobrecarga de trabalho nos serviços de urgência pode decorrer de múltiplos fatores, de que é exemplo o aumento da procura, a falta de pessoal, a gravidade/complexidade das situações, entre outros, constituindo um dos principais fatores de stress, como demonstrado no estudo efetuado por Alomari (Alomari et al., 2021). Recursos humanos inadequados estão associados a maior insatisfação profissional (Smokrović et al., 2019). Os líderes de enfermagem devem criar e utilizar uma abordagem sistemática no apoio ao processo de atribuição de pessoal, visando a melhor distribuição da carga de trabalho, em prol da segurança dos cuidados e melhoria dos resultados (Diaz & Danvers Perez, 2020), de resto, como preconizado em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esforços devem ser envidados pelos gestores de enfermagem em proporcionar um ambiente de trabalho favorável nas organizações de saúde, com reforço do apoio organizacional, do capital psicológico e na identificação organizacional como um todo (Ma et al., 2023).

No âmbito do estudo das relações em função das variáveis sociodemográficas e profissionais, destaca-se o contributo das últimas. Nesse sentido, o estudo evidenciou que enfermeiros em início de carreira possuíam percepções mais positivas relativamente os restantes grupos, decaindo as pontuações médias à medida que avançamos nas categorias com mais anos. Quando contextualizado o tempo de exercício para o serviço atual (SUMC) a percepção mais positiva ocorreu no grupo que estava a menos de um ano no mesmo. Tal poderá estar associado ao aumento das responsabilidades, que advém das maiores habilitações académicas adquiridas (especialização e metrado), que permite o acesso à categoria de enfermeiro especialista, conferindo responsabilidades acrescidas (429/2018, 2018).

No âmbito das limitações do presente estudo, consideram-se a técnica de amostragem utilizada (não probabilística, por conveniência), o diminuto número de participantes (85) e respeitantes apenas à um SUMC de uma única região de Portugal, pois limitam a generalização dos resultados. Contudo apesar destas limitações, salienta-se a importância dos resultados para o contexto estudado, no estabelecimento do melhor diagnóstico no que concerne à percepção da carga de trabalho e dos fatores associados.

Como dificuldades, constituindo o IWPS-R um instrumento validado há pouco tempo para Portugal, a ausência de estudos envolvendo especificamente o mesmo contexto (urgência)

para auxiliar na comparação/discussão dos resultados.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros multicêntricos, com incremento considerável da amostra, do tipo probabilístico, envolvendo SUMC de várias zonas de Portugal. Posteriormente sugere-se a comparação ao nível internacional.

5. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou uma percepção moderadamente positiva para com a carga de trabalho dos enfermeiros de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSNP, abaixo do seu máximo possível e desejável (105). Por dimensão, destaca-se o “Apoio da equipa” e a “Intenção de permanecer”, como importantes fatores, pois apresentaram as médias normalizadas mais elevadas. Identificou-se como área crítica, a dimensão “Suporte do enfermeiro gestor”, apresentando a menor média normalizada por item. Esta deve merecer uma especial atenção, relevando-se a necessidade de reforço no apoio e na liderança direta, principalmente no que concerne a melhor gestão e distribuição da carga de trabalho, em consonância com as reais necessidades. Salienta-se a associação estatisticamente significativa verificada entre o score global e os grupos definidos nas variáveis tempo de exercício profissional e tempo de exercício no serviço atual (SUMC), com os enfermeiros a iniciar funções a apresentar uma percepção mais positiva acerca da carga de trabalho.

Recomenda-se que as instituições de saúde invistam em estratégias de valorização e suporte contínuo às equipas de enfermagem, especialmente por parte dos gestores de proximidade, de forma a promover-se um ambiente de trabalho mais positivo, sustentável e atrativo, contribuindo para a retenção de profissionais e a qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito das implicações para a enfermagem destaca-se a importância da avaliação da percepção da carga de trabalho em ambientes altamente dinâmicos e imprevisíveis, que é exemplo o serviço de urgência/emergência, o serviço de medicina Intensiva, entre outros, visando o real diagnóstico, podendo assim auxiliar no estabelecimento de estratégias futuras a adotar para a criação de ambientes positivos para a prática de enfermagem.

6. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório permitiu refletir criticamente sobre os contextos clínicos experienciados durante o Estágio de Opção I, nomeadamente na Unidade Intermédia Polivalente (UIP), no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

A ULS, pelo contexto elevado de doentes, revela um ambiente clínico exigente, com um grau complexo de cuidados prestados, com uma estrutura organizacional, orientada para segurança e continuidade e qualidade de cuidados. O desenvolvimento e consolidação de competências clínicas avançadas no domínio da enfermagem médico-cirúrgica, aconteceu neste contexto anteriormente descrito, através do contato direto com doentes em situação crítica, em distintos níveis de vigilância e intervenção (intermédio, urgência e intensivo) com avaliação contínua, tomada de decisão fundamentada, raciocínio clínico, intervenção em situações de instabilidade e colaboração interdisciplinar. Estes estágios permitiram a oportunidades de integração do conhecimento científico com a prática de enfermagem, o desenvolvimento do pensamento crítico, a responsabilidade ética e a capacidade de adaptação às necessidades específicas de cada utente e contexto, devido às características das equipas multidisciplinares envolvidas, os modelos organizativos adotados e a diversidade de experiências clínicas. É de destacar a relevância da dotação segura de recursos humanos, da gestão eficiente, da aplicação de normas e recomendações institucionais e da incorporação de boas práticas, como o uso da técnica ISBAR ou da escala NEWS.

O enfermeiro desempenha um papel central na promoção da segurança, eficácia e dignidade dos cuidados prestados à pessoa e sua família, especialmente em contextos de maior complexidade clínica, como a situação crítica, no entanto, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais e o desgaste físico e emocional têm influência direta na manutenção dos padrões de qualidade.

A formação especializada em enfermagem à pessoa em situação crítica exigiu o desenvolvimento de competências de responsabilidade profissional, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional. O desenvolvimento destas competências durante os estágios, essas competências foram mobilizadas em ações concretas, como a implementação de projetos de formação, elaboração de normas, propostas de melhoria organizacional e colaboração com a equipa multidisciplinar.

Desenvolvi competências na antecipação e prevenção de complicações, atuação em situações emergentes e de risco de vida, apoio à família/cuidador, e participação ativa na implementação de planos terapêuticos complexos, nomeadamente em contexto de medicina intensiva e urgência, com orientação para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados, com particular atenção à comunicação terapêutica, sedoanalgesia e apoio em fim de vida.

A minha atuação passou também pela dinamização e preparação com resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, com reflexão sobre a importância da formação contínua e da articulação entre níveis de resposta hospitalar e extra-hospitalar. Participei em atividades formativas e grupos de trabalho, contribuindo para o reforço da capacidade de resposta a cenários de multivítimas.

No domínio do controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, aprofundei conhecimentos sobre os programas institucionais (PPCIRA), integrei práticas de vigilância epidemiológica e adotei medidas rigorosas de prevenção de infeções associadas aos cuidados, especialmente em contexto de ventilação mecânica invasiva, demonstrando responsabilidade e compromisso com a segurança do doente.

A articulação entre teoria e prática, aliada à reflexão crítica sobre as dinâmicas assistenciais e organizacionais, permitiu desenvolver a minha identidade profissional e reafirmar o compromisso com a excelência na prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados, em consonância com as exigências contemporâneas dos serviços de saúde.

Em suma, o estágio representou uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento integral das competências técnicas, científicas, éticas e relacionais indispensáveis ao exercício da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Ao término deste processo de formação, pode-se afirmar que os objetivos inicialmente estabelecidos foram alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 429/2018, R. n. °. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. In *Diário da República: Vol. 2.ª série* (Issue 135). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24, 449–457. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12354/full>
- Alikari, V., & Fradelos, E. C. (2021). Translation, Cultural Adaptation, Validity, and Internal Consistency of the Grenfermeiro especialistak Version of the Individual Workload Perceptions Scale-Revised. *Cureus*, 13(10), e19174.
- Alomari, A. H., Collison, J., Hunt, L., & Wilson, N. J. (2021). Stressors for emergency department nurses: Insights from a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 975–985. <https://doi.org/10.xxxx/jocn.15675> <https://doi.org/10.1111/jocn.15641>
- Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro*. Diário da República, 1.ª série, n.º 181, 8059–8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70181511>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8–14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Cabrita, C., Lucas, P., Teixeira, G., & Gaspar, F. (2022). Translation and Validation of the Individual Workload Perception Scale-Revised for Portuguese Nurses. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(12), 2476. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122476>
- Cardoso, M. F. P. T., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., & Fonseca, E. F. (2021). Atitudes dos enfermeiros frente à morte no contexto hospitalar: diferenciação por unidades de cuidados. *Escola Anna Nery*, 25(1), e20200100. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0100>
- Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar – uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 29–41.

- Correia, P. S. R. (2021). *O cuidado de excelência como core da enfermagem / Excellence of care as the core of nursing* [Relatório de Estágio de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Universidade Católica Portuguesa.
- Cox, T., Teasley, S., Lacey, S. & Olney, A. (2010). Individual Workload Perception Scale-Revised (IWPS-R) user's (manual. 2nd ed). Kansas City, ABD: Children's Mercy Hospitals and Clinics.
- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., & Amaral, O. (2018). *A satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal. Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(1), 361–370. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1296>
- Cruz, J. R. M. da, & Martins, M. D. da S. (2019). Pneumonia associated with invasive mechanical ventilation: nursing care. *Journal of Nursing Referência*, 4(20), 87–96. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Diaz, J., & Danvers Perez, K. (2020). Workload in nursing: A concept analysis. *Horizonte De Enfermería*, 29(3), 204–211. <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12798>
- Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, páginas 20673 – 20678
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Rede de referenciação hospitalar de urgência e emergência*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgencia-e-emergencia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Diário da República, 2.ª série, n.º 28.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antibióticos (PPCIRA)*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 003/2019: Definição e funcionamento das Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)*.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma Clínica 021/2015: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação* (atualizada em 17 de novembro de 2022).
- Fernandes, I. L. C., & Magalhães, C. P. (2024). Principais fatores indutores de stresse percecionados em enfermeiros de urgência: Um estudo transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1–9. <https://doi.org/10.12707/RVI23.138.33648>
- Ferraz, S. P., Camerini, F. G., Silva, E. A., Fassarella, C. S., Henrique, D. M., & Fortunato, J.

- G. S. (2023). Incidentes clínicos associados à sobreutilização de dispositivos invasivos em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR*, 27(6), 3783-3198.
- Ferreira Malta, H., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: uma Revisão Narrativa. *Servir*, 2(04), e28390. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>
- JL, S., Sa-Couto, P., CJ, S., Oliveira, C., NM, D. S., Mateus, J., CP, M., & Martins, M. (2020). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A 5-year retrospective analysis. In *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15570>
- Krasnhak, F. C. F., Meneghetti, L. C. K., Prevital, G. H. de O., & Agnolo, C. M. D. (2024). Desmame ventilatório em pacientes traqueostomizados: revisão sistemática. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(4), e6441. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-199>
- Kroning, M., & Annunziato, S. (2020). Collaborative conversations in patient care. *Nursing*, 50(1), 58–60. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000615124.16210.df>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Ma, H., Zhu, X., Huang, J., Zhang, S., Tan, J., & Luo, Y. (2023). Assessing the effects of organizational support, psychological capital, organizational identification on job performance among nurses: a structural equation modeling approach. *BMC health services research*, 23(1), 806. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09705-z>
- Macedo, K. D., Silva, K. F. da, Costa, R. M., Silva, R. A. N. da, Costa, S. P., & Scherer, A. (2024, junho). *O impacto da sobrecarga de trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem* (Vol. 28, Ed. 135). Ciências da Saúde. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11541250>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Transition theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 5–20). Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10 319/2014: Redes de Referência e as Vias Verdes*. Diário da República, 2.ª série, n.º 186.
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio*. Diário da República, 1.ª

- série, n.º 86, 2204–2209. <https://data.dre.pt/eli/port/153/2017/05/04/p/dre/pt/html/diariodarepublica.pt+13revistas.rcaap.pt+13homepagejuridica.net+13>
- Ministério da Saúde. (2019). *Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro: Unidades de Cuidados Intermédios*. Diário da República, 2.ª série, n.º 186. Recuperado de <https://dre.pt>
- Néné, M & Sequeira, C. (2022). INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM TEORIA E PRÁTICA. Lidel - Edições Técnicas Lda, ISBN: 978-989-752-490-5
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 70. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8656–8657. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/124-2011-147979>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 123, 17240–17243. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-69107357>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento n.º 558/2017: Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 100.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer N.º 15/2018 - Funções e Equipamentos de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos e Medicina Intensiva*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2.ª série, n.º 184.
- Organização Mundial de Saúde, 2023- (<https://bvsmms.saude.gov.br/accelerar-as-aco-es-juntos-salvar-vidas-higienizar-as-maos-05-5-dia-mundial-da-higiene-das-maos/>).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2.ª série, n.º 184, 128–155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124522080>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Relatório de Atividades 2023*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>

- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Anuário Estatístico 2024*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37657/2024_anuarioestatisticos_nacional_vf2024.xlsx
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Burden of health care-associated infections (HAIs) in Europe* (Key facts and figures). World Health Organization. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/whhd-2023/whhd-2023-key-facts-and-figures.pdf>
- Ornellas, Thuê Camargo Ferraz de, & Monteiro, Maria Inês. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência, serVI*(2), e22055. Epub 07 de setembro de 2023. <https://doi.org/10.12707/rvi22055>
- Pereira, N. (2024, fevereiro 24). *Deontologia profissional: Excelência e compromisso no cuidar*. Mira Online. <https://miraonline.pt>
- Pinho, C. A. O. (2020). *A comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos* (Relatório de estágio de mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.
- Polo, M. J. F., Mocheuti, K., Lima, L. P. S., Finger, A., & outros. (2024). Desenvolvimento da competência clínica na formação do enfermeiro em estágios curriculares supervisionados. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(7), e4794. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-060>
- PORTUGAL, ACSS – Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. 2019.
- Pu, J., Wang, W., Li, G., Xie, Z., Fan, X., Zhan, N., Xu, Y., & Huang, H. (2024). Psychological resilience and intention to stay among nurses: the mediating role of perceived organizational support. *Frontiers in psychology*, 15, 1407206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1407206>
- Ribeiro, O. M. P. L. (2023). *Ambientes de prática de enfermagem positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança* (1ª ed.). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rodrigues Galinha de Sá, F. L. F., & Henriques, H. M. S. R. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Rowland, B. A., Motamedi, V., Michard, F., Saha, A. K., & Khanna, A. K. (2024). *Impact of continuous and wireless monitoring of vital signs on clinical outcomes: a propensity-*

- matched observational study of surgical ward patients. British Journal of Anaesthesia, 132(3), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.12.027>*
- Royal College of Physicians. (2012). *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS.*
- Santos, A. (2019). *As características relacionais do trabalho e o bem-estar dos enfermeiros hospitalares* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/42271>
- Santos, P. A. F. dos, Rabiais, I. C. M., Berenguer, S. M. A. C., & Amendoeira, J. J. P. (2021). *Undergraduate nursing students' competencies in disaster scenarios: from educational needs to curricula regulation. Journal of Nursing Referência, 5(6), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20131>*
- Shatrov, K., Pessina, C., Huber, K., Thomet, B., Gutzeit, A., & Blankart, C. R. (2021). Improving health care from the bottom up: Factors for the successful implementation of kaizen in acute care hospitals. *PloS one, 16(9), e0257412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257412>*
- Silva, M. P., Silva, M. de F., Wang, Z. L., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). Satisfação profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem – uma revisão integrativa. *Gestão e Desenvolvimento, 30, 363–385. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11393>*
- Smokrović, E., Žvanut, M. F., Bajan, A., Radić, R., & Žvanut, B. (2019). The effect of job satisfaction, absenteeism, and personal motivation on job quitting. *Journal of East European Management Studies, 24(3), 398-422.*
- Sousa, M. (2021). *Acessos Vasculares.* Em N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 77-86). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda. .
- Tomé, L. M. D. S. D. (2018). *Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência* (Doctoral dissertation).
- Tomé, L. M. S. D. (2018). *Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência: Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação* (Dissertação de mestrado). ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Trindade, L. R., da Silva, R. M., Beck, C. L. C., Cardoso, L. S., Freitas, E. O., Lima, S. B. S., & Trindade, M. L. (2021). Sobrecarga de trabalho em unidades hospitalares: percepção de enfermeiros. *Saúde e Pesquisa, 14(4), e8063. <https://doi.org/10.17765/2176->*

[9206.2021v14n4e8063](https://doi.org/10.15649/cuidarte.3848)

- Vargas-Escobar, L. M., Aya Roa, K. J., Ortiz Mayorga, J. L., Quiñonez Mora, M. A., Hernández Bohórquez, L. M., Fuentes Bermúdez, G. P., & Casallas Vega, A. (2024). Carga del cuidado de enfermería: un análisis de concepto. *Revista Cuidarte*, 15(3), e3848. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3848>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento (3a edição)*. Edições Sílabo.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International journal of nursing sciences*, 5(3), 287–300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>

ANEXOS

ANEXO I – Individual Workload Perception Scale – Revised

INDIVIDUAL WORKLOAD PERCEPTION SCALE - REVISED

THINK ABOUT YOUR TYPICAL DAILY WORKLOAD OVER THE PAST SIX MONTHS AND ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS.

Scale:					
1 = Strongly Disagrenfermeiro especialista		2	=		
Disagrenfermeiro especialista		3 = Unsure	4 = Agrenfermeiro especialista	5	= Strongly Agrenfermeiro especialista
.	If the nurse manager is off duty the unit is encouraged to contact her/him when there are staffing difficulties				
.	I am able to take at least a 30 minute meal break during my shift				
.	Individual assignments are fairly distributed within the unit given the available resources				
.	Most days I fenfermeiro especialista my workload is reasonable				
.	If I complain about my workload to the nurse manager she/he will be empathetic				
.	Equipment (blood pressure machines, sat monitors, scales, lifts, whenfermeiro especialista chairs, thermometers) for patient care is available when I				

	nenfermeiro especialista para o cuidado do paciente					
.	I work with nurses who I respect professionally					
.	When I feel overwhelmed I can count on other nurses to help me					
.	I stay in my current position because of the support of my nurse manager					
0.	Social workers are available as needed by the patients I care for					
1.	My current workload will cause me to look for a new position					
2.	When a patient experiences a major crisis (code blue, new life-threatening diagnosis) or dies a chaplain is available to support the patient and/or their family.					
3.	I do not plan to stay in my current position for the next 12 months					
4.	The nurse manager assists in working with patients and families who are unhappy with their care					
5.	The nurses on my unit are a team					
6.	The nurses I work with are competent in caring for our typical patient population					

7.	I plan to stay in my current position for at least the next 12 months					
8.	Supplies (IV supplies, catheters, dressings, syringes, linens) for patient care are available when I need them					
9.	Pharmacy services provide adequate support in the medication process					
10.	The nurse manager actively works to fill open positions on the unit in a timely manner					
11.	The nurse manager is actively involved in securing enough staff each shift that is needed					
12.	I have voiced concerns about my workload being too heavy to the nurse manager or charge nurse					
13.	I intend to look for a new position in a different unit or in a different organization within the next 12 months					
14.	My manager is competent to provide basic patient care on the unit. I am able to provide adequate psychological/emotional support to the patients assigned to me					
15.	I am able to provide adequate psychological/emotional support to the patients assigned to me					
	I would be comfortable having					

6	one of my family members cared for by staff on my unit					
7	The nurse manager on my unit provides support in patient care when it is necessary					
8	My current work environment makes me want to stay and work here					
9	The nurses I work with are an important reason I stay in my current job					

ANEXO II – Autorização para uso da Escala de Perceção Individual da Carga de Trabalho

Pedido de permissão para a utilização da Individual Workload Perception Scale ▶ Caixa de entrada x



ARLINDO AFONSO <enfarts@gmail.com>

para prlucas ▾

segunda, 10/06, 18:54 (há 11 dias)



Exmo. Sr. Professor, Doutor, Mestre, Especialista, Enfermeiro Pedro Lucas

O meu nome é Arlindo Afonso Mestrando no Curso para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, em Bragança.

No âmbito da realização da Prática Especializada Baseada na Evidência: Projeto de Investigação, supervisionado pelo Professor Mestre. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Enfermeiro Carlos Pires Magalhães. Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Venho por este meio pedir a V/Exa, *permissão para a utilização da Individual Workload Perception Scale*.

Esta utilização será fulcral para o meu projeto sobre a Perceção da Carga de Trabalho Individual dos enfermeiros numa ULS do Norte de Portugal, para o meu trabalho académico.

Muito Obrigado pela atenção dispensada.

Ao dispor de V/Exa.

Atenciosamente

-

Com os melhores cumprimentos:

Arlindo Afonso



ARLINDO AFONSO

Exmo. Sr. Professor, Doutor, Mestre, Especialista, Enfermeiro Pedro Lucas O meu nome é Arlindo Afonso Mestrando no Curso para obtenção do Grau de Mestre em Enf

10/06/2024, 18:54 (há 11 dias)



Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

para Catarina, mim

12/06/2024, 16:38 (há 9 dias)



Exº.Sr.

Enfermeiro e Mestrando Arlindo Afonso

Ligou-me há pouco mas estava numas provas publicas e não pude atendê-lo.

Tem a nossa autorização para utilizar a escala da qual efetuámos a tradução e validação e que consta no artigo:

- Cabrita, C., Lucas, P., Teixeira, G. & Gaspar, F. (2022). Translation and Validation of the Individual Workload Perception Scale - Revised for Portuguese Nurses. *Healthcare*, 10(12), 2476. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122476>

Solicito que nos artigos que resultarem do seu estudo, efetue a citação do nosso trabalho.

Faço votos de muito êxito no seu estudo e gostaria muito de assistir à sua discussão publica, caso assim o entenda.

Aproveito para pedir que envie os meus cumprimentos ao seu orientador, o Prof. Carlos Pires Magalhães.

Com os meus melhores cumprimentos

Pedro Bernardes Lucas, PhD

Professor Coordenador /Coordinator Professor

Departamento de Administração em Enfermagem/ Nursing Administration Department

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa

+351 217 913 400 | prlucas@esel.pt

ANEXO III_ Autorização da comissão de ética para aplicação do questionário numa ULS do Norte de Portugal



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TÂMEGA E SOUSA

Exmo. (a) Senhor(a)

Enf. Arlindo José Cardoso Afonso

enfarls@gmail.com

N/ Comunicação nº: 61/2024	V/ Referência:	Data: 04/11/2024
----------------------------	----------------	------------------

Assunto: "Perceção da carga individual de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal"

Exmo Senhor Enf. Arlindo José Cardoso Afonso,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "Perceção da carga individual de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS. Contudo de acordo com o parecer, a CES recomenda: "Um dos inqueritos está em inglês e deveria equacionar-se a sua tradução; contudo, uma vez que vai ser aplicado a profissionais diferenciados que devem dominar a língua inglesa não se coloca objeção."

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 24/10/2024 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,


(Eliana Pereira, Dra)

ANEXO IV_ Mail de confirmação da submissão do Artigo de Investigação, “Percepção da carga de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica”

09/09/25, 13:07

Gmail - [CE] Agradecimento pela submissão



ARLINDO AFONSO <enfarls@gmail.com>

[CE] Agradecimento pela submissão

Luciana de Alcântara Nogueira via Biblioteca Digital de Periódicos da Universidade Federal do Paraná <revistas_ojs@ufpr.br>

9 de setembro de 2025
às 12:05

Responder a: Luciana de Alcântara Nogueira <luciana.nogueira@ufpr.br>
Para: Arlindo José Cardoso Afonso <enfarls@gmail.com>

Olá,

Prof. submeteu o manuscrito, "Percepção da carga de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica" ao periódico Cogitare Enfermagem.

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Luciana de Alcântara Nogueira

Revista Cogitare Enfermagem cogitare@ufpr.br

ANEXO IV_ Confirmação da submissão do Artigo de Investigação, “Percepção da carga de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica”

The screenshot displays a web interface for managing submissions. At the top, the title "Submissões" is visible. Below it, there are tabs for "Fila" (with a count of 1) and "Arquivos", and a green "Ajuda" button. The main content area is titled "Minhas Submissões Designadas" and includes a search bar labeled "Buscar", a "Filtros" button, and a "Nova Submissão" button. A single submission is listed with the ID "101169", the author "Cardoso Afonso et al.", and the title "Percepção da carga de trabalho dos enfermeiros de um serviço de urgência médico-ci...". To the right of the title is a speech bubble icon with the number "1". Below the title are two buttons: "Submissão" (highlighted in red) and "Visualizar" (with a dropdown arrow).

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário

QUESTIONÁRIO

Perceção Individual da Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Aos Enfermeiros,

O presente trabalho académico pretende investigar a perceção individual dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho. A mesma tem uma relação negativa com a satisfação dos enfermeiros e qualidade dos cuidados, sendo que juntamente com os conflitos entre os enfermeiros tem uma relação positiva com o turnover (Bautista et al., 2019). A carga de trabalho é o principal motivo de insatisfação dos enfermeiros (Ball, et al., 2016), e neste sentido é necessário realizar avaliações sobre a mesma.

Assim, está a ser realizado este questionário no âmbito do Projeto de Investigação apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, orientado pelo Prof Carlos Magalhães.

Ao preencher o presente questionário estará a expressar o seu consentimento para recolha e tratamento dos seus dados. Os dados serão conservados apenas durante o período do estudo, sendo destruídos após o término do mesmo. O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm respostas certas ou erradas, pretende apenas recolher a sua opinião pessoal. Devido a esse fato, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Desde já agradecemos a sua participação.

Na parte A do questionário pretende-se caracterizar os profissionais.

Na parte B pretende-se adquirir a perceção individual dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho.

Agradeço, mais uma vez, a sua disponibilidade e tempo dispensado.

Encontro-me disponível para responder a questões que possa eventualmente ter, pelo que disponibilizo o meu contacto: enfarls@gmail.com.

Atenciosamente, Enfermeiro Arlindo Afonso

PARTE A – CARACTERIZAÇÃO GERAL

Por favor, leia com atenção a informação relativa a cada questão. Assinale a opção adequada à sua situação

1.1 Sexo

- Feminino
- Masculino

1.2 Idade

- 21 - 29 anos
- 30 - 39 anos
- 40 - 49 anos
- 50 - 60 anos
- > 60 anos

1.3 Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- Outro

1.4 N° de Filhos

- 0
- 1
- 2
- 3
- >3

1.5 Filhos menores a Cargo

Sim

Não

2. Habilitações Académica

Bacharelato

Licenciatura

Curso de Especialização

Mestrado

Doutoramento

2.1 Se possui Especialidade em Enfermagem, indique qual:

Enfermagem Comunitária

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

3. Dimensão Profissional

< 6 meses

10 - 14 anos

6 meses - 1 ano

> 15 anos

1 - 4 anos

5 - 9 anos

3.2 Tempo de exercício profissional nesta instituição

< 1 ano

10 - 14 anos

1 - 4 anos

> 15 anos

5 - 9 anos

3.3 Tempo de exercício no serviço atual

- < 1 ano
- 1 - 4 anos
- 5 - 9 anos
- 10 - 14 anos
- >15 anos

4. Dimensão Laboral

4.1 Tipologia de turnos

- Roullement
- Fixos

4.2 Categoria Profissional na Instituição

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

PARTE B – Escala de Percepção da Carga de Trabalho Individual

Considerando a sua opinião, assinale com um círculo a opção de acordo com o grau de concordância que atribui a cada item. Para o Efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo/n em discordo	Concordo	Concordo fortemente

1	Consigo fazer uma pausa para refeição de, pelo menos, 30 minutos durante o turno.	1	2	3	4	5
2	As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis.	1	2	3	4	5
3	Na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável.	1	2	3	4	5
4	Se eu reclamar junto do enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático.	1	2	3	4	5
5	Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário.	1	2	3	4	5
6	Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente.	1	2	3	4	5
7	Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar.	1	2	3	4	5
8	Mantenho-me no meu atual local de trabalho devido ao apoio do enfermeiro gestor.	1	2	3	4	5
9	O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os clientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados.	1	2	3	4	5
10	Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa.	1	2	3	4	5
11	Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados à tipologia de clientes do serviço.	1	2	3	4	5
12	Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses.	1	2	3	4	5
13	Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são	1	2	3	4	5

	necessários.					
14	Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado na gestão do processo da medicação.	1	2	3	4	5
15	O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis no serviço em tempo oportuno.	1	2	3	4	5
16	O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno	1	2	3	4	5
17	O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados ao cliente no serviço.	1	2	3	4	5
18	Sentir-me-ia confortável em ter um familiar meu a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço	1	2	3	4	5
19	O enfermeiro gestor do meu serviço dá apoio na prestação de cuidados aos clientes quando é necessário	1	2	3	4	5
20	O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui.	1	2	3	4	5
21	Os enfermeiros com quem eu trabalho são o importante motivo para eu estar no meu atual trabalho.	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELO TEMPO DISPENDIDO

APÊNDICE II- Terapia Pressão Negativa

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Estágio I para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 2023-2025,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Serviço UIP ULS Tâmega e Sousa

julho de 24

Professor Responsável IPB- Prof. Carlos Magalhães



Orientador- Enfº José Paulo Costa

Enf^a Raquel Palhares

Enf^a Susana Silva

**Mestrandos: Arlindo Afonso nº 60508
Miguel Alves nº 60505**

Objetivos formativos:



**Dar a conhecer
novas evidências
científicas e
contributos que
possam contribuir
para práticas de
qualidade**

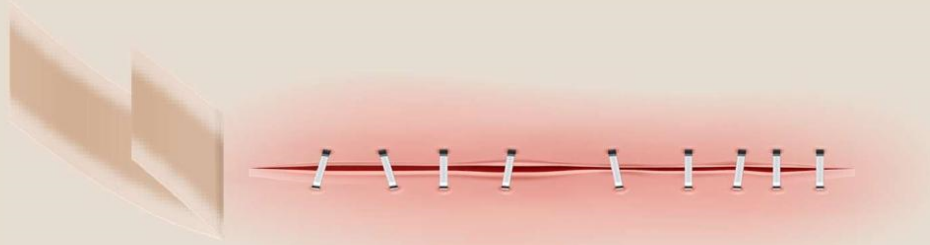


**Obter melhores
resultados junto
dos doentes**



**Promover a
formação e o
raciocínio crítico
da equipa**

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)



A ferida cirúrgica, durante o processo de cicatrização, pode apresentar complicações como **hematoma**, **infeção** e deiscência.

(BCPNS & WC, 2011)



[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Vários autores apontam como principais fatores para surgirem complicações no local cirúrgico :

Relacionados ao doente:

- Obesidade $IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$
- Diabetes Mellitus
- Tabagismo
- Múltiplas Comorbilidades

Relacionados ao Procedimento de alta incidência /alta complexidade :

- Revisões de cirurgias;
- Trauma (lesão ou fratura de tecidos moles) e mecanismo do trauma

Relacionados à cirurgia:

- Colocação da incisão/ Técnica usada
- Contaminação do local cirúrgico
- Tempo operatório prolongado
- Perda sanguínea elevada

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo "Prevena"](#)

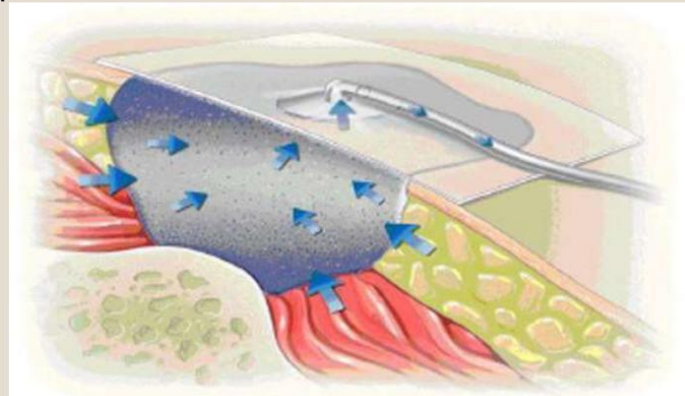
O aumento do número e da complexidade das cirurgias ortopédicas e do trauma, as técnicas e tecnologias aperfeiçoadas que permitem procedimentos cirúrgicos em doentes com maior risco inicial de complicações no local cirúrgico, têm contribuído para a crescente complexidade das feridas cirúrgicas. (Bedard et al. 2019)



[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Terapia por Pressão Negativa (TPN) - contextualização

A Terapia de Pressão Negativa (TPN) revolucionou o tratamento das feridas e, por este motivo, tem sido amplamente utilizada durante a última década.



Foi introduzida em 1997 nos Estados Unidos da América e rapidamente ganhou popularidade no tratamento de feridas graves.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Objetivo da Terapia de Pressão Negativa



Atua numa força centrípeta, aplicando simultaneamente uma pressão negativa sob o leito da ferida, visto que promove a angiogênese e a remoção da carga bacteriana.



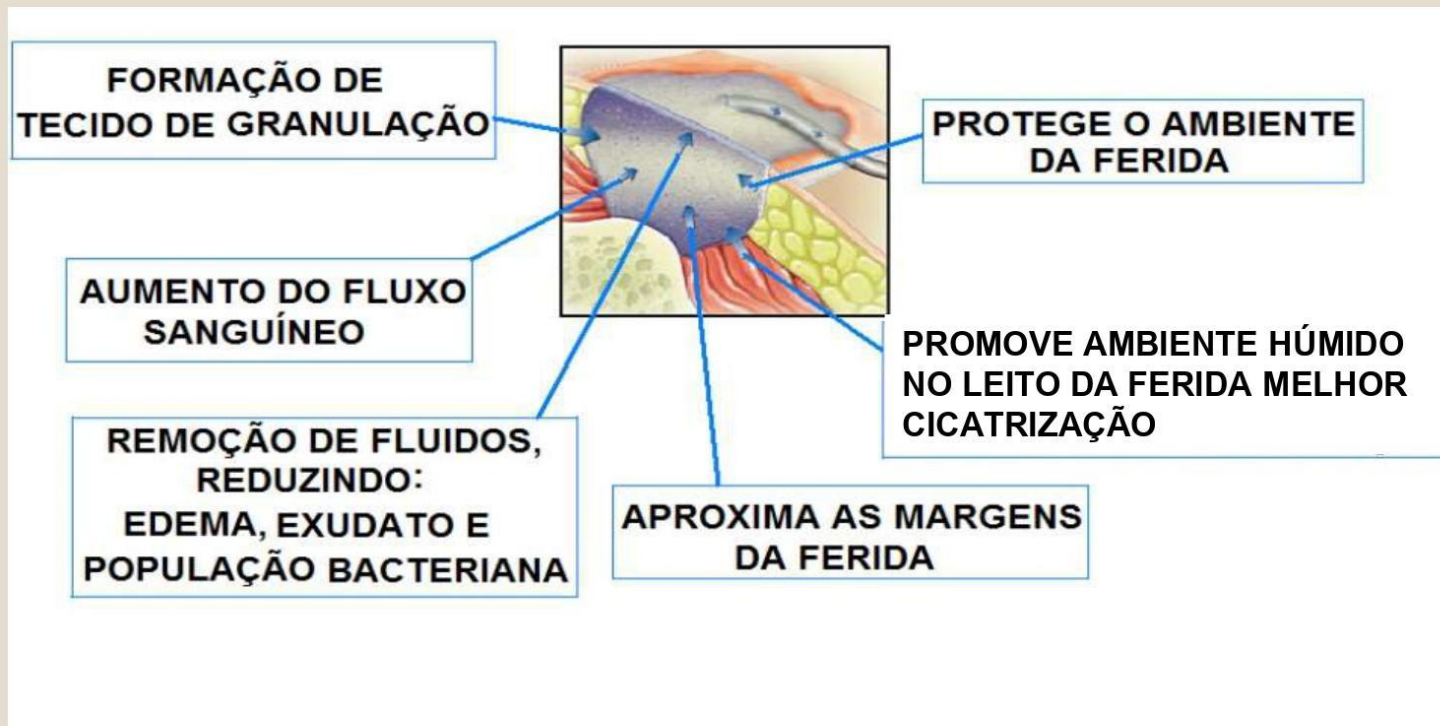
Quando entra em contato com a lesão, melhora a perfusão local, realiza a manutenção do ambiente, controla a infeção, diminui o edema, remove fluído (exsudado), aumenta o aporte de nutrientes, faz proliferação dos tecidos de cicatrização, promove a contração da ferida e reaproxima os bordos, facilitando o encerramento mais rápido da ferida.

Batista et al., (2013)



[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Mecanismos de Ação



Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Indicações/Contra-Indicações

Feridas que necessitam de:

- Remoção do exsudado e redução do edema peri-lesional;
- Manipulação da ferida com troca de penso várias vezes por dia
- Aumento do fluxo sanguíneo local
- Favorecer a formação de tecido de granulação
- Redução do tamanho e melhorar a complexidade da ferida
- Otimização do leito da ferida antes de cirurgia
- Barreira mecânica
- Promoção de independência, mobilidade e conforto ao paciente
- Impulsionar o processo de cicatrização

Não aplicar:

- Neoplasias malignas
- Fistulas entéricas
- Exposição de vasos sanguíneos, nervos ou órgãos
- Presença de tecidos necrótico
- Osteomielites não tratadas
- Na presença de sangramento ativo
- Deve ser evitado em doentes sob o uso de anticoagulantes
- Quando há dificuldade de hemostasia da ferida
- Colocar o curativo ao lado dos vasos sanguíneos.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Modelos disponíveis

V.A.C.



PREVENA



PICO



Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Dispositivo
PREVENA

Administração contínua de
125mmHg por até 7 dias

Manutenção dos bordos
da incisão unidos



Proteção da incisão contra
fontes infecciosas externas

Remoção de fluidos e
materiais infecciosos

Redução do Edema

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo "Prevena"

Dispositivo
PREVENA

Mecanismo de Ação

<https://multimedia.3m.com/mws/media/1990022O/3m-prevena-shortened-video-emea.mp4>
<https://www.youtube.com/watch?v=EbvGFuoHGac>



Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Aplicabilidade



Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo "Prevena"

Use of the PREVENA™ Incision Management System in a very high-risk patient

Initial studies using incisional negative pressure wound therapy demonstrated improved surgical site infection rates and led to the development of the PREVENA™ Incision Management System (Acelyty, USA), which encloses the wound, preventing microbial contamination, and reduces tension around the closed incision reducing the chances of dehiscence. In this case study, PREVENA was successfully used to prevent



→ Gabriel et al (2006)

Redução do Edema em doente com comorbidades e fatores de risco

→ Stannard et al. (2012)

Atuação na ferida e tecidos adjacentes evitando a discência ou infeção superficial da ferida cirúrgica

→ Anghel El et al., (2016)

Remoção do excesso de fluidos do espaço intersticial pela drenagem persistente

→ Hellito El et al., (2020)

O dispositivo Prevena reduz a tensão lateral e a drenagem concentrada nas suturas, o que diminuiu a probabilidade de deiscência em doentes

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Benefícios:



- Os estudos mostraram uma redução da tensão lateral e do edema de tecidos moles com a aplicação deste dispositivo, resultando numa melhoria do fluxo sanguíneo, sendo a perfusão e a oxigenação tecidual cruciais para a cicatrização de feridas.
- Promove um ambiente mais limpo para a ferida, realizando menos vezes a manipulação da ferida através da execução ou troca de penso convencional, o que se traduz em menos oportunidades de contaminar a ferida

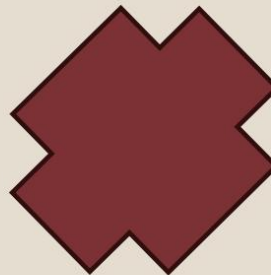
Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Benefícios

Na literatura não existem relatos de dor ou desconforto relacionado ao uso de Terapia de Pressão negativa – dispositivo PREVENA.

Não são relatadas fugas ou problemas no dispositivo de sucção.

Os doentes relatam diminuição da ansiedade, dor e desconforto que seriam provocados pelas trocas frequentes dos pensos convencionais repassados.



Efeitos Adversos

O único problema mencionado foram as reações cutâneas, incluindo erupção cutânea e flitenas - “bolhas” no adesivo ao redor do penso.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Benefícios dispositivos PREVENA

**Doentes obesos e
diabéticos**

Risco acrescido de
desenvolver infeção



**Grupo pessoas com
tratamentos
convencionais à ferida**

Mais seromas, maior tensão na ferida, mais
manipulação do penso, logo mais
complicações da ferida



**Grupo de pessoas
com terapia Prevena**

Remove excesso fluidos,
promove a redução do
edema, Restauo do fluxo
vascular e linfático;
aumenta a oferta de
nutrientes e oxigénio ao
leito da ferida


[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo "Prevena"](#)

Implicações na prática clínica de enfermagem

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

INTERVENÇÃO INTERDEPENDENTE VS INTERVENÇÃO AUTONOMA

Tratamento de feridas por pressão negativa - intervenção autónoma de enfermagem ???



MESA DO COLÉGIO DA
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

PARECER N.º 03 / 2016

ASSUNTO: A TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA É UMA INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM?

1. A QUESTÃO COLOCADA

"...A terapia com pressão negativa é uma intervenção autónoma de enfermagem?"

2. FUNDAMENTAÇÃO

O tratamento de feridas desde sempre se mostrou um desafio para os profissionais de saúde e para o próprio sistema de saúde. Actualmente, as feridas apresentam elevada prevalência mundial e são responsáveis por internamentos prolongados, pela diminuição da qualidade de vida dos doentes e da família, e pelo consequente aumento dos custos na saúde. O tratamento de feridas é um assunto importante no quotidiano da enfermagem, e em constante evolução.

A definição de ferida é muito abrangente e é possível defini-la de acordo com o visado de cada autor. Ao longo deste parecer definimos ferida como uma interrupção na integridade cutânea, membranas ou nos tecidos.

As feridas são consideradas actualmente uma epidemia escondida, que afectam milhões de pessoas em todo o mundo (estima-se que atingem cerca de 14 a 22,8% da população mundial) e têm um elevado impacto tanto a nível individual como económico. É crucial, portanto, saber identificar e tratar correctamente as feridas, a fim de aumentar a qualidade de vida do doente e economizar recursos (Santos, 2014).

A terapia por pressão negativa aplicada ao tratamento de feridas tem vindo a ganhar relevância nos dias de hoje. A sua aplicação remonta a mil anos atrás, sendo utilizada pela primeira vez como adjuvante em técnicas de acupuntura na medicina chinesa, quando verificada o seu efeito hiperémico com vantagens a nível da estimulação da cicatrização. (Santos, 2014).

Actualmente a terapia de pressão negativa pode ser definida como um sistema de tratamento activo com recurso a tecnologia, embora não invasivo no tratamento de feridas complexas (Kallero et. al, 2010; Marques, Oliveira, Mourão & Luz, 2013). O mecanismo de acção ainda não é totalmente compreendido, mas acredita-se que em resposta à força mecânica instituída há uma estimulação da angiogénese, garantindo um adequado aporte sanguíneo que promove a formação de tecido de granulação, redução de edema local e limitação da infecção. Gustafsson, Sjogren & Ingemarsson (2007) definem o uso de pressão negativa como um material de penso sofisticado, estável e flexível que fazem com que o leito da ferida se mantenha húmido, estimulando assim a cicatrização.

Este tipo de terapia está indicado para o tratamento de feridas crónicas, feridas agudas, feridas traumáticas, deiscências, úlceras de pressão, feridas associadas à diabetes e preparação do leito de feridas numa condição propícia à cicatrização (Marques, Oliveira, Mourão & Luz, 2013). Tem como vantagens o aumento das taxas de cicatrização, permitindo a preparação do leito da ferida num curto intervalo de tempo, a diminuição do tempo de hospitalização e consequentemente diminuição da taxa de infecção e mortalidade (Moffatt & Agreda, 2007). Proporciona, também, uma melhoria da qualidade de vida da pessoa com ferida uma vez que, após poder continuar a terapia em regime de ambulatório, com todas as vantagens de permanecer no seu meio familiar e social.

Numa revisão sistemática da literatura, Marques, Oliveira, Mourão e Luz (2013) confirmam que a terapia por pressão negativa proporciona condições para que o organismo abrevie o processo

Parecer NCEEMC 03 / 2016 - 1 de 5

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

**Decisão
envolve
outros
profissionais**



O **exercício profissional dos enfermeiros** insere-se num contexto de **atuação multiprofissional e pluridisciplinar** onde se enquadram **intervenções iniciadas por outros técnicos de saúde**, intervenções interdependentes, **realizadas pelos Enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais**, em conjunto com outros técnicos, **para atingir um objetivo comum**, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formuladas.

Intervenções interdependentes

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

**Decisão do
Enfermeiro**



iniciadas pela **prescrição do Enfermeiro**, **intervenções autónomas**, onde o **Enfermeiro** tem a **responsabilidade pela prescrição da intervenção** e sua implementação.

Intervenções autónomas

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)



O enfermeiro (a) é o protagonista quando se refere ao tratamento de feridas, desde as mais simples até às mais complexas, pois são os enfermeiros que acompanham desde a admissão até á alta, participando em todos os momentos e etapas do cuidado

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Vigilâncias de enfermagem na aplicação da TPN



Verificar a pele do doente, sem pelos e seca antes da aplicação do dispositivo para garantir uma boa adesão da área.
Aplicar o dispositivo em condições assépticas sempre;



Não deve ser colocado sobre drenos ou fios – Certificar-se de que os drenos sejam colocados numa posição mais baixa.
(o dispositivo não substitui a necessidade de drenos cirúrgicos quando indicado.)



Se aplicado sobre uma articulação, por exemplo, um joelho, certificar-se de que seja aplicado sem tensão para minimizar o risco de formação de lesões;



Inspecionar regularmente o seu o funcionamento: verificar o reservatório, a aderência, a saturação da espuma e a unidade de energia.

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

Vigilâncias de enfermagem pós aplicação da TPN



Manutenção e Monitorização Contínua

- **Monitorização Contínua:** Verificar regularmente o funcionamento da unidade de TPN, incluindo:
 - **Alarmes:** Garantir que todos os alarmes estão operacionais e responder imediatamente a qualquer alarme.
 - **Vácuo:** Verificar se a pressão negativa, está dentro dos parâmetros prescritos.
 - **Integridade do Selo do Penso:** Assegurar que o selo esteja intacto, sem drenagens que possam comprometer o tratamento.
- **Avaliação da Ferida:** Avaliar a ferida regularmente e durante as trocas de penso para monitorizar a cicatrização, observar sinais de infeção ou outras complicações.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Vigilâncias de enfermagem pós aplicação da TPN



Manutenção e Monitorização Contínua

Troca de Penso PREVENA

- **Troca de Penso:** Trocar o penso conforme as diretrizes do fabricante, que geralmente recomenda trocas a cada 5 a 7 dias, ou conforme necessário, baseado na quantidade de exsudado, condição da ferida e avaliação clínica.
- **Indicações para Troca Antecipada:** Trocar o penso imediatamente se houver sinais de alteração da integridade do penso, infeção, ou se o penso estiver muito saturado.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Vigilâncias de enfermagem pós aplicação da TPN



Cuidados Gerais e Prevenção de Complicações

- **Informação do doente:** Informar o doente sobre a importância de manter o penso e a unidade de TPN em funcionamento contínuo, além de orientá-lo sobre como identificar problemas (**doente informado = dupla vigilância do TPN**)
- **Prevenção de Infecções:** Monitorizar sinais de infeção, calor, dor aumentada ou drenagem purulenta. **Trocar o penso imediatamente se houver suspeita de infeção**
- **Registos:** Registrar todas as avaliações, intervenções e mudanças de penso no processo do doente, incluindo a aparência da ferida, quantidade e características do exsudato.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



- **Controle da Dor:** Garantir que o controle da dor é adequado antes, durante e após as mudanças de penso.
- **Nutrição e Hidratação:** Promover uma dieta balanceada e hidratação adequada para apoiar a cicatrização.
- **Mobilidade e Atividades:** Incentivar a mobilidade e atividades conforme tolerado, para prevenir complicações adicionais, como úlceras de pressão.

Esses cuidados são cruciais para garantir que a terapia com pensos PREVENA de pressão negativa seja eficaz, promovendo a cicatrização adequada da ferida e prevenindo complicações.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Controle da Dor

1. Avaliação Inicial da Dor:

1. Utilizar escalas da dor validadas
2. Considerar fatores como a história prévia de dor e a resposta a analgésicos.
3. Administrar analgésicos conforme a prescrição antes do procedimento.
4. Analgésicos comuns podem incluir paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou opioides, dependendo da intensidade da dor
5. Aplicar o penso com cuidado para minimizar a dor associada à manipulação da ferida.
6. Utilizar estratégias de distração como: conversar com o doente, como métodos de distração para reduzir a percepção da dor
7. Evitar movimentos bruscos
8. Ajustar a dose ou tipo de analgésico com base na resposta.
9. Explicar a importância do controle da dor e relato do desconforto.
10. Ensinar técnicas de autocontrole na gestão da dor
11. Se a dor persistir ou aumentar, consultar a equipe médica para uma revisão do plano terapêutico
12. Documentação completa da realização do penso, e não apenas a técnica e características da ferida

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Importância da Nutrição na Cicatrização de Feridas

- **Proteínas:** Essenciais para a síntese de colágeno, que é crucial para a formação de novos tecidos (Carnes magras, peixes, ovos, leite e produtos lácteos, leguminosas e nozes)
- **Carboidratos:** Fornecem energia necessária para o processo de cicatrização e para a atividade celular. (Grãos integrais, frutas, legumes e tubérculos).
- **Gorduras:** Fornecem ácidos essenciais e energia. As gorduras são também necessárias para a absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K). (Óleos vegetais, nozes, sementes, abacate e peixes gordurosos como salmão.)

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN

Importância da Nutrição na Cicatrização de Feridas



Vitaminas e Minerais

Vitamina C: Importante para a síntese de colágeno e para a função imunológica. (frutas cítricas, morangos, kiwis, pimentões e brócolos)

Vitamina A: Essencial para a manutenção e reparação do tecido epitelial. (cenouras, batata-doce, espinafre e fígado)

Zinco: Necessário para a síntese de proteínas e a divisão celular. (Carnes, mariscos, leguminosas, nozes e sementes)

Hidratação: Manter a pele hidratada e elástica, facilita o transporte de nutrientes e remove toxinas.

Recomendação: Incentivar a ingestão de líquidos como água, chás e sumos naturais. Evitar bebidas com alto teor de açúcar ou cafeína.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Estratégias para Promover uma Dieta Balanceada e Hidratação

Avaliação Nutricional:

- Realizar uma avaliação nutricional inicial para identificar deficiências e necessidades específicas.
- Trabalhar com nutrição para desenvolver um plano alimentar individualizado.

Educação do doente:

- Educar o doente e família sobre a importância da nutrição e hidratação na cicatrização de feridas.
- Fornecer materiais educativos e sugestões de refeições nutritivas.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Estratégias para Promover uma Dieta Balanceada e Hidratação

Monitorização e Ajustes:

- Monitorizar regularmente o estado nutricional e a hidratação.
- Fazer ajustes no plano alimentar conforme necessário, com base na resposta e nas mudanças da condição da ferida.

Suplementação Nutricional:

- Considerar o uso de suplementos nutricionais, se necessário, para garantir a ingestão adequada de nutrientes.
- Suplementos de proteínas, multivitamínicos e minerais podem ser úteis quando as necessidades estão aumentadas ou ingestão alimentar insuficiente.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Benefícios da Mobilidade e Atividades

Prevenção de Úlceras de Pressão:

- **Risco Reduzido:** A mobilidade reduz o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão ao aliviar a pressão constante sobre áreas vulneráveis do corpo.
- **Fluxo Sanguíneo:** A movimentação melhora a circulação sanguínea, fornecendo oxigênio e nutrientes essenciais para a pele e os tecidos, o que é crucial para a cicatrização de feridas.

Melhoria da Função Muscular e Articular

- **Manutenção da Força:** A atividade física ajuda a manter a força muscular e a flexibilidade articular, prevenindo a atrofia e a rigidez.
- **Coordenação e Equilíbrio:** O movimento regular melhora a coordenação e o equilíbrio, reduzindo o risco de quedas.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Saúde Cardiovascular

- **Circulação:** A atividade física promove a saúde cardiovascular, melhorando a eficiência do coração e dos vasos sanguíneos.
- **Redução de Complicações:** A mobilidade regular pode ajudar a prevenir complicações cardiovasculares, como trombozes e embolias.

Bem-Estar Mental e Emocional

- **Redução do stress:** A atividade física liberta endorfinas, que ajudam a reduzir o stress e a ansiedade.
- **Melhoria do Humor:** Participar em atividades físicas e sociais pode melhorar o humor e o bem-estar emocional do paciente.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Melhoria da Função Respiratória

Capacidade Pulmonar: A mobilidade e a atividade física ajudam a manter uma boa função pulmonar, prevenindo complicações respiratórias, como pneumonia.

Estratégias para Incentivar a Mobilidade e Atividades

Avaliar Capacidades: Realizar uma avaliação inicial para determinar o nível de mobilidade e as capacidades físicas do doente.

Identificar Limitações: Identificar quaisquer limitações ou contraindicações à atividade física.

Plano de Atividades: Desenvolver um plano de atividades individualizado com base na avaliação inicial, levando em consideração as preferências e a tolerância do doente.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Metas Realistas: Estabelecer metas realistas e alcançáveis para incentivar o progresso gradual.

Movimentos Básicos: Incentivar movimentos simples, como mudar de posição na cama, sentar-se e levantar-se regularmente.

Atividades Cotidianas: Promover a participação em atividades cotidianas, como caminhar pequenas distâncias, fazer exercícios leves e realizar tarefas domésticas leves.

Apoio Físico: Fornecer apoio físico, como barras de apoio, andarilhos e cadeiras de rodas, para facilitar a mobilidade segura.

Assistência Profissional: assistência de enfermagem de reabilitação e fisioterapia e outros profissionais de saúde para orientar e supervisionar os exercícios.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Considerações Adicionais na TPN



Educação do doente: Educar o doente e família sobre os benefícios da mobilidade e atividades físicas.

Motivação Contínua: Oferecer motivação contínua e reforço positivo para encorajar a participação nas atividades.

Monitorização e Ajustes:

Monitorizar Progresso: Monitorizar regularmente o progresso do paciente e ajustar o plano de atividades conforme necessário.

Avaliação Contínua: Realizar avaliações contínuas para garantir que as atividades sejam seguras e eficazes.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

CONCLUSÃO



O tratamento de feridas por pressão negativa é um método altamente eficaz. Devido às suas vantagens demonstradas na literatura, DEVE ser considerado como parte integral e indispensável do moderno tratamento de Feridas Cirúrgicas.

Os benefícios da utilização Dispositivo Prevena tem sido demonstrados em vários estudos realizados, defendendo que este sistema promove a cicatrização e previne complicações em doentes com alto risco de desenvolverem ILC.

Esta terapia encontra-se em plena evolução,

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

”Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

BIBLIOGRAFIA

- Anghel eL, et al. A solution for complex wounds: the evidence for negative pressure wound therapy with instillation. Int Wound J, 2016.
- Medeiros, A., Neto, T., Filho, A., Pinto, F., Uchôa, R., Carvalho, M. Cicatrização: conceitos actuais e recursos auxiliares.(2003).
- Stannard JP, Volgas DA, McGwin G 3rd, Stewart RL, Obremskey W, Moore T, et al. Incisional negative pressure wound therapy after high-risk lower extremity fractures. J Orthop Trauma . 2012
- Vuerstaek JD, Vainas T, Wuite J, et al. State-of-the-art treatment of chronic leg ulcers: a randomized controlled trial comparing vacuum-assisted closure (V.A.C.) with modern wound dressings. J Vasc Surg 2006;
- Cost-effectiveness of negative pressure wound therapy for postsurgical patients in long-term acute care. Adv Skin Wound Care 2009;
- Helito CP, Junqueira JJM, Gobbi RG, Angelini FJ, Rezende MU, Tírico LEP, et al. Effect of postoperative use of nasal oxygen catheter supplementation in wound healing following total knee arthroplasty. Clinics. 2020
- Hansen E, Durinka JB, Costanzo JA, Austin MS, Deirmengian GK. A terapia de feridas por pressão negativa está associada à resolução da drenagem incisional na maioria das feridas após artroplastia de quadril.Clin Orthop 2013;
- CAMARGO PAB, et al. Uso de curativo a vácuo como terapia adjuvante na cicatrização de sítio cirúrgico infectado. J Vasc Bras, Dez 2016
- Newman JM, Siqueira MBP, Klika AK, Molloy RM, Barsoum WK, Higuera CA. Use of closed incisional negative pressure wound therapy after revision total hip and knee arthroplasty in patients at high risk for infection: a prospective, randomized clinical trial. Journal of Arthroplasty. 2019.

[Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”](#)

Obrigado

Benefícios da Aplicação da Terapia de Pressão Negativa, uso de dispositivo “Prevena”

APÊNDICE III- Trauma Crânio Encefálico



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica 2023-2025

Penafiel, 20 Novembro 2024

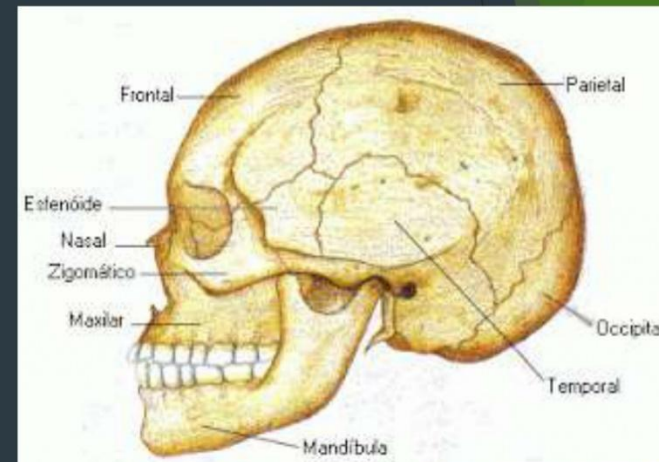
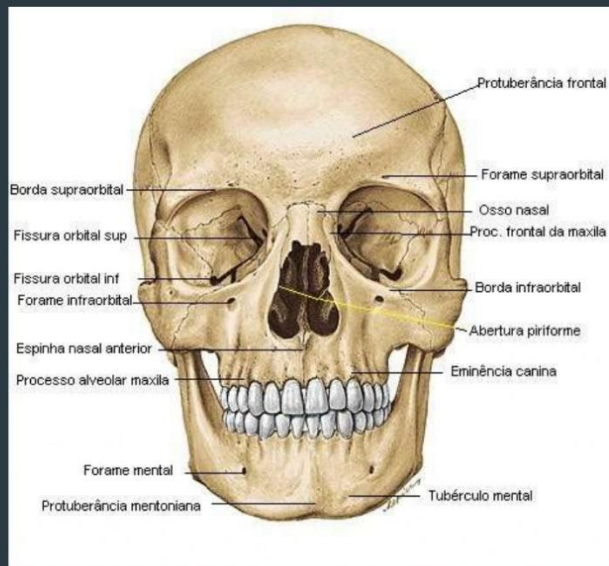
TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO



TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO

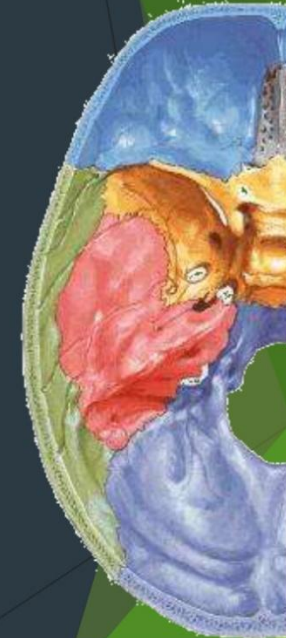
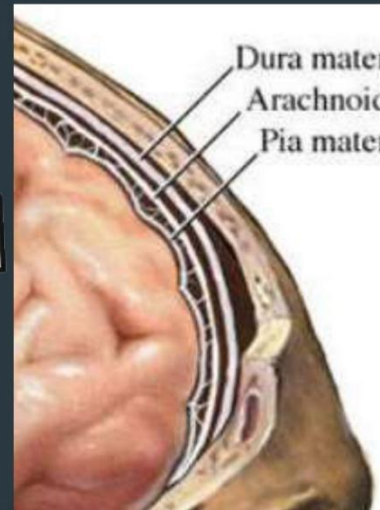
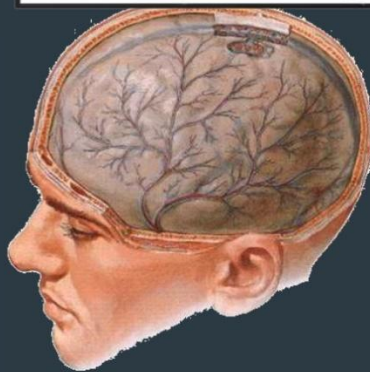
- TCE são responsáveis por 40-50% de todas as mortes por trauma
- Mais frequente em jovens entre os 20 e os 29 anos e idosos com idade superior a 80 anos
- Aproximadamente 95% das mortes acontecem fora do hospital e 5% após admissão hospitalar
- A incidência é mais elevada nos homens do que nas mulheres
- Letalidade exponencialmente superior na população idosa

REVISÃO ANÁTOMO-FISIOLÓGICA



REVISÃO ANÁTOMO-FISIOLÓGICA

As Meninges

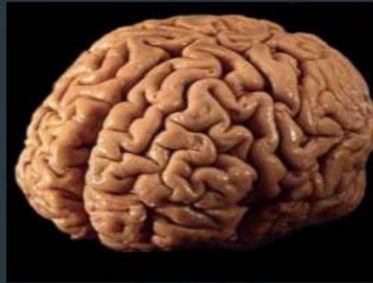


A Base do Crânio

REVISÃO ANÁTOMO-FISIOLÓGICA

Doutrina Monro-Kellie

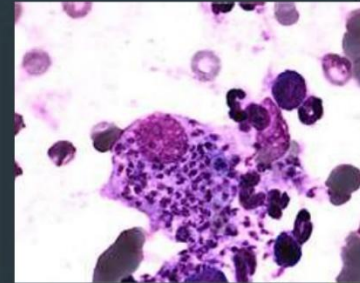
Volume intracraniano total permanece constante



80%



10%

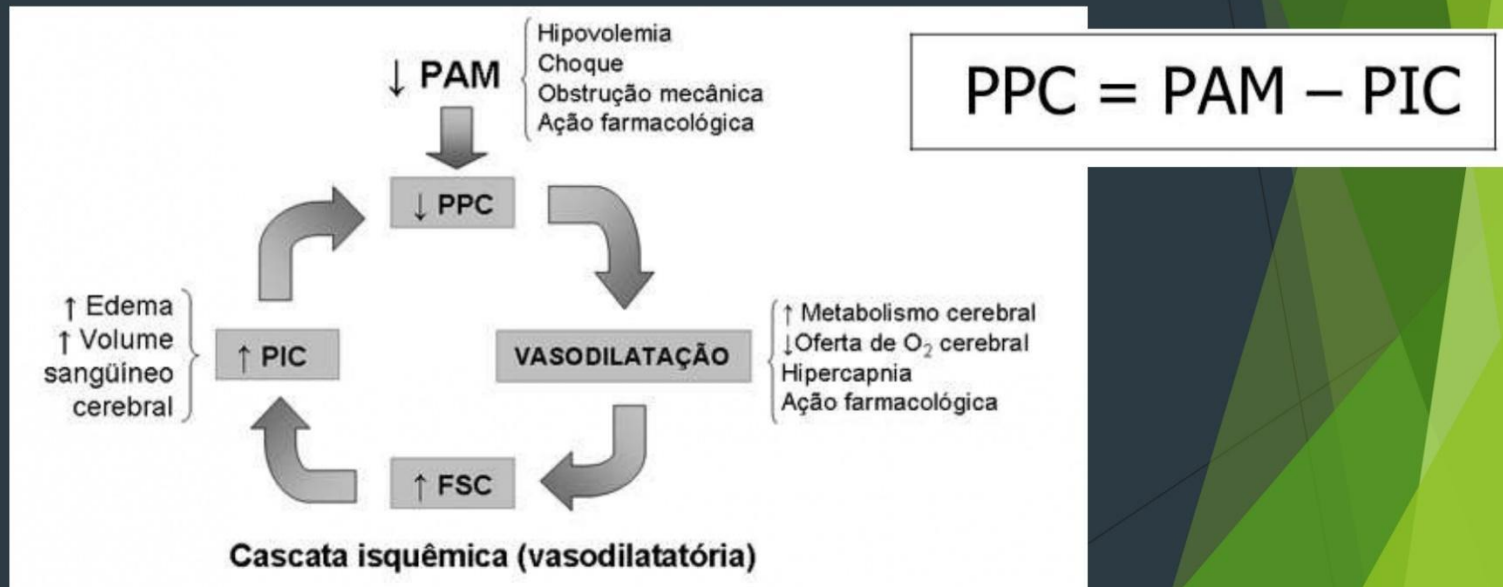


10%

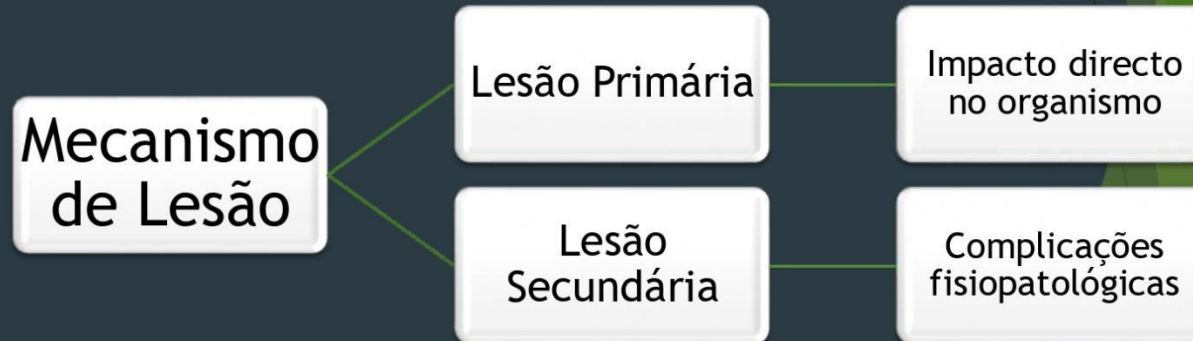
Valor normal da Pressão Intracraniana (PIC): 10mmHg

A elevação da PIC pode reduzir a perfusão cerebral e causar isquemia.

REVISÃO ANÁTOMO-FISIOLÓGICA



MECANISMOS DE LESÃO

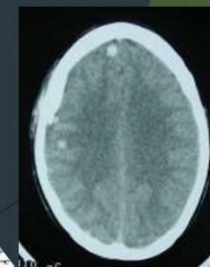
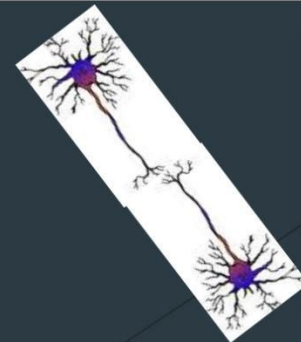
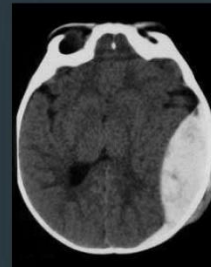
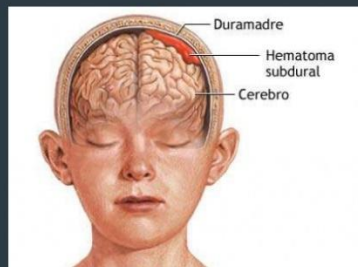
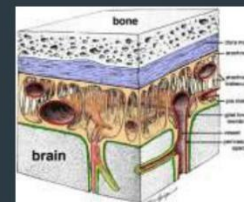
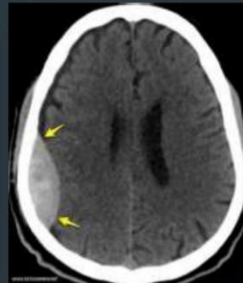
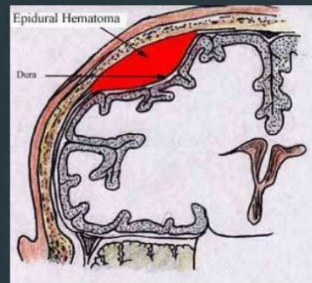


CLASSIFICAÇÃO DOS TCE | GRAVIDADE DA LESÃO

TCE LIGEIRO: GCS 14-15
TCE MODERADO: GCS 9-13
TCE GRAVE: GCS <9



CLASSIFICAÇÃO DOS TCE | MORFOLOGIA DA LESÃO



PRINCÍPIOS DA ABORDAGEM PRÉ-HOSPITALAR

- Garantir adequada protecção cervical e imobilização em plano duro;
- Garantir adequada permeabilidade e protecção da via aérea;
- Assegurar adequada oxigenação do sangue (SPO₂>94%);
- Garantir e assegurar a normovolémia (PAS>110mmHg);
- Adoptar medidas que evitam elevação da PIC (elevação da cabeça, permeabilidade das jugulares, sedação e analgesia adequadas);
- Controlar situações que aumentem o metabolismo celular (convulsões, febre);
- Identificar a gravidade do TCE e promover transporte rápido e seguro para unidade hospitalar mais próxima/adequada



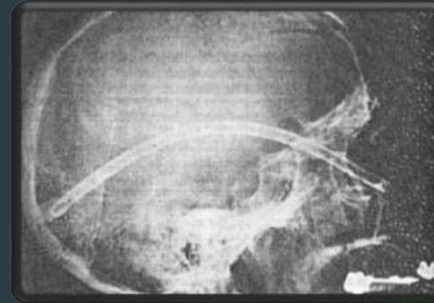
CRITÉRIOS PARA HELITRANSPORTE

- Vítima de TCE moderado ou grave isolado
- Sem necessidade de estabilização cirúrgica de trauma torácico, abdominal ou bacia
- A mais de 60 minutos de unidade hospitalar com valência neurocirúrgica



PRINCÍPIOS DE ABORDAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA | A

- Protecção cervical;
- Aspiração de vômito ou secreções;
- Sedação sempre que necessária realizar IOT (mesmo em doentes com GCS=3) de forma a evitar estimulação e aumentar a PIC;
- Está contra-indicada a introdução de dispositivos nasais até ser possível a exclusão de fracturas da base do crânio;



PRINCÍPIOS DE ABORDAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA | B

- Administração de O₂ suplementar;
- Monitorização contínua da SpO₂ e, se possível, da end-tidal CO₂ (EtCO₂); idealmente, SpO₂ ≥ 98%; evitar SpO₂ < 90%;
- Assegurar normoventilação (EtCO₂ entre 35 e 45 mmHg) - evitar hipo ou hiperventilação;
- Hiperventilação deve ser usada com muito cuidado e apenas nos doentes com sinais de herniação (alteração do estado consciência, anisocoria, hipertensão e bradicardia).

PRINCÍPIOS DE ABORDAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA | C

- Tratamento agressivo da hipotensão arterial (evitar pressão arterial sistólica <90 mmHg);
- Reposição de volume deverá ser feita com soros isotónicos não glicosados (cristalóides);
- Soros glicosados estão contraindicados por potenciarem o aumento da área de lesão cerebral;
- A administração de volume deve ser feita de forma controlada a fim de, por um lado, combater a hipotensão e, por outro, evitar a elevação da pressão intracraniana por sobrecarga de volume (o seu objectivo é atingir a normovolemia);

PRINCÍPIOS DE ABORDAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA | D

- Avaliação neurológica sumária seriada;
- **Elevação da cabeça** (em plano), se possível, a 30 - 45°;
- Garantir a permeabilidade das veias jugulares internas, principal meio de drenagem venosa do encéfalo - atenção ao colar cervical muito apertado;
- Avaliação da glicemia capilar;
- Sedação adequada;
- Profilaxia de convulsões ?;
- Controlo da febre:
 - > Paracetamol - 1 g EV.

PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO HIPEROSMOLAR

- **Manitol**

Como diurético osmótico, o manitol tem um efeito importante na redução da PIC mas, ao mesmo tempo, um efeito de redução da pressão de perfusão cerebral que pode conduzir paradoxalmente a isquémia

- **Solução salina hipertónica**

Estudos recentes evidenciam que a ressuscitação de pequeno volume com solução salina hipertónica promove a estabilização de parâmetros hemodinâmicos recrutando fluidos do espaço extravascular para o espaço intravascular



TAC NORMAL



HEMATOMA SUBDURAL
HEMATOMA EPICRANIANO
DESVIO DA LINHA MÉDIA
INUNDAÇÃO VENTRICULAR

Bibliografia

- Agnolo, C. M. D., Radovanovic, C. A. T., Salci, M. A., & Silva, S. B. (2021). *Enfermagem em urgência e emergência* (1ª ed.). Difusão Editora. <https://play.google.com/books/reader?id=MeVBEAAAQBAJ&pg=GBS.PA4&hl=pt-PT> Agrela, N. V. S. (2019). *Competências de Comunicação após Traumatismo CrânioEncefálico* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32154/1/Nicole%20Agrela_Tese
- Broglio, S. P., Guskiewicz, K. M., & Norwig, J. (2017). If You're Not Measuring, You're Guessing: The Advent of Objective Concussion Assessments. *Journal of athletic training*, 52(3), 160-166. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-51.9.05>
- Diário da República. (2011). Regulamento 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica
- Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Galgano, M., Toshkezi, G., Qiu, X., Russell, T., Chin, L., & Zhao, L. R. (2017). Traumatic Brain Injury: Current Treatment Strategies and Future Endeavors. *Cell transplantation*, 26(7), 1118-1130. <https://doi.org/10.1177/0963689717714102>
- Li, L. M., Dille, M. D., Carson, A., Twelftree, J., Hutchinson, P. J., Belli, A., Betteridge, S., Cooper, P. N., Griffin, C. M., Jenkins, P. O., Liu, C., Sharp, D. J., Sylvester, R., Wilson, M. H., Turner, M. S., & Greenwood, R. (2021). Management of traumatic brain injury (TBI): a clinical neuroscience-led pathway for the NHS. *Clinical medicine (London, England)*, 21(2), e198-e205. <https://doi.org/10.7861/clinme>

Bibliografia

- [020-0336](#)Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Aries, M., Bashford, T., Bell, M. J., Bodien, Y. G., Brett, B. L., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Clark, D., Clasby, B., Cooper, D. J., Czeiter, E., Czosnyka, M., Dams-O'Connor, K., ... InTBIR Participants and Investigators (2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet. Neurology*, 21(11), 1004-1060. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- Olsen, A., Babikian, T., Bigler, E. D., Caeyenberghs, K., Conde, V., Dams-O'Connor, K., Dobryakova, E., Genova, H., Grafman, J., Håberg, A. K., Heggland, I., Hellström, T., Hodges, C. B., Irimia, A., Jha, R. M., Johnson, P. K., Koliatsos, V. E., Levin, H., Li, L. M., Lindsey, H. M., ... Hillary, F. G. (2021). Toward a global and reproducible science for brain imaging in neurotrauma: the ENIGMA adult moderate/severe traumatic brain injury working group. *Brain imaging and behavior*, 15(2), 526-554. <https://doi.org/10.1007/s11682-020-00313-7>
- Silva, J., & Maia, L. (2021). Trauma Cranioencefálico: Atuação do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. *Revista Científica de Enfermagem* 11(35), 511-519. https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.5_11-519
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doente crítico: Versão CEMI/OM*. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf

APÊNDICE IV - Desmame ventilatório no doente traqueostomizado

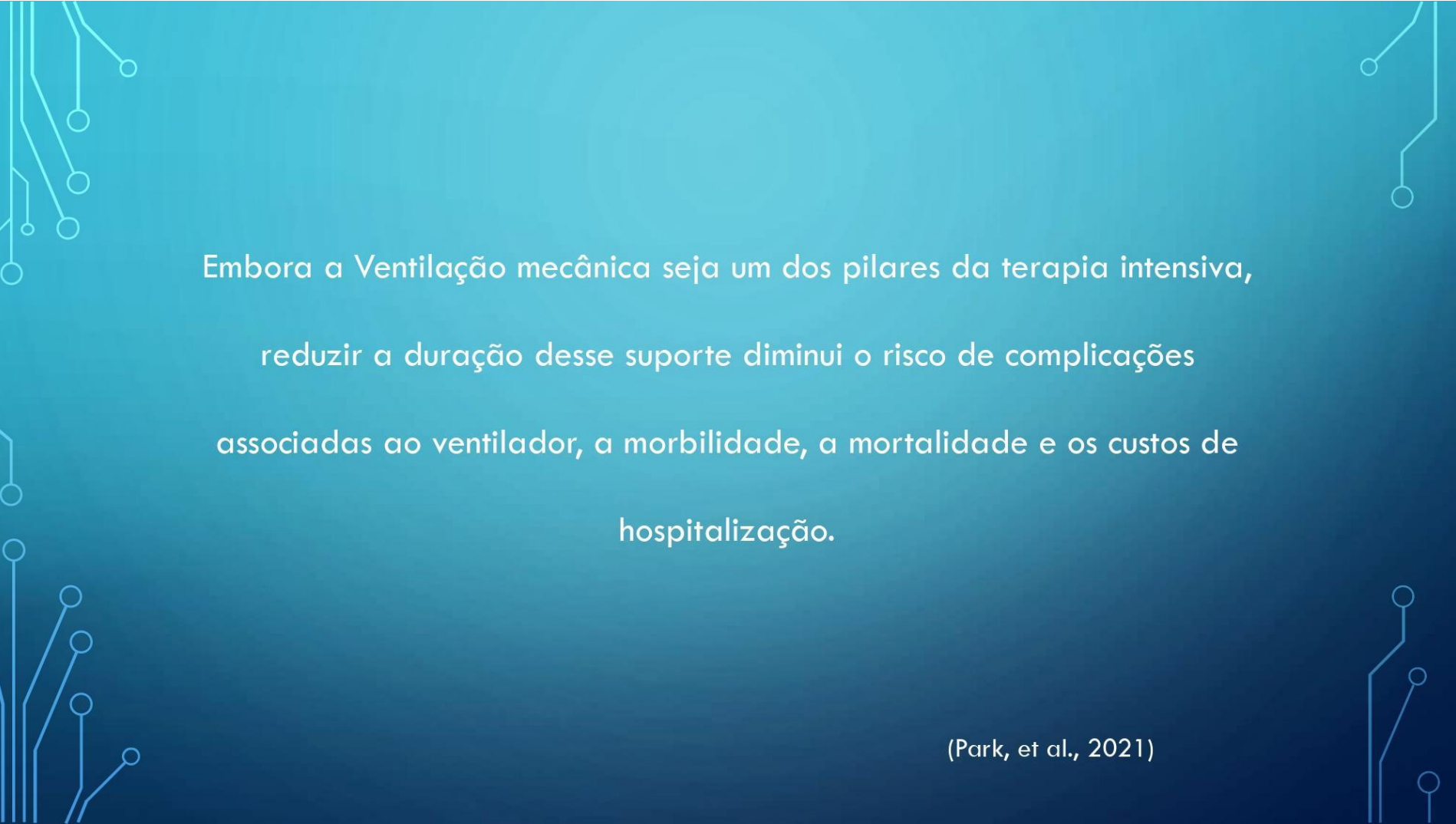


DESMAME VENTILATÓRIO NO DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO

TRABALHO REALIZADO POR :

- ARLINDO AFONSO
- IVO COSTA
- LILIANA MELO
- MIGUEL ALVES
- PAULO SOUSA

Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



Embora a Ventilação mecânica seja um dos pilares da terapia intensiva,
reduzir a duração desse suporte diminui o risco de complicações
associadas ao ventilador, a morbidade, a mortalidade e os custos de
hospitalização.

(Park, et al., 2021)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

- A traqueostomia é um procedimento comum realizado em pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI) que necessitam de ventilação mecânica (VM) prolongada, em casos associados a insuficiência respiratória aguda e outros problemas nas vias aéreas.
- Existem vários benefícios associados a este procedimento, incluindo a melhoria do conforto do paciente, uma necessidade reduzida de sedação e uma redução da resistência das vias aéreas, que permitem um cuidado mais fácil das vias aéreas

(Park, et al., 2021)

- O número de doentes submetidos a ventilação mecânica como suporte vital tem vindo a aumentar, devido aos avanços na terapêutica médica aplicada a doentes críticos, ao envelhecimento da população e à utilização crescente de procedimentos cirúrgicos invasivos. Adicionalmente, referem que, sempre que a condição clínica do doente o permita, podem ser efetuadas novas tentativas de desmame da ventilação mecânica.
- As tentativas de desmame da ventilação mecânica devem ser iniciadas quando o doente é considerado apto, com base no julgamento clínico da equipa multidisciplinar.

(Fradkin et al 2024)

Historicamente, o termo desmame significava a redução gradual no suporte ventilatório para permitir que o paciente assumisse níveis crescentes de trabalho respiratório (em inglês, *work of breathing* [WOB]), com duração de vários dias. No entanto, esse processo pode ser feito rapidamente quando os problemas causadores da insuficiência respiratória são tratados adequadamente e o paciente está pronto para ser libertado do ventilador.

(Haas e Loik, 2012)

PROCESSO DE DESMAME



IRpA: insuficiência respiratória aguda; TRE: teste de respiração espontânea; UTI: unidade de terapia intensiva.

FIGURA 1: Processo de desmame da VM, desde a intubação até a alta da UTI. // Fonte: Adaptada de Boles e colaboradores (2007).³

É fundamental que as UCIs disponham de protocolos que visem à identificação dos pacientes aptos para o início do processo de desmame, sobretudo para que o tempo de sedação não se prolongue desnecessariamente. A sedação profunda está associada a maior tempo de VM, maior tempo de internação e maior mortalidade.

(Marra et al, 2017)

○ bundle **ABCDEF** serve como um guia para cuidados intensivos multidisciplinares e é composto pelos seguintes itens:

A: Avaliar, prevenir e gerenciar a dor;

B: Teste de despertar diário e Teste de Respiração Espontânea (TRE);

C: Escolha de analgesia e sedação;

D: Avaliação, prevenção e gerenciamento do delírium;

E: Mobilidade e exercício precoces;

F: Inclusão e empoderamento da família.

○ *bundle* ABCDEF está associado a aumento da sobrevivência, à redução do tempo de VM e a menor número de readmissões na UCI.

(Mart e Brunnel, 2019)

FORMAS DE REALIZAÇÃO DO TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

Forma	Descrição
Peça em T	Ocorre a desconexão do ventilador mecânico, e o tubo é conectado a uma peça em formato de "T" com uma fonte enriquecida de oxigênio.
PSV (5–7cmH ₂ O)	O paciente é mantido em VM com PS de até 7cmH ₂ O, com ou sem PEEP.
PS 0/PEEP 0	O paciente é mantido em VM com PS e PEEP de 0cmH ₂ O.
CPAP	O paciente é mantido em VM com CPAP de 5–8cmH ₂ O.
ATC (compensação automática do tubo)	O paciente é mantido em VM com o método de ATC.

(Adaptado de Boles et al,2007; Barbas et al,2014; Sklar et al, 2017)

A duração do TRE pode ser de 30 a 120 minutos, mas, visto que não há diferença em relação ao sucesso da extubação entre os dois tempos, prioriza-se a duração menor.

Durante a realização do TRE, o profissional deve estar atento à monitoração respiratória e hemodinâmica do paciente. São **sinais de intolerância ao TRE**:

- Frequência respiratória superior a 35cpm;
- SpO2 periférico inferior a 90%;
- FC superior a 140bpm;
- PAS superior a 180mmHg ou inferior a 90mmHg;
- Alteração do estado de consciência;
- Agitação
- Sudorese

(Esteban, et al, 1999)

Na presença de falha no TRE, a equipe deve investigar as possíveis causas e, posteriormente, traçar estratégias de otimização do quadro clínico do paciente. O indivíduo deve ser mantido em suporte ventilatório que lhe proporcione conforto e trocas gasosas adequadas por um período de 24 horas, para que haja nova tentativa de TRE.

(Barbas, et al, 2014)

CRITÉRIOS DE APTIDÃO PARA O DESMAME DA VENTILAÇÃO PULMONAR MECÂNICA

Aspeto	Créritos
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none">❖ Tosse adequada: PFT \leq -60L/minuto❖ Ausência de secreção excessiva: ausência de necessidade de aspiração a cada 1-2 horas❖ Resolução da doença que motivou a necessidade de intubação

Aspeto	Critérios
Medidas objetivas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oxigenação adequada: <ul style="list-style-type: none"> • $SpO_2 > 90\%$ ($FiO_2 \leq 0,4$) ou $PaO_2/FiO_2 \geq 150$ • $PEEP \leq 8\text{cmH}_2\text{O}$ ❖ Estabilidade cardiovascular: <ul style="list-style-type: none"> • $FC \leq 140\text{bpm}$ • PAS de 90–160mmHg • Ausência ou necessidade de doses mínimas de vasopressores ❖ Adequado estado mental: <ul style="list-style-type: none"> • $ECG > 8$ • Ausência ou adequada sedação • Capacidade de iniciar esforços inspiratórios ❖ Estado metabólico estável: <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio acidobásico e eletrolítico normais $pH \geq 7,25$ ❖ Adequada função pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> • $FR \leq 35\text{irpm}$ • $VC > 5\text{mL/kg}$ • $FR/VC < 105\text{irpm/L}$ • $Pi_{\text{máx}} \leq -20$ a $-30\text{cmH}_2\text{O}$ • Ausência de acidose respiratória significativa

Atenção especial deve ser dada ao balanço hídrico (BH) do paciente. Um estudo com 87 pacientes submetidos à VM constatou que o BH positivo nas 24, 48 e 72 horas precedentes ao desmame e o BH cumulativo (desde a internação hospitalar até o momento da descontinuidade da VM) eram significativamente maiores no grupo que falhou no desmame quando comparado ao grupo que foi desmamado com sucesso.

(Upadya, et al, 2005)

CLASSIFICAÇÃO DO DESMAME DA VENTILAÇÃO PULMONAR MECÂNICA

Desmame	Descrição
Simple	Sucesso no primeiro TRE.
Difícil	Falha no primeiro TRE e necessidade de até 3 TREs ou até 7 dias a partir do primeiro TRE para o alcance do desmame bem-sucedido.
Prolongado	Falha em pelo menos 3 TREs ou necessidade de mais de 7 dias após o primeiro TRE para o alcance do desmame bem-sucedido

(Adaptado de Boles et al, 2007)

Definições de Sucesso e Insucesso no Desmame Ventilatório

Desmame bem-sucedido:

- ✓ Capacidade do doente para respirar de forma autónoma durante 48 horas consecutivas.

Desmame mal-sucedido:

- ✓ Incapacidade do doente em manter a respiração espontânea por 48 horas ou necessidade de ventilação mecânica dentro de 48 horas após uma tentativa de desmame.
- ✓ Após até 3 tentativas, o doente não apresentar respiração espontânea, não complementar o ventilador com respirações próprias, ou em casos de agravamento da morbilidade, como: atelectasia pulmonar, pneumonia recorrente ou insuficiência cardíaca congestiva com hipoxemia severa.

(Fradkin et al 2024).

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Facilitar a identificação precoce do doente traqueostomizado com critérios para iniciar o desmame ventilatório, uniformizar o processo desmame, diminuir os dias de ventilação mecânica e as complicações associadas.

Objetivos específicos:

- Analisar a evidência científica mais atual para o desmame ventilatório do doente traqueostomizado;
- Proporcionar guidelines orientadoras para a realização de protocolo de serviço atualizado.

METODOLOGIA

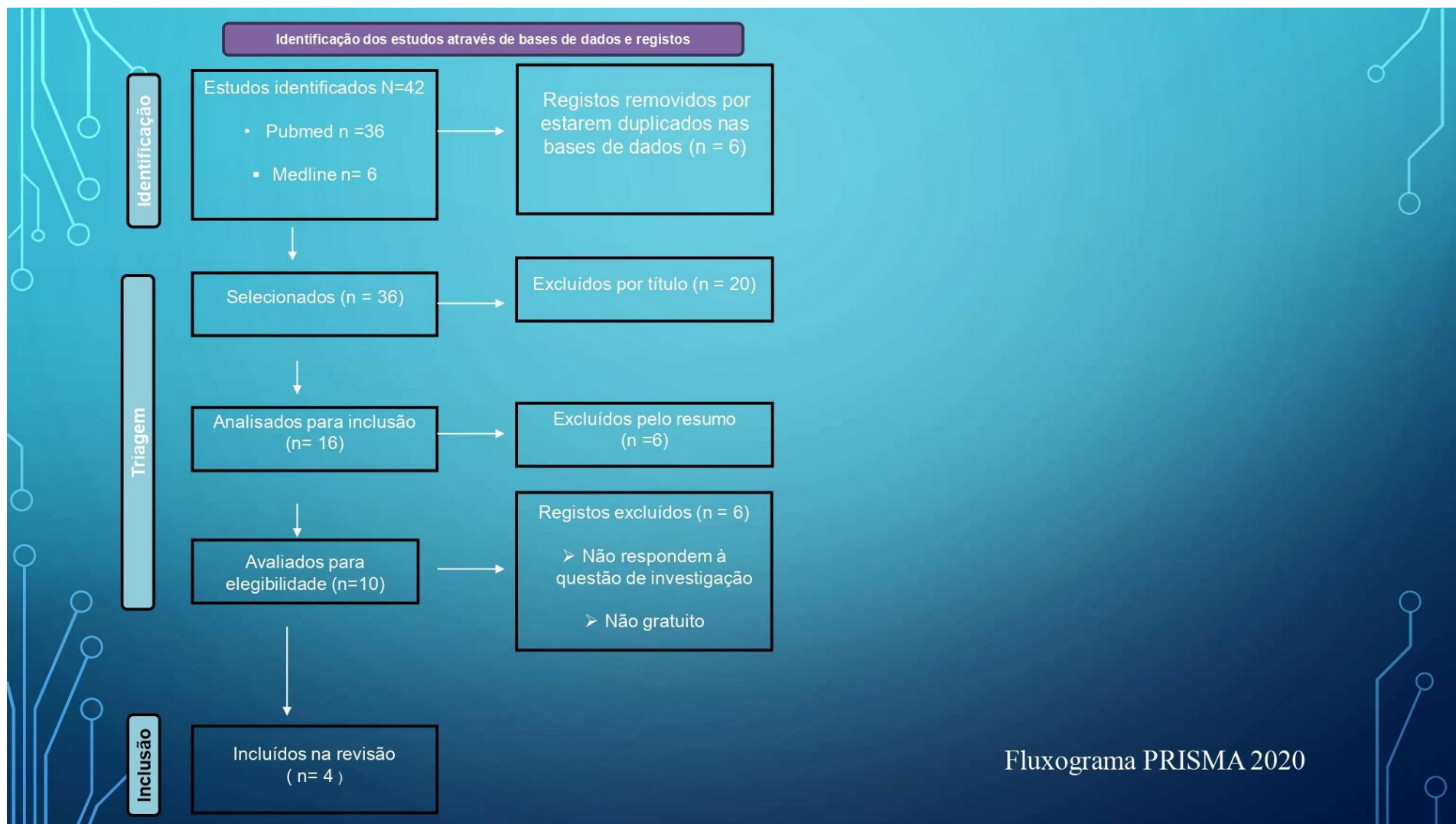
➤ Foram definidos os termos MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine (NLM) para cada descritor padronizado e de seguida associados ao operador booleano AND : (mechanical ventilator weaning) AND (tracheostomy) AND (artificial respiration) AND (intensive care unit).

➤ Pesquisa realizada em 2 bases de dados:

➤ PubMed,

➤ Medline

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
[P] Participantes	Doentes traqueostomizados com VMI adultos	Doentes não traqueostomizados
[I] Intervenção	Desmame ventilatório do doente traqueostomizado	Desmame ventilatório não sendo o doente traqueostomizado
[C] Comparações/contexto estudo	Não se aplica	
[O] Resultados	Guidelines orientadoras para o sucesso do desmame ventilatório do doente traqueostomizado	
Data de publicação	2020-2025	
Línguas	Português, Inglês, Espanhol	
Disponibilidade de artigos	Todos os artigos disponíveis	



CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESTUDOS AVALIADOS

Existe uma vasta pesquisa sobre indicações, o momento e a técnica de inserção de traqueostomia, ou até mesmo sobre a decanulação do doente, contudo referente ao gerenciamento da traqueostomia, nomeadamente ao momento do desmame ventilatório, a informação é muito escassa.

(Whitmore,2020)

Segundo a Revisão de Escopo de Whitmore, et al (2020) publicado em BMJ Open Respiratory Research:

- ✓ A utilização de protocolos de desmame ventilatório não resultou em nenhuma diferença no tempo de desmame, duração de tempo de internamento, taxa de reintubação de urgência ou readmissão em UCI.
- ✓ Desmames liderados por enfermeiros são mais frequentes do que liderados pela equipa médica, não havendo diferenças de resultados entre eles.
- ✓ O desmame ventilatório tem mais probabilidade de ser bem sucedido em:
 - Doentes que conseguiam aumentar a força muscular do diafragma;
 - Doentes com capacidade de gerar picos de fluxo de tosse maiores que 60l/min;
 - Doentes cuja patologia primária era neurocirurgia ou cardiopulmonar eram estatisticamente mais propensos a ter tempo de desmame mais curtos (3-7 dias) quando comparados com doentes médicos (9 dias) ou cirúrgicos (8 dias);



DOI: 10.1136/bmjresp-2020-



- A ventilação com peça em T resultou numa oxigenação arterial e venosa melhorada, porém durante a desinsuflação do cuff, o uso de oxigênio de alto fluxo melhorou a oxigenação quando comparado à ventilação com apenas peça em T;
- Sistemas de humidificação frios comparativamente com humidificadores aquecidos, demonstraram ser mais inadequados;
- O trabalho respiratório adicional relacionando com o tubo de traqueostomia foi maior na pressão positiva contínua, nas vias aéreas e foi reduzido de forma mais eficaz no modo de compensação automática do tubo.
- O espaço morto e a resistência das vias aéreas nos doente com traqueostomia eram comparáveis aos tubos endotraqueais, ao contrário da percepção comum.

DOI: 10.1136/bmjresp-2020-



Em Israel, após a traqueostomia, os pacientes são realocados para uma enfermaria de reabilitação ventilatória de longo prazo ou para uma instituição de reabilitação. Quando a condição clínica do paciente permitir, tentativas adicionais de desmame da ventilação mecânica podem ser realizadas. (Fradkin, et al, 2024)

DOI:
10.1016/j.rmed.2024.107636

Segundo um estudo de coorte histórico que examinou todos os pacientes adultos com ventilação mecânica prolongada, que foram hospitalizados no Reuth Tel-Aviv Rehabilitation Hospital entre 2015 e 2018 para reabilitação respiratória, as tentativas de desmame começaram quando o paciente foi considerado pronto de acordo com o julgamento da equipe médica.

○ processo de desmame foi iniciado quando:

- ✓ o paciente estava em ventilação de suporte de pressão (PSV).
- ✓ o nível de suporte de pressão foi gradualmente reduzido para 8 cmH₂O , e a pressão expiratória final positiva (PEEP) variou entre 5 e 8 cmH₂O.
- ✓ Posteriormente, o paciente foi gradualmente desconectado do ventilador, com períodos de desconexão de 15 minutos ocorrendo a cada 24–48 h.
- ✓ Se o paciente estivesse com a respiração estável, não apresentasse sinais de respiração rápida e mantivesse um volume corrente durante a inalação dentro da faixa de 6–7 L por quilograma ou uma média de 500 mL, o processo de desmame avançava.
- ✓ Casos de insuficiência respiratória, febre ou pneumonia resultaram na cessação da tentativa de desmame.
- ✓ Cada paciente passou por entre 1 e 3 testes de desmame.



O progresso de cada paciente foi avaliado individualmente. DOI:

10.1016/j.rmed.2024.107636



O sucesso do desmame atingiu 56%, o que é comparável à literatura.

DOI:
10.1016/j.rmed.2024.107636

Segundo um estudo da Coreia do Sul, publicado numa revista de acesso aberto, *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, de Na, S. et al, 2022:

- ✓ A European Respiratory Society Task Force definiu o desmame prolongado como a necessidade do processo de desmame por >7 dias após o primeiro teste TRE, mas tem limitações na classificação de pacientes com vários cenários encontrados na prática real, como pacientes traqueostomizados.
- ✓ Recentemente, pesquisadores do estudo Weaning Outcome according to a New Definition (WIND) sugeriram um novo esquema de classificação que pode superar essas limitações na previsão do prognóstico de pacientes que recebem VM.



DOI:
10.1177/17524669221117095

Processo de desmame:

Todas as manhã os profissionais de saúde de cuidados respiratórios avaliam a possibilidade de desmame de todos os doentes com VM há mais de 24 horas.

1. Avaliam de forma abrangente a condição do doente, incluindo melhoria da causa subjacente de insuficiência respiratória, estabilidade clínica e adequação da função pulmonar e oxigenação:
 - Pontuação RASS;
 - Sinais vitais;
 - Tipo de via aérea;
 - Modo ventilatório;
 - Gasometria arterial;
 - Tratamento médico (Drogas vasoativas, sedativos, opióides, esteroides, diuréticos, terapia renal de substituição).



DOI:
10.1177/17524669241417005

Fatores associados ao desmame prolongado da VM em pacientes clínicos com base na classificação WIND:

❑ Maior duração de VM antes do primeiro TRE, com traqueostomia → Lesão pulmonar e disfunção diafragmática induzido pelo ventilador

❑ Oxigenação deficiente (PaO_2/FiO_2)

❑ Necessidade de terapia renal substitutiva no 1° TRE →

- A hipoxia ou hipercapnia pode causar lesão renal e a disfunção renal pode levar a deterioração da função pulmonar, causando edema ou inflamação pulmonar, criando assim um ciclo vicioso.
- Desequilíbrio ácido-base que acompanha a disfunção renal pode aumentar o esforço necessário para respirar para a compensação da acidose metabólica, e a compensação renal adequada pode não ser alcançada para a hipercapnia que ocorre na doença pulmonar.



DOI:

Segundo um artigo publicado no Journal of Critical Care em Dezembro de 2020, de Warnke, et al:

➤ No Centro de desmame certificado pelo Conselho em Greifswald, de acordo com as diretrizes da sociedade alemã de Pneumologia e Medicina Respiratória:

❖ Para início do processo de desmame, foram necessários os seguintes critérios: (2006-2014)

1. Aspectos clínicos:

- a) Estabilidade hemodinâmica (apenas baixa dosagem de catecolaminas).
- b) Ausência de sinais de infecção sistêmica ou pulmonar relevante.
- c) Situação psicomotora estável.

2. Parâmetros ventilatório:

- a) $PEEP \leq 12$
- b) $FiO_2 \leq 0,5$

☐ O protocolo de desmame foi descontínuo:

- ✓ Inicialmente, a ventilação foi assistida e controlada por pressão;
- ✓ Durante o processo, os intervalos de desmame foram estendidos (a assistência pressórica foi reduzida e os intervalos de respiração espontânea prolongados);
- ✓ Em caso de exaustão durante as fases de respiração espontânea ou complicações clínicas (infecções), o protocolo de desmame foi ajustado
- ✓ O desmame bem-sucedido foi definido como respiração espontânea por mais de 72 horas, sem sinais de exaustão.



DOI:

(2014- ---)

1. Um protocolo de desmame individual foi estabelecido após realização de um TRE;
2. Os intervalos de desmame com respiração espontânea assistida e controlada por pressão foram realizadas de 4 a 6 vezes ao dia, cobrindo não mais do que 80% do tempo de TRE;
3. O desmame bem-sucedido foi definido como respiração espontânea por mais de 72h sem sinais de exaustão.



DOI:

CONCLUSÃO



É escassa a evidência científica relativa a esta temática, sendo os ensaios clínicos com fim a estratégias de desmame ventilatório do doente traqueostomizado em UCIs uma prioridade.



O desmame bem-sucedido pode estar associado a uma melhor sobrevivência e permite que pacientes ventilados por longos períodos, se tornem independentes de um ventilador.



Vários estudos concluem que o facto do doente se encontrar traqueostomizado é um indício que o desmame tem grande probabilidade de se tornar um desmame prolongado.

BIBLIOGRAFIA:

- Barbas, C., Ísola, A., Farias, A., Cavalcanti, A., Gama, A., Duarte, A., et al. (2013). Recomendações brasileiras de ventilação mecânica. Parte 2. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(3):215–39.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140034>
- Boles, J., Bion J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., et al. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *Eur Respir J*. 29(5):1033–56. <https://doi.org/10.1183/09031936.00010206>
- Esteban, A., Alía, I., Tobin, MJ., Gil, A., Gordo, F., Vallverdú, I., et al. (1999) Effect of spontaneous breathing trial duration on outcome of attempts to discontinue mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. *Am J Respir Crit Care Med*.159(2):512–8.
<https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.2.9803106>
- Fradkin, M., Elyashiv, M., Camel, A., Agay, N., Brik, M., Singer, P., & Dankner, R. (2024). A historical cohort study on predictors for successful weaning from prolonged mechanical ventilation and up to 3-year survival follow-up in a rehabilitation center. *Respiratory medicine*, 227, 107636.
<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2024.107636>
- Haas, CF., Loik, PS. (2012). Ventilator discontinuation protocols. *Respir Care*. 57(10):1649–62.
<https://doi.org/10.4187/respcare.01895>