



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas de uma Unidade Hospitalar

Joana Filipa Almeida Mendes

Viseu, novembro de 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas de uma Unidade Hospitalar

Joana Filipa Almeida Mendes, 1252

**Estágio com relatório final em contexto de urgência e em contexto de cuidados
intensivos**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª edição

Trabalho realizado sob a orientação do:
Professor Doutor António Madureira Dias

Viseu, novembro de 2023

“Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro de gigantes.”

Isaac Newton

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor António Madureira Dias, da Escola Superior de Enfermagem de Viseu pelo apoio, orientação e ajuda ao longo de todo este processo de aprendizagem e crescimento;

A todos os tutores dos ensinamentos clínicos e respetivas equipas, pela disponibilidade e conhecimentos partilhados;

Aos meus filhos, que privaram tanto tempo da minha presença, principalmente o mais novo;

À minha sogra, por todos os dias que tive que deixar os meus filhos com ela para ir estagiar;

Ao meu marido, por toda a paciência, apoio e sobrecarga de trabalho, quando desistir teria sido mais fácil;

Aos meus pais, nomeadamente à minha mãe, que há vários anos me incentivava a tirar a especialidade;

A todos que, de alguma forma, ajudaram a terminar esta etapa da minha vida.

Para cada um de vós, o meu muito obrigado.

Resumo

Introdução: O presente relatório contempla a descrição das competências adquiridas nos ensinos clínicos, em contexto de cuidados Intensivos e em contexto de Urgência, um percurso formativo que culminará numa prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), bem como um estudo sobre a satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas de uma Unidade Hospitalar, uma vez que esta é um indicador de qualidade dos cuidados de saúde.

Objetivos: Descrever o percurso formativo ao longo dos estágios, refletir criticamente sobre as atividades realizadas como meio de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC); determinar o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas e verificar quais os fatores que interferem na satisfação da pessoa com patologia do foro gastroenterológico.

Métodos: O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte adotou-se uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva direcionada para a prática clínica nos diferentes contextos dos ensinos clínicos. Na segunda parte é apresentado o estudo quantitativo, transversal, descritivo analítico-correlacional, cujos dados foram obtidos numa amostra de 200 utentes com patologia do foro gastroenterológico assistidos numa unidade de técnicas endoscópicas de um Centro Hospitalar do centro de Portugal.

Resultados: Adquiriu-se competências de EEEMC, na vertente da pessoa em situação crítica. 88% dos participantes (27,5%+60,5%) demonstraram níveis elevados de Satisfação (“Muito satisfeitos” e “Satisfeitos”, respetivamente). Nas 11 dimensões avaliadas, os utentes revelaram estarem “Muito satisfeitos” nas dimensões Enfermeiros (49,5%) e Cuidados Gerais (47%).

Conclusões: A aquisição de competências específicas em EMC contribui para o desenvolvimento da identidade profissional mais autónoma, crítica e reflexiva. O desenvolvimento de competências na área da investigação permitiu entender a importância e o impacto da mesma na prática clínica. Os resultados evidenciam a necessidade de se melhorarem algumas dimensões avaliadas para maximizar a satisfação dos utentes.

Palavras-chave: Competências; EEEMC; PSC; Satisfação; Utente; Unidade de técnicas endoscópicas

Abstract

Introduction: This report includes a description of the skills acquired in clinical teaching, in the context of Intensive Care and in the context of an Emergency, a training path that will culminate in a specialized practice in Medical-Surgical Nursing, as well as a study on the satisfaction of the assisted person in the endoscopic techniques unit of a Hospital Unit, since this is an indicator of the quality of health care.

Objectives: Describe the training path throughout the internships, critically reflect on the activities carried out as a means of developing and acquiring common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing (EEMC); to determine the level of satisfaction of the person who uses the unit of endoscopic techniques for special exams and to verify which factors interfere in the satisfaction of the person with a gastroenterological pathology.

Methods: The work is divided into two chapters. In the first chapter, a descriptive, analytical-reflective methodology was adopted, directed towards clinical practice in the different contexts of clinical teaching. The second chapter presents a quantitative, cross-sectional, analytical-correlational descriptive study, whose data were obtained from a sample of 200 users with gastroenterological pathology assisted in an endoscopic techniques unit of a Hospital Center in central Portugal.

Results: EEMC skills were acquired, in terms of people in critical situations. 88% of participants (27.5%+60.5%) demonstrated high levels of Satisfaction ("Very satisfied" and "Satisfied", respectively). In the 11 dimensions evaluated, users revealed that they were "Very satisfied" in the Nurses (49.5%) and General Care (47%) dimensions.

Conclusions: The acquisition of specific skills in EMC contributes to the development of a more autonomous, critical and reflective professional identity. The development of competences in the field of research allowed us to understand its importance and impact on clinical practice. The results show the need to improve some evaluated dimensions to maximize user satisfaction.

Keywords: Skills; Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing Critically ill; Satisfaction; User; Unit of endoscopic techniques.

Sumário

Pág.

Lista de quadros

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução.....	17
Parte I – Componente Clínica	19
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	21
1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	21
1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	23
1.3. Gestão dos cuidados	26
1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	28
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica.....	31
2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	31
2.1.1. Cuida da pessoa/ família em situação crítica, em contexto de Urgência e Emergência	32
2.1.2. Cuida da pessoa/ família em situação crítica, em contexto de Cuidados Intensivos	39
2.2. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	46
2.3. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção ação	48
3. Reflexão final: avaliação das competências	51
Parte II – Componente Investigação	53
Introdução	59
1. Métodos	63
1.1. Participantes	63
1.2. Instrumento de recolha de dados e procedimentos	63
2. Resultados	67
2.1 – Caracterização sociodemográfica	67
2.2 – Avaliação da satisfação dos utentes em função das dimensões	69
2.3 – Relação das variáveis sociodemográficas com os domínios da satisfação dos utentes	70

3. Discussão.....	77
4. Conclusão	83
Considerações finais.....	87
Referências bibliográficas	89
Apêndices	97
Apêndice 1 – Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência.....	99
Apêndice 2 – Instrumentos de Recolha de dados.....	123
Apêndice 3 – Consentimento Informado.....	127
Anexos.....	129
Anexo 1 – Curso Suporte Básico de Vida com DAE.....	131
Anexo 2 – Curso Suporte Avançado de Vida.....	133
Anexo 3 – Deliberação da Comissão de Ética e do Conselho de Administração.....	135

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 Consistência interna da escala.....	65
Quadro 2 Idade dos inquiridos em função do género.....	67
Quadro 3 Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	68
Quadro 4 Deslocação à unidade de técnicas endoscópicas em função do género.....	68
Quadro 5 Horas e tempos de espera.....	69
Quadro 6 Satisfação dos utentes à unidade de técnicas endoscópicas.....	69
Quadro 7 Nível de Satisfação dos utentes face à unidade de técnicas endoscópicas.....	70
Quadro 8 Dimensões da Satisfação em função do género	71
Quadro 9 Dimensões da Satisfação em função do grupo etário.....	72
Quadro 10 Dimensões da Satisfação em função do estado marital	73
Quadro 11 Dimensões da Satisfação em função da situação profissional.....	74
Quadro 12 Dimensões da Satisfação em função do grau de ensino	75
Quadro 13 Dimensões da satisfação em função da frequência dos utentes à unidade de técnicas endoscópicas	76

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BH – Balanco Hídrico

BIS – Índice bispectral

CHTV – Centro Hospitalar Tondela – Viseu

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção geral de saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCSST – Enfarte Agudo do Miocárdio com supra-desnivelamento ST

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica

ESCID – Escala de comportamento de Indicação da Dor

HIC – Hipertensão Intracraniana

IACS – Infecções adquiridas nos cuidados de saúde

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

ICP - Intervenção coronária percutânea

KW – Teste kruskall Wallis

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA – Staphylococcus aureus resistente a metililina

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAM – Pressão Arterial Media

PAV – Pneumonia associada a Ventilador

PC – Pressão Controlada

PIA – Pressão Intra Abdominal

PIC – Pressão Intra Craniana

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

PPC – Pressão Perfusão Cerebral

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

PS – Pressão de Suporte

PSC – Pessoa em situação crítica

RASS – Escala de agitação e sedação de Richmond

SE – Sala de emergência

SNG – Sonda Nasogastrica

SU – Serviço de urgência

TCE – Traumatismo Cranioencefalico

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

TOF – Train of Four

TOT – Tubo Oro Traqueal

UCIP – Unidade de cuidados intensivos polivalente

UMW – teste Mann Whitney

VC – Volume Controlado

VM – Ventilação Mecânica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Introdução

O presente relatório final surge como parte integrante da avaliação desta unidade curricular e pretende descrever as experiências vivenciadas ao longo dos estágios referindo os aspetos relevantes para a minha aprendizagem. É uma reflexão crítica sobre a consolidação dos conhecimentos adquiridos e os fatores que contribuíram para o meu desenvolvimento, bem como analisar a consecução dos objetivos delineados.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) requer que o enfermeiro adquira e desenvolva conhecimentos e competências para conseguir responder de forma eficaz às necessidades de saúde da PSC, bem como da sua família/cuidador. A especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da PSC, tem como objetivo *major* os cuidados de enfermagem à pessoa em situação de urgência e/ou emergência e/ou em intensivismo. Neste contexto, os cuidados de enfermagem à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato são altamente qualificados e prestados continuamente, dando resposta às necessidades afetadas e possibilitando a manutenção das funções básicas de vida, prevenção de complicações e redução das incapacidades, visando a sua recuperação total (OE, 2018a). Este foi sempre o lema seguido ao longo de todo o processo formativo quer em Contexto de Urgência, quer em Cuidados Intensivos.

Os cuidados de saúde e, indiscutivelmente, os cuidados de enfermagem, assumem uma natureza de grande relevância e exigência técnico-científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade (OE, 2019a). Assim, a PSC e sua família/cuidador principal esperam dos enfermeiros especialistas em EMC uma abordagem competente, atualizada e eficaz, mas também humana, pois a humanização é inseparável dos cuidados de enfermagem e dos princípios que a regem.

Assim, a realização deste relatório revelou-se fundamental neste processo formativo, como uma parte fundamental nesta etapa para a obtenção de competências, no sentido de integrar os diversos conteúdos das unidades curriculares que constituem o plano de estudos e, assim, incluí-los na prática dos cuidados de enfermagem especializados à PSC e família/cuidador principal. A sua elaboração tem como base o pensamento crítico-reflexivo, que é um processo mental de perceção, análise, síntese e avaliação ativa das informações recolhidas através da observação, experiência e comunicação que leva a uma decisão de ação. Tem como objetivos, descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos, apresentar, refletir sobre as mesmas, identificar elementos facilitadores e

dificultadores no processo de aprendizagem, avaliar a concretização dos objetivos, refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas, apresentar investigação desenvolvida e constituir um elemento de avaliação desta unidade curricular.

O corpo deste relatório está estruturado em duas partes. Consta da primeira parte a alusão aos estágios em contexto de urgência e em contexto cuidados intensivos. Na segunda, é apresentada a investigação sobre o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas de uma unidade hospitalar. A investigação desenvolvida teve em conta os objetivos definidos para o trabalho de investigação, nomeadamente as implicações para a prática clínica, com particular destaque para ganhos de satisfação dos utentes. O desenvolvimento do conhecimento científico e a prática baseada na evidência traduz-se em melhorias para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. A investigação deverá ser relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.

Neste pressuposto, o Relatório tem como foco o estudo do nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas de um Centro Hospitalar do centro do país. Nas últimas décadas, a avaliação da satisfação dos utentes tem-se tornado numa das áreas centrais para a gestão hospitalar. Uma das formas usadas atualmente para reduzir as desigualdades na sociedade tem sido o desenvolvimento de estratégias para melhorar a satisfação dos utentes nos serviços de saúde (Santos et al., 2017).

Com a finalidade de procurar novos conhecimentos que alicercem boas práticas sobre a problemática em causa, emergiram as seguintes questões de investigação às quais se pretende dar resposta através de um estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte transversal: Qual o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas? Quais são os fatores sociodemográficos que interferem na satisfação da pessoa com patologia do foro gastroenterológico?

Parte I – Componente Clínica

Descrição e análise crítico – reflexiva das Competências adquiridas nos ensinos clínicos, em contexto de cuidados Intensivos e em contexto de Urgência, no CHTV

1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No mundo moderno de hoje, cada vez mais se dá ênfase à importância e ao papel dos recursos humanos no desenvolvimento das organizações, seja qual for a sua natureza. Além disso, o capital mais importante de cada organização são os seus recursos humanos. A este respeito, os enfermeiros são considerados como o maior e mais importante recurso humano nas organizações de cuidados de saúde (Karami et al., 2017). Para além disso, as visões modernas dos princípios do profissionalismo sublinham que a melhoria da qualidade no sistema de cuidados de saúde é da responsabilidade ética e profissional de todas as profissões, em particular dos enfermeiros. Por conseguinte, devem implicar o compromisso com a competência profissional, a honestidade para com os utentes e a melhoria da qualidade dos cuidados (Karami et al., 2017). Neste sentido, a competência profissional é um conceito fundamental em enfermagem com uma relação direta com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes. As competências profissionais são aptidões, conhecimentos e atributos indispensáveis na prática profissional para se potenciar a qualidade dos cuidados prestados à PSC e família/cuidador, no caso concreto.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) define o enfermeiro especialista como um enfermeiro preparado, para além do nível de enfermeiro generalista, e autorizado a exercer a sua atividade com conhecimentos avançados numa determinada área de enfermagem. A prática especializada inclui funções clínicas, de ensino, de investigação e funções de gestor (Jokiniemi & Miettinen, 2020). O enfermeiro especialista deve desenvolver habilidades e competências especializadas num domínio específico da enfermagem, no caso concreto em EMC. Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, partilham de um grupo de competências (OE, 2019a), que se dividem em quatro domínios: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados; Domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019a).

1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Na Constituição da República Portuguesa, no artigo nº 64, está definido que “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” e, de acordo com a Lei

de Bases da Saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de agosto, Base II alínea a), com atualização em 2019, estão descritos os direitos fundamentais aos cuidados de saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). Por conseguinte, o enfermeiro tem de atuar segundo os princípios sociais e éticos que regem a profissão de Enfermagem. Neste pressuposto e como já é meu apanágio, ao longo da minha caminhada formativa prestei cuidados à PSC e família/cuidador, sempre em plena consonância com os princípios éticos e deontológicos definidos pela OE (2015a), tendo como foco as suas necessidades e no respeito pela sua individualidade. Seja qual for a situação, o enfermeiro deve desenvolver uma base de experiência sólida, para que possa agir com sentido crítico, ou seja, poder identificar entre o que é mais urgente ou não. Este reconhecimento, como defende Benner et al. (2018), é mais importante, uma vez que permite ao enfermeiro orientar o seu pensamento, o raciocínio, o julgamento e as suas intervenções.

Diariamente, os enfermeiros são confrontados com problemas ético-legais e a constante necessidade de estabelecer prioridades e tomar decisões em situações graves, faz com que este, cada vez mais, reflita sobre as suas responsabilidades, dilemas éticos e relacionais. Em termos do Código Deontológico de Enfermagem, definem-se os princípios gerais que regem a Enfermagem e um conjunto de deveres e direitos do enfermeiro, intrínsecos à sua prática profissional. Assim sendo, é de ressaltar que as intervenções de enfermagem prestadas a cada pessoa compreendem valores universais, designadamente a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo sempre como meta o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Como tal, esta competência comum do enfermeiro especialista é espelhada especialmente no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, o que está em conformidade com preconizado pela OE (2022, Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022, p. 180), no seu Artigo 4.º Responsabilidade e autonomia, onde é referenciado que “o enfermeiro, no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão”.

A prestação de cuidados à PSC é muito complexa e em muitos casos com uso de tecnologia avançada, onde se necessita pensar e agir rapidamente, sendo centrada muitas vezes nos procedimentos a serem efetuados, deixando para segundo plano o diálogo, o contato visual, e a atenção à pessoa, necessária naquele momento. Desta forma, para o desenvolvimento de um cuidado humanizado, além do conhecimento técnico e científico, é necessário que o enfermeiro tenha em consideração as necessidades e sentimentos da PSC. Atitudes como, transmitir segurança, dar um sorriso, olhar nos olhos, conhecer a história

clínica da pessoa, são atitudes simples, mas que fazem a diferença no cuidado prestado à PSC (Radaelli et al, 2019).

Assim, durante os estágios procurei sempre orientar a minha prática por valores legais, éticos e deontológicos, preservando continuamente o respeito pelos princípios da autonomia, beneficência e justiça, direitos e deveres da PSC/família/cuidador, bem como me regi pelas normas deontológicas que regem a Enfermagem. Considero, assim, esta competência alcançada ao longo do meu percurso formativo, através da promoção de uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos inalienáveis, tendo tido a oportunidade de participar no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar que integrei em cada estágio.

1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Os profissionais de saúde, no caso concreto os enfermeiros, devem dar continuidade à sua formação, para se poderem aperfeiçoar profissionalmente, tendo em conta a natureza da atividade prestada, o que se configura como um garante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que prestam. A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional excelente, que considera sempre os recursos disponíveis e consegue a satisfação dos utentes, o que pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas de cada utente (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). O mesmo documento menciona ainda que a qualidade está profundamente interligada com a segurança dos cuidados. Tendo em conta estes pressupostos realizei o estudo que visa determinar o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas, parte integrante deste relatório.

O conceito de qualidade em saúde está em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, que se fundamentam na: satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de Enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, bem como a garantia da segurança nos cuidados especializados (OE, 2017a).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. Durante o estágio, promovi um ambiente de cuidados seguros utilizando estratégias de garantia da qualidade e gestão de riscos. Para além de ser um local de prestação de cuidados com o objetivo de tratar a doença ou as suas

consequências, o ambiente hospitalar também traz riscos para a PSC e para os profissionais de saúde. Assim, é importante reconhecer os riscos a que todos estão sujeitos no sentido de promover ações que os evitem ou, caso não seja possível, pelo menos minimizá-los.

A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, traduzem-se em ganhos em saúde. A nível nacional, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 fomentou a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível de questões específicas como (Portugal, 2021):

- A cultura de segurança do ambiente interno;

A gestão dos recursos materiais influencia a prestação dos cuidados, podendo comprometer de forma direta ou indireta a qualidade dos cuidados prestados. No início de cada turno, os enfermeiros verificam se a SE está operacional. No turno da manhã, os enfermeiros confirmam a *checklist* de material da SE, as faltas e respetiva reposição. Verificam-se monitores e ventiladores, carros de emergência, *stock* de medicação, frigorífico, malas de apoio e medicação estupefaciente. A reposição é da competência do enfermeiro, este sistema de verificação permite eliminar o risco de não ter o material nem os equipamentos necessários numa situação de emergência, assim como melhora a qualidade e eficiência do serviço. Na UCIP após a alta da PSC era efetuada a reposição do material e equipamento necessário, montagem e testagem do ventilador, assegurando que estavam reunidas as condições necessárias para a receção de outra possível PSC.

- Assegurar a identificação inequívoca da PSC;

A correta identificação da PSC permite assegurar o tratamento correto para aquela pessoa, minimizando erros de administração de terapêutica e procedimentos de diagnóstico. Sempre que era necessário administrar algum fármaco ou procedimento, confirmei sempre com a PSC e com a pulseira de identificação.

- A segurança da comunicação

A comunicação tem de ser segura em momentos de transição de cuidados, na transferência de responsabilidade, na passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, ou seja, como o garante da continuidade de cuidados de enfermagem.

Durante os estágios realizei registos dos cuidados efetuados à PSC, no SU através do Alert® e, na UCIP através BSimple Patient Care. No SU, os registos foram realizados de acordo com a linguagem CIPE, utilizando a metodologia de avaliação da vítima em situação crítica através da mnemónica ABCDE. Na UCIP, o sistema informático além de permitir o registo clínico e de enfermagem (colheita de dados, elaboração de um plano de cuidados de

enfermagem) relativos a cada PSC, agrega os dados obtidos pelos dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas de perfusão), dados laboratoriais, bem como a prescrição e validação da terapêutica medicamentosa.

Além dos registos informatizados, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz e segura, sendo essencial para a melhoria da segurança da PSC.

- A segurança cirúrgica;

- A segurança na medicação;

Utilizei sempre medidas para prevenir a ocorrência de erros fatais, identificação correta da PSC, medicação, dose, via de administração e hora certa, bem como à monitorização/vigilância dos efeitos da medicação, identificação e rotulagem da medicação a administrar. Verifiquei que no SU e na UCIP os medicamentos encontravam-se armazenados/organizados segundo a sinalética LASA (medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes) e sinalizados os medicamentos de alerta máximo.

- Prevenir a ocorrência de quedas;

No SU tive sempre que possível o cuidado de providenciar os dispositivos de segurança à PSC e de agir em conformidade, existiu um cuidado da minha parte para otimizar a unidade da PSC. Mantendo elevadas as grades da cama, a cama travada e o plano da mesma o mais baixo possível de modo a minimizar o risco de queda. Infelizmente, por vezes, essa medida não é suficiente. As PSC muitas vezes estão confusas e/ou agitadas, para além da administração de fármacos, podem necessitar de contenção física. Na UCIP, efetuavam a avaliação do risco de queda através da Escala de Queda de Morse.

- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;

Na UCIP no turno da manhã é efetuada a reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, através da Escala de Braden. Outras medidas, posicionamento das PSC com recurso a dispositivos de apoio (almofadas, cunhas, rolos, entre outros), colchão anti-escaras com plataforma elevatória, que permite o movimento das secções do tronco, coxas e pernas e inclinação lateral da plataforma do leito, à hidratação da pele e manutenção da roupa limpa e sem rugas, bem como evitar a humidade na pele da PSC.

- Promover a notificação de incidentes;

- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos;

Na UCIP, adotei medidas de precaução básicas de controlo da infeção, bem como medidas específicas, “feixes de intervenções” ou bundles, para a redução da infeção associada ao cateter central ou pneumonia associada ao ventilador, as quais são

desenvolvidas em outro capítulo.

Como defende Benner (2018a), a prática de enfermagem abrange competências e conhecimentos que devem ser obtidos desde a formação inicial do enfermeiro com continuidade na sua formação ao longo da vida. Assim, na procura pela melhor qualidade e maximização da segurança dos cuidados prestados num âmbito especializado, é fundamental que cada um de nós aprofunde os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, desenvolvendo, simultaneamente, um conjunto de competências mais específicas. Estas competências têm de ser desenvolvidas ao longo da vida profissional, delineando-se, deste modo, um percurso de iniciado a perito, no qual se pode inserir a aquisição de competências ao nível do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em EMC, sendo esta uma área de especialização crucial para a aquisição de níveis elevados de conhecimento, competências e habilidades para a obtenção de um pensamento crítico e para a tomada de decisão, tendo sempre como objetivo *major* a prestação de cuidados de excelência.

1.3. Gestão dos cuidados

É previsto que o enfermeiro especialista faça uma gestão adequada dos cuidados, para otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multiprofissional, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas. Muitas vezes, com limitação de recursos quer a nível material, físico ou humano, têm de desenvolver um trabalho de gestão de todos os problemas observados ao longo do turno. Quer no SU quer na UCIP, os enfermeiros coordenadores eram designados pelo enfermeiro chefe dos serviços. No SU, o enfermeiro coordenador de turno desenvolve tarefas como: a gestão dos elementos da equipa, a gestão dos transportes da PSC, o controlo dos estupefacientes de todas as áreas do SU entre muitas outras tarefas. No que diz respeito ao SU, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC (OE, 2017b) declara que as equipas do SU que dispõem de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista em EMC, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa, porém ressalvam que não deve ser vedada a experiência clínica aos enfermeiros, conjugada com a investigação e reflexão entre pares para as melhores práticas clínicas. Também no parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e da MCEEMC é referido que a atribuição da função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências na área de gestão, todavia poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais desde que

comprovada a sua competência para a função (OE, 2017b).

Na UCIP, o cargo de coordenação é atribuído aos enfermeiros que demonstram ter perfil e competências para essa função, nomeadamente, saber conduzir a equipa no sentido de atingir o melhor resultado. O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2015b) reconhece que esse lugar deve ser ocupado por quem demonstrar ter determinadas competências. As funções de enfermeiro coordenador são maioritariamente exercidas pelo enfermeiro com maior número de anos de serviço e ocasionalmente por enfermeiros especialistas. No entanto, a MCEEMC esclarece que nas UCIP devem ser os enfermeiros especialistas em EMC a assumir as funções de coordenação (OE, 2018b). Na UCIP, a gestão do serviço é feita pelo enfermeiro chefe, mas dada a complexidade do serviço, algumas funções são delegadas nos enfermeiros especialistas. O enfermeiro coordenador na UCIP conta com diversas funções, entre elas destacam-se: gestão de recursos humanos, procedendo à distribuição da PSC por enfermeiro, desconvocação de enfermeiros no caso de o número de vagas o permitir ou convocação de elementos extra se necessário; requisição de medicação que não existe no *stock* do serviço ou medicação que necessite de justificação clínica; gestão e registo dos estupefacientes; manutenção da operacionalidade e teste de funcionalidade de alguns equipamentos; gestão de eventos problemáticos e resolução de conflitos; gestão de recursos materiais de forma atempada; requisição da colaboração dos serviços de manutenção de equipamentos e instalações; decisão sobre empréstimos a outros serviços de materiais ou equipamentos. O coordenador substitui também outros enfermeiros na prestação de cuidados, caso estes necessitem de se ausentar ou em casos de horário reduzido.

Em ambos os locais de estágio, fiquei muitas vezes de coordenação com os enfermeiros orientadores. Pude comprovar que o grupo de coordenadores era composto por elementos detentores de larga experiência, conhecimento, capacidades de comunicação, gestão de conflitos e trabalho em equipa. Foram realizadas atividades na área da gestão de cuidados, equipamentos e material de consumo clínico e de aprovisionamento. As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2018a). Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro especialista deve pautar a sua intervenção pelo desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e através de uma prática clínica baseada em evidência científica (OE, 2019a).

Ao longo do meu percurso formativo, pude sempre contar com a importante colaboração dos enfermeiros orientadores na procura de novas oportunidades de aprendizagem. Neste contexto, adotei uma postura de iniciativa na procura de situações de aprendizagem, baseando essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente. A reflexão conjunta sobre as práticas clínicas e os *debriefings* que realizámos muitas vezes no final dos turnos/procedimentos possibilitaram o desenvolvimento dos níveis de conhecimentos teóricos baseados na evidência, identificando lacunas no conhecimento e revelando oportunidades de investigação e melhoria.

A prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A prática baseada na evidência surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem (Pina et al., 2020, p. 129).

A formação permanente dos enfermeiros é fundamental de forma a enfrentar as rápidas transformações no ambiente de trabalho e o avanço do conhecimento científico e tecnológico, pelo que se deve estimular o pensamento crítico e a reflexão (Martini et al, 2022).

Nos estágios senti necessidade de aprimorar e consolidar as aprendizagens adquiridas ao longo do curso, durante o estágio do SU realizei o Curso de Suporte Básico de Vida – DAE (Anexo 1) e no estágio da UCIP o Curso Suporte Avançado de Vida (Anexo 2), ambos certificados pelo INEM. Considero que foi uma mais valia para permitir uma atuação segura e fundamentada em situações de emergência.

Mais do que desenvolver evidência científica, em Enfermagem, devidamente credível, atualizada e com extrema relevância para a prática de cuidados ambiciona-se, concomitantemente, que esta seja alicerçada nos valores de segurança e qualidade de cuidados onde também a reflexão sobre aquilo que se faz, aquilo que se pretende fazer e aquilo que é preconizado realizar seja um *continuum*.

É essencial a existência de uma política de formação que potencie o desenvolvimento dos recursos humanos, sendo fundamental para garantir a qualidade de cuidados prestados. Neste contexto, colaborei na formação em serviço no SU, através da apresentação da

formação: Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência (Apêndice 1), tendo como objetivo atualizar conhecimentos no tratamento das feridas em contexto de urgência, uniformizar métodos de atuação perante uma ferida.

2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Neste capítulo faço uma reflexão crítica acerca das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, refletidas no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018a) e as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos.

Verifiquei que os cuidados de Enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados, prestados continuamente à pessoa com funções vitais afetadas, o que lhe confere risco imediato de vida. Estes cuidados permitem manter as funções básicas de vida de forma a prevenir complicações e limitar as capacidades, objetivando a sua recuperação total (OE, 2018a).

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

Cuidar da pessoa, família/cuidador em situação crítica exige

observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018a).

Tive a oportunidade de participar no acolhimento da PSC no serviço, tendo em conta a sua condição holística, identificar problemas/necessidades, estabelecendo uma relação de confiança. Foi importante a recolha de dados e observação global da PSC, respeitando sempre a sua privacidade. É dever do Enfermeiro exercer a sua prática respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar de cada pessoa, adotando medidas com objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. O Enfermeiro, como profissional que observa os valores humanos, deve salvaguardar os direitos de quem assiste. Deve realizar a sua atividade sem qualquer discriminação económica, social ou política. É também exercício da sua profissão, abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa, respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, informar sobre os cuidados de enfermagem realizados e de garantir confidencialidade de toda a informação sobre a PSC e sua família (OE, 2015a).

2.1.1. Cuida da pessoa/ família em situação crítica, em contexto de Urgência e Emergência

O SU é um serviço onde existem PSC com idades e especificidades socioculturais e económicas muito distintas. Esse facto exige da equipa multidisciplinar a capacidade de adequação a cada situação, sempre com vista à igualdade de direito e de acessibilidade que é transversal a qualquer cidadão. Assim, no decorrer deste estágio, procurei sempre atuar em conformidade com o que foi mencionado, desenvolvendo a minha conduta no sentido de aperfeiçoar cada vez mais o meu desempenho perante uma vida humana que se encontra em situação de fragilidade devido à doença. Também procurei sempre respeitar as crenças da PSC, promover a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida, transmitindo apenas o necessário para a prestação de cuidados.

No SU pretendi fazer o maior número de turnos na Sala de Emergência (SE) e, sempre que me era permitido, procurei estar presente nas situações de emergência, deslocando-me à mesma, pois aqui são prestados os cuidados mais diferenciados e específicos, devido à condição crítica de saúde da PSC e pela diversidade de situações. A SE recebe as PSC que exigem um atendimento imediato e diferenciado por ameaça ou falência de um ou mais órgãos.

A maioria das PSC que surgiram em contexto de urgência e emergência, durante o estágio, eram adultos e idosos, com patologias crónicas agudizadas, com necessidades de suporte respiratório (ventilação invasiva ou não invasiva), ou patologias agudas, como AVC, arritmias, paragem Cardiorrespiratória, politraumatizados (quedas, acidentes de trabalho), cetoacidose diabética, entre outros. Perante estes contextos, é necessário ter capacidade de lidar com situações complexas, exigindo competências específicas e julgamento crítico na tomada de decisão e no estabelecimento de prioridades, bem como gerir o stress que estes momentos nos causam. A SE, é um serviço onde o stress se encontra elevado, pois as situações urgentes/emergentes requerem uma atuação rápida e assertiva.

Colaborei na prestação de cuidados contínuos e individualizados à PSC, com resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções vitais, estabelecendo prioridades de atendimento, prevenindo complicações, eliminando ou limitando incapacidades. Nem sempre foi fácil prestar cuidados à PSC, uma vez que os limites temporais e a pressão existente dificultam a rapidez na tomada de decisão e consequentemente a realização de cuidados de excelência. Mas graças a toda equipa fui-me sentido mais tranquila e confiante. Dos mais

variados casos que presenciei e tive oportunidade de intervir, vou tecer algumas considerações.

Em qualquer destas circunstâncias, procurámos sempre adequar o nosso desempenho com base na avaliação primária ABCDE. Em todas as situações participei de forma ativa e com o raciocínio clínico em enfermagem que seguiu o ciclo: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação/execução e avaliação final.

PSC vítima de trauma

No contexto de urgência, dadas as diversas condições clínicas com que me deparei, avalei sempre a PSC pela metodologia ABCDE.

A metodologia ABCDE, consiste:

A - *Airway* ou Via aérea, com controlo da cervical em pessoas vítimas de trauma;

B - *Breathing* ou Ventilação;

C - *Circulation* ou Circulação;

D - *Disability* ou Disfunção Neurológica;

E - *Exposure* ou Exposição.

Esta metodologia possibilita a avaliação da vítima de uma forma estruturada e esquematizada em conformidade com as prioridades, tendo como objetivo “tratar primeiro aquilo que mata primeiro”. Por tal, garante uma comunicação assertiva e eficaz da equipa, melhorando o seu trabalho e permite identificar as condições de vida fatais, iniciando o tratamento de uma forma precoce, evitando a deterioração clínica da PSC, até chegar à Paragem Cardiorrespiratória (Instituto nacional de Emergência Médica, 2019).

Uma das PSC que tive oportunidade de prestar cuidados, foi vítima de acidente de mota, contra um poste. Chegou acompanhado pelos bombeiros, encontrando-se estabilizado com maca Coquille e colar cervical. Consciente, orientado e colaborante à chegada. Decidiu-se remover a maca Coquille para se poder avaliar melhor, esta foi removida em bloco e manteve-se o colar cervical. Seguido o ABCDE, boa saturação, sem necessidade de oxigénio, monitorizado, colocado acessos venosos de grande calibre, colhido sangue para análise. Fez-se a avaliação da dor e foi-lhe administrada analgesia. Colocado em perfusão soro fisiológico 0,9%. Participei também na realização da limpeza das feridas hemorrágicas e penso compressivo (orelha e mento). Foram solicitados exames complementares, TAC crânio, toraco-abdominal, no qual eu acompanhei até a imagiologia.

Transporte intra-hospitalar

O transporte intra-hospitalar é uma intervenção frequentemente desempenhada pelo enfermeiro da SE no SU, e na qual podemos cooperar, diz respeito ao transporte intra-hospitalar da PSC para efetuar exames (ex: Imagiologia) e/ou mesmo ser transferido para outro serviço (ex: UCIP, hemodinâmica, bloco operatório).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017c, p.2), verifica-se que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da PSC é o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar.

A decisão de transportar uma PSC é um ato médico, mas o enfermeiro é fundamental no planeamento e efetivação do transporte. O transporte no SU respeita várias ações: explicar à PSC a necessidade de se deslocar a outro local; contactar o serviço de destino, para garantir a disponibilidade para o atendimento; selecionar os meios adequados de monitorização e ventilação (ventilador, botija de oxigénio, monitor portátil, entre outros); selecionar e transferir o equipamento e terapêutica adequada (seringas perfusoras e fármacos); preparar o material que se preveja necessário utilizar em caso de emergência durante o transporte (ambu, estetoscópio, mala de transporte que existe no SU com medicação de emergência).

A equipa da imagiologia foi avisada, a PSC foi monitorizada, levamos o saco de transporte para que o mesmo fosse realizado em segurança.

As Vias Verdes

A existência de vias verdes, com protocolos bem definidos, permite melhorar os cuidados prestados a PSC, nomeadamente na redução do tempo de espera para estabelecer o diagnóstico e o consequente tratamento. No CHTV, as únicas vias verdes implementadas são a Via Verde do AVC e a Via Verde Coronária. Tive oportunidade de compreender como se processam, prestando os cuidados inerentes a cada situação. Os enfermeiros da triagem seguem os fluxogramas e, mediante os discriminadores, são imediatamente ativadas as vias verdes.

Via verde do AVC

A importância do recurso à Via Verde AVC relaciona-se com a necessidade de iniciar tratamento com trombólise nas primeiras 4,5 horas após o início da sintomatologia de AVC e a realização de TAC crânio encefálica que exclua hemorragia intracraniana; garantindo-se assim, a eficácia das principais intervenções e tratamento.

De entre as intervenções de Enfermagem e do método ABCDE à pessoa com AVC Isquémico destacam-se: a monitorização contínua, durante pelo menos 24 a 48 horas, dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação periférica de oxigénio), glicemia, capacidade de deglutição, estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow e *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS)), vigilância de perdas hemáticas e dor (Cristiano, 2020, p.38).

A intervenção de enfermagem especializada é fundamental para um acompanhamento eficaz, bem como para avaliar a pessoa em situação crítica submetida a trombólise, de forma a monitorizar a sua evolução e a controlar as possíveis complicações (Cristiano, 2020, p. 39).

A dose total de fibrinolítico a administrar é consoante o peso da PSC. Faz-se, inicialmente, um bólus de 10% do total a administrar e o restante perfunde numa hora.

Peso x 0,9 (constante) Ex: Dose total = 90 kg x 0,9 = 81 ml

Bólus: 10% = 8,1 ml Restante: 73ml a perfundir a 73ml/h

A equipa de enfermagem, regista em folha própria a hora de início da fibrinólise e os sinais vitais de acordo com intervalos de tempo pré-definidos.

Algumas das PSC que assisti não tinham critérios para trombólise nomeadamente porque faziam anticoagulantes orais. Todos as PSC apresentaram sintomas e défices diferentes. Tive oportunidade de visualizar melhorias após o início de perfusão do medicamento trombólito.

Assim no caso de ativação da via verde AVC, o médico de medicina interna responsável, era avisado, de que estava para chegar uma PSC assim como a equipa de enfermagem na SE. À chegada era monitorizado, avaliados parâmetros vitais nomeadamente a glicémia capilar e temperatura. Colocado 2 cateteres venosos periféricos em braços diferentes 16G, realizadas colheitas de sangue e colocado soro fisiológico 0,9% em curso. Ao mesmo tempo faz-se uma avaliação inicial /inspeção avaliação e dos seus défices pelo médico da sala (avaliação da escala de NIHSS). Logo que possível a PSC era encaminhada com médico e enfermeiro com a mala de apoio à via verde AVC (onde se encontra a seringa e fármacos necessários nomeadamente o medicamento trombolítico), para a imagiologia e no caso de ter critérios iniciava tratamento na sala de imagiologia logo após a realização de AngioTAC.

A fibrinólise é um protocolo terapêutico complexo realizado no SU. A monitorização e a vigilância fazem parte de todo o processo. A PSC está constantemente monitorizada com vigilância de sinais vitais de 15 em 15 minutos. Durante a trombólise, a vigilância de complicações é fundamental (hemorragia intracraniana, disseção do vaso, embolia gasosa e complicações no local de punção). Durante o estágio, não assisti a nenhuma complicação da administração do fármaco.

Via Verde Coronária

O diagnóstico precoce de EAM inicia-se no pré-hospitalar, através da realização e interpretação de um eletrocardiograma de 12 derivações, no local ou à distância, no prazo máximo de 10 minutos após o primeiro contacto médico, de forma a agilizar o transporte para

a instituição adequada e reduzir até 60 minutos o tempo entre a admissão hospitalar e o início da terapêutica de reperfusão (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017, p.8). A terapia de reperfusão no EAMCSST está indicada quando os sintomas se iniciaram há < 12 horas e que apresentem elevação persistente do segmento ST. Poderá ser realizada através da intervenção coronária percutânea (ICP) primária ou através de terapêutica fibrinolítica, sendo a ICP o tratamento preferencial do EAMCSST (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017, p.8).

Quando a via verde coronária é ativada no pré-hospitalar, a PSC entra diretamente para a SE e é preparada para ser encaminhada de imediato para a sala de hemodinâmica. Se a PSC vem por meios próprios e/ou com familiares, a Via Verde é ativada no momento da triagem. No posto de triagem do SU do CHTV existe um fluxograma geral da via verde coronária que nos permite visualizar quais os discriminadores e prioridades que ativam a via verde coronária e o circuito da PSC. Caso o eletrocardiograma revele supra-desnívelamento de ST ou Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo “e novo” a PSC é encaminhada para realizar angioplastia primária.

Assim: é monitorizada, colocado oxigénio adicional, são colocados dois cateteres periféricos no membro superior esquerdo 16G, colhe análises de sangue, é colocado soro em curso, feita tricotomia inguinal bilateral e radial direita, faz terapêutica se prescrita (dose de carga 300mg de ácido acetilsalicílico e 180mg de ticagrelor) e é acompanhado até à sala de hemodinâmica no caso de indicação para realizar angioplastia primária.

Emergência Interna

Vivenciei outro caso em contexto de Emergência Interna. Uma funcionária sentiu-se mal, no serviço de análises clínicas e ligaram #112. Questionámos se a senhora estava em paragem cardiorrespiratória e quem ligou não soube responder. Saímos a correr do serviço com a mala de reanimação, como não é um serviço de internamento tivemos que levar uma maca, monitor da sala de emergência, aspirador portátil, bala de oxigénio e o saco médico que contém:

- Fármacos (propofol, labetalol, atropina, hidrocortisona, captopril 25 mg, dinitrato de isossorbido 5 mg, clonazepam, diazepam, glicose 30% e adrenalina);
- Material de apoio à via aérea, à intubação orotraqueal e à ventilação;
- Material de punção venosa;
- Material de monitorização;
- NaCl 0,9% 100 ml;
- Glucómetro.

A funcionária estava deitada no chão, aparentemente teve um desmaio, avaliámos a senhora e levámo-la para a triagem da urgência. Seria motivo para ligar #112? Face a esta situação, considero que é fundamental promover-se mais formação em serviço para os profissionais em Suporte Básico de Vida, para que quem liga o #112, saiba identificar situações de paragem cardiorrespiratória. É importante também referir que, com a nossa saída, apenas ficou um enfermeiro na SE sozinho com várias PSC a seu cargo. Falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas. Cargas de trabalho elevadas colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido. A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização.

A OE (2019b) preconiza que “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados prestados. Salienta que para os serviços de urgência utiliza-se os postos de trabalho como base de cálculo, sendo necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência (OE, 2019b). Já que o mesmo não transparece a quantidade de trabalho.

Paragem Cardiorrespiratória

Refiro ainda outro caso que tive a oportunidade de assistir e colaborar. Uma PSC trazida pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação, com 90 anos situação de paragem cardiorrespiratória no domicílio, vinha ventilada com ambu e oxigénio a alto débito, tendo, à chegada, nova paragem cardiorrespiratória. Avaliámos o ritmo, assistolia e reiniciamos manobras de Suporte Básico de Vida, administrámos adrenalina 1mg, iniciámos a contagem dos 2 minutos de Suporte Básico de Vida. O médico responsável pela SE decidiu declarar o óbito devido ao mau estado geral e ao prolongar da situação desde o domicílio. Esta experiência permitiu-me enriquecer os meus conhecimentos, levando-me a inscrever no curso Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa no Departamento de Educação Permanente (Anexo 1).

Os cuidados de enfermagem atualmente requerem cada vez mais competências técnicas e científicas, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade (OE, 2019a). Por conseguinte, a pessoa em situação crítica e seus familiares esperam que os enfermeiros, no caso concreto, tenham uma abordagem competente, atualizada e eficiente, mas também humana. A humanização nos cuidados prestados deve ser indissociável dos

cuidados de enfermagem, no estabelecimento de uma relação terapêutica com o outro, visando a promoção e o desenvolvimento de atitudes, valores e comportamentos. Este é um constante desafio para os enfermeiros a fim transporem para a sua prática o cuidado holístico, que tem em conta as dimensões bio-psico-social-cultural e espiritual para obter a excelência do cuidar. O cuidar holístico afasta-se de um foco de atenção de um modelo dominante centrado no défice para um modelo centrado nas forças (qualidades, habilidades, competências, recursos), em respeito da singularidade de cada pessoa, colocando-a a si e à sua família como foco principal e central dos cuidados (Gottlieb, 2016).

Num dos turnos foi-me possível acompanhar o enfermeiro a dar informações aos familiares. Deslocamo-nos ao gabinete, em intervalos de mais ou menos duas horas, consultamos o processo e tentamos responder às questões dos familiares, focando-nos no motivo da vinda à urgência do seu familiar, seu estado atual, os exames complementares de diagnóstico realizados e quais os cuidados necessários. Penso que é uma mais valia esta possibilidade de poder falar com os familiares e de alguma forma serená-los, ao sermos um elo de ligação. Durante este período no serviço de urgência pude acompanhar a dor, o sofrimento, a angústia dos familiares que aguardavam por informações. Tão importante como a prestação de cuidados à PSC, é a prestação de cuidados à família, onde nesse processo o enfermeiro interpreta um papel fundamental. Devemos informar e esclarecer qualquer dúvida existente e quando possível, envolver o acompanhante em todo o processo, tendo em conta que muitas vezes desempenham um papel fulcral na realização da colheita de dados e na realização de ensinios após alta.

Neste sentido, posso dizer que executei com rigor técnico-científico os cuidados de enfermagem planeados, criando uma relação terapêutica com o utente/ família, tendo em vista uma perspetiva holística, o que também implicou integrar a família/pessoa significativa sempre que a situação clínica o permitia. Interpretei as reações psíquicas, físicas e fisiopatológicas da PSC como indicadores da evolução ou regressão das situações patológicas, tendo registado de uma forma clara e concisa os resultados da avaliação.

Como preconiza a OE, os cuidados de enfermagem especializados à PSC consistem em cuidados de grande complexidade, impondo ao enfermeiro conhecimentos técnico-científicos e uma interpretação sistemática de dados, que lhe possibilite prevenir complicações e intervir de forma precisa, eficaz e em tempo útil (OE, 2018a). Assim, o enfermeiro Especialista em EMC revela-se capaz de prestar cuidados de elevada qualidade, com maior competência, aplicando as tecnologias ajustadas às abordagens biopsicossociais e espirituais, tendo sempre em vista o cuidar da pessoa numa perspetiva holística (Ovies & Calle, 2020). Para além das necessidades físicas, nunca devemos subestimar o sofrimento e as necessidades psicológicas e emocionais da pessoa em

situação crítica e seus familiares, pois a vulnerabilidade consequente de vivenciarem situações de extrema complexidade expõe a referida díade à perda da autonomia e do seu bem-estar holístico.

Cada um de nós tem de sentir a necessidade de alcançar práticas e saberes, particularmente fazer, ser e estar que perfilhem a sua competência e qualificação profissional. Considero, assim, que, ao longo deste percurso, procurei sempre agir em todas as situações, de PSC, emergente ou urgente, para ganhos de autonomia na minha forma de intervenção e prestação de cuidados de enfermagem.

2.1.2. Cuida da pessoa/ família em situação crítica, em contexto de Cuidados Intensivos

As PSC internadas na UCIP do CHTV são sobretudo instáveis do foro neurológico (traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, lesão ocupante de espaço), cardiovascular (choque cardiogénico e hipovolémico), respiratório (insuficiência respiratória) assim como apresentam outros diagnósticos como sépsis, vítimas de trauma entre outros.

Na UCIP, muitos das PSC estão ventiladas, com ventilação não invasiva e ventilação invasiva, se da primeira já detinha alguns conhecimentos, a segunda era uma área débil para mim, uma vez que não lido com PSC ventiladas no meu dia-a-dia. Para a minha evolução nesta área tive necessidade de pesquisar, estudar, questionar muito sobre os ventiladores. Nesse aspeto tanto a equipe de Enfermagem como médica foram excecionais pois esclareceram sempre da melhor maneira possível as minhas dúvidas. Sem eles seria de todo impossível perceber as diferentes modalidades ventilatórias, interpretar valores, alarmes relacioná-los com a situação e pessoa para atingir o grande objetivo da melhoria dos cuidados prestados.

A ventilação mecânica (VM) consiste num meio de suporte para o tratamento da PSC com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Substitui a ventilação espontânea e permite adequar as trocas gasosas, reduzir o trabalho da musculatura respiratória e diminuir a demanda metabólica. O modo ventilatório deve ser escolhido com base na gravidade clínica da PSC e da sincronia que esta tem com o ventilador (Sabeh et al, 2023).

Os modos mais utilizados na UCIP são: ventilação controlada por volume e pressão (volume controlado (VC) e pressão controlada (PC)) e a ventilação assistida por pressão de suporte (PS). Os modos ventilatórios são definidos ou alterados pela equipa médica, em colaboração com o enfermeiro responsável pela PSC. No entanto cabe ao enfermeiro avaliar

continuamente a eficácia da mesma e monitorização do padrão respiratório. É através da linha arterial que são colhidas as gasometrias arteriais e em função dos valores, são realizados os respetivos ajustes tanto em termos de parâmetros ventilatórios quer em termos de terapêutica permitindo corrigir os desequilíbrios da PSC. No decorrer do estágio fui conseguindo interpretar essas alterações e tomar as respetivas medidas em funções dos valores, assim como com o decorrer do tempo me fui sentindo mais à vontade e mais confiante na execução dos cuidados. Alguns dos cuidados com a ventilação que pude realizar foram: montagem, teste do ventilador, aspiração de secreções através do TOT, higiene da cavidade oral, avaliação da pressão do cuff, do nível a que o TOT se encontra na comissura labial e correta fixação do mesmo, realização de gasometrias e não menos importante sentir e comunicar com a PSC. Apesar da VMI ser uma barreira, consegui comunicar através de estratégias próprias tais como: a escrita através de papel e caneta, gestos, “piscar de olho”, acenos de cabeça ou apertos de mão. Por um lado, foi um desafio, mas por outro lado foi gratificante ter a possibilidade de compreender o estado emocional da pessoa em situação crítica e respetiva família através da escuta ativa, da observação da sua postura corporal, aparência, gestos e expressões faciais. Outra experiência muito importante foi acompanhar o PSC no desmame ventilatório até ao processo de extubação. Pude constatar que para se iniciar o desmame é necessário que haja uma evolução favorável da PSC quer do ponto de vista ventilatório, hemodinâmico e neurológico, que permita o quanto antes restituir a sua autonomia respiratória. Assim numa fase inicial a PSC passa de um modo controlado de ventilação para o modo ventilação espontânea. Seguidamente vai alternar períodos de VMI com tubo em T com O₂ adaptado. A respiração com tubo em T utiliza-se quando a PSC está praticamente autónoma nos ciclos respiratórios, permitindo que esta controle totalmente a sua respiração. Por fim, tendo em conta os valores gasométricos, a quantidade de secreções brônquicas, a existência do reflexo de tosse, força mantida dos músculos envolvidos na respiração e o estado neurológico (ECG » 8) dá-se início ao processo de extubação. Assim para que haja sucesso na extubação tem de existir uma grande coordenação de toda a equipa pois é necessário um enfermeiro e um médico para a sua realização. Cerca de meia hora antes deve ser administrada hidrocortisona 100 mg EV. Reúne-se todo o material necessário, mantém-se a cabeceira elevada, aspiram-se as secreções da orofaringe e TOT, pré oxigena-se a PSC colocam-se os óculos nasais (suporte de oxigénio pós-extubação), retira-se a pressão do cuff e retira-se o TOT. Posteriormente avaliávamos a capacidade ventilatória da PSC e realiza-se uma gasometria (1h após). Nas várias extubações que presenciei pude participar ativamente e todas elas foram realizadas com sucesso. No caso de haver necessidade de ser re-entubado muitas das vezes a PSC acaba por ser traqueostomizada quando se prevê VMI prolongada.

Tive oportunidade de assistir à colocação de uma traqueostomia. A traqueostomia consiste no procedimento cirúrgico com abertura da parede anterior da traqueia, na sua porção cervical para ventilação.

De acordo com a Norma nº 011/2016 da DGS, atualizada em 2017, a realização de ostomias respiratórias no adulto deve ser considerada quando a entubação traqueal é necessária mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal, ou sendo indispensável a sedação da pessoa).

Sabeh et al (2023) referem que quer em PSC com TOT quer em PSC com traqueostomia é importante controlar a pressão do cuff da cânula traqueal. Pressões elevadas no cuff, acima de 30 cmH₂O podem ocasionar danos teciduais, traqueomalácia, fístulas, estenoses, enquanto pressões abaixo de 20 cmH₂O aumentam o risco de broncoaspiração e infecção respiratória. Atualmente, o valor de referência estipulado é de 18-22 mmHg ou 25 a 30 cmH₂O.

A presença de um tubo na via aérea é uma situação muito desconfortável e altamente invasiva, que requer medidas que diminuam esse desconforto e previnam a infecção. Há necessidade de cuidados com assepsia na manipulação do mesmo, incluindo na aspiração de secreções (com luva estéril) e uma higiene oral com antisséptico adequado.

Há 15 cuidados de enfermagem que foram transversais à maioria das PSC, independentemente da sua condição clínica, e que foram por mim executados: cuidados de higiene e conforto no leito; higiene da cavidade oral e aspiração de secreções da orofaringe e do tubo orotraqueal; posicionamentos no leito; preparação e administração da medicação/perfusões; cuidados com a SNG (posicionamento da SNG, lavagem, avaliação da estase gástrica e substituição dos sistemas de nutrição entérica e respetiva administração de alimentação entérica segundo protocolo); cuidados com o cateter vesical, com sistema de avaliação de temperatura central e PIA (pressão intra-abdominal); controlo da dor, da sedação e curarização; cuidados com os acessos venosos e arteriais (nivelado pelo eixo flebostático e zerado); vigilância hemodinâmica e da ventilação; execução dos pensos, realização de gasometrias; monitorização de BH (mediante o valor alvo prescrito pelo médico manipulam-se as entradas ou saídas, diminuindo a fluidoterapia ou iniciando/ajustando diurese ativa com perfusão de furosemida, segundo prescrição); avaliação da Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID), escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS - Richmond Scale, pontuação vai de -5 a 4) , avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG); avaliação e monitorização do estado de consciência da PSC quando sedada ou curarizada, com o índice bispectral (BIS, sendo 0 ausência de atividade cerebral e 100 a pessoa está acordada, o valor

considerado ótimo em termos anestésicos é entre 40-60)); avaliação do nível de curarização através do TOF ; prestação de cuidados para prevenção de fenómenos tromboembólicos e prevenção da PAV. Apesar de muitos dos procedimentos já terem sido realizados por mim nos estágios anteriores, sentia algum receio na sua execução, uma vez que a pessoa se encontra num estado crítico. À medida que os dias foram passando, ia-me sentindo mais confiante e conseguia realizar a maioria dos procedimentos sozinha com a supervisão dos meus orientadores.

Neste serviço é notória a preocupação em manter uma apertada vigilância da integridade da pele, permitindo, assim, evitar o aparecimento de úlceras de pressão. Avalia-se diariamente a Escala de *Braden*, permite monitorizar o risco de alteração da integridade da pele através da perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção.

O momento dos cuidados de higiene é muito importante pois permite estabelecer uma relação mais próxima com a PSC e é nos permitido observar, auscultar, tocar, fazer uma avaliação rigorosa do estado atual, detetar as diferentes alterações, nomeadamente presença de zonas de pressão, presença de edemas, coloração e hidratação da pele e alterações do padrão respiratório. Permite também ao enfermeiro proporcionar conforto e bem-estar à PSC de variadas formas. É igualmente um momento muito cansativo e com alguns procedimentos dolorosos associados, por isso cabe ao enfermeiro tomar medidas de forma a minimizar a dor. A avaliação da dor é tida como um importante indicador de qualidade e é realizada pela Escala de Campbel Modificada (ESCID). Com a ESCID são avaliadas cinco dimensões: a musculatura facial, se a pessoa tem uma expressão relaxada ou se apresenta a testa franzida e/ou fâcies de dor/dentes cerrados; a tranquilidade da pessoa, apresenta-se tranquilo e relaxado, ou então com movimentos ocasionais ou frequentes de inquietude; o tónus muscular, se apresenta-se normal, relaxado ou aumentado/rígido; a adaptação à ventilação mecânica, se a pessoa encontra-se a tolerar a ventilação ou tem alguns episódios autolimitados de tosse mas a tolerar a ventilação ou então luta contra o ventilador e o conforto, se está confortável e tranquilo ou se tranquiliza-se ao toque ou voz ou ainda se está agitado e pouco confortável. A pontuação da escala vai de 0 a 10 à semelhança das escalas utilizadas para PSC conscientes. Durante a minha prestação de cuidados avaliei a dor e procurei utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma. Foi sempre uma preocupação minha ao longo do estágio, no entanto nem sempre é fácil esta avaliação, pois às vezes não sabia se a reação da PSC é por dor, se é por sedação insuficiente ou se é devido à patologia de base. O controlo da dor, permite ao enfermeiro contribuir na redução do nível de sedação e analgesia e níveis de stress, possibilitando a extubação precoce e com ganhos para a saúde. Foi-me possível assistir e colaborar com a equipa de anestesia, em

bloqueios loco-regionais com o objetivo de controlar melhor a dor e poder aliviar a sedação e analgesia em curso e consequentemente uma extubação mais rápida.

A admissão de uma PSC na UCIP é sempre um momento de muito trabalho e dedicação por parte da toda a equipa, requerendo uma boa coordenação da mesma. Normalmente a PSC que chega à unidade, sobretudo os não cirúrgicos, são os que se encontram instáveis do ponto de vista respiratório e hemodinâmico. Assim necessitam de atendimento rápido e o mais incisivo possível. Uma das PSC que recebi necessitava de ser ventilado e colocar CVC e linha arterial. Antes de chegar pude colaborar na preparação do material, na preparação de medicação necessária para a sedoanalgesia e para colocação de TOT, assegurar o funcionamento do ventilador e colocar o carro de emergência junto à cama da PSC. Tive oportunidade de administrar a medicação quando a PSC foi entubada (Propofol 1%, Fentanil, Rocurónio) e instrumentar o médico na colocação dos dispositivos. Senti-me bastante segura a colaborar com a equipa.

Executei sempre a avaliação inicial nas primeiras 24h após a sua entrada na Unidade, com elaboração do plano de cuidados aquando do seu acolhimento, o qual era atualizado a cada turno e sempre que necessário, no sentido de: promover a continuidade dos cuidados; possibilitar a avaliação do cuidado; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços; assegurar um registo completo e adequado a todos as PSC internadas na UCIP. O planeamento, a otimização e a avaliação dos cuidados de enfermagem à PSC foram atividades realizadas com a adoção de medidas de intervenção autónomas e interdependentes de acordo com os problemas identificados.

Quanto aos registos, estes encontram-se informatizados através do sistema de informação BSimple Patient Care. Não tinha utilizado este programa de maneira que me fui adaptando ao mesmo. Com o passar do tempo fui conseguindo ultrapassar esta dificuldade, e sendo mais rápida nos meus registos. Na minha opinião, contribui muito para uma redução de erros.

Tive a oportunidade de constatar que o cálculo do BH é realizado pelo programa informático, anteriormente era realizado em papel, deveria ser extremamente difícil e com possibilidade de erro. O registo adequado de líquidos que entram e que saem é importante para a tomada de decisões terapêuticas e assistenciais. O enfermeiro precisa estar atento aos resultados do balanço hídrico e saber atuar, quando necessário, e também comunicar ao médico responsável, sinais de retenção hídrica ou de desidratação (Rocha, 2021).

A medicação que está em perfusão é regulada consoante as necessidades e consoante o BH que o médico pretende (neutro, positivo ou negativo). Tudo é registado:

– Ritmo das perfusões (incluindo todos os bólus efetuados);

- Água administrada através da sonda nasogástrica (utilizada para diluir os medicamentos orais ou para lavar a sonda), incluindo a medicação em estado líquido;
- Medicação endovenosa administrada;
- Débito urinário.

O aumento de fluidos (balanço hídrico positivo) ocorre por consumo direto de líquidos e em situações hospitalares, mediante administração de medicamentos diluídos, soro e reposição de volêmia, sobretudo. Por sua vez, a diminuição de líquidos (balanço hídrico negativo) ocorre por perdas vesico intestinais, vômitos, sudorese e hemorragias, por exemplo (Rocha, 2021). A monitoração do BH é muito importante, pois tanto o excesso como a perda inapropriada de fluidos podem culminar em piores desfechos clínicos e aumentar o tempo de internamento.

Na UCIP é frequente as PSC necessitarem de técnicas de substituição da função renal devido ao agravamento do seu estado clínico. Segundo Almeida et al (2020), é usado o equipamento Prismaflex para o uso de diferentes terapias dialíticas, com o objetivo: Controle metabólico; Remoção de fluidos; Equilíbrio ácido-base e equilíbrio de eletrólitos. A técnica que pude experienciar foi a hemodiafiltração venovenosa contínua. Assim para a realização da técnica é necessário que a PSC tenha um cateter venoso central de alto fluxo, e neste caso, foi colocado a nível da veia femoral sob eco guiado. Pude participar na preparação do material necessário assim como ajudar o médico na sua colocação. Apesar de ser uma técnica semelhante à colocação de outros dispositivos, dado ser um cateter de grande calibre requer uma maior rapidez e perícia na sua colocação. Posteriormente o médico decide a técnica dialítica a iniciar e qual a anti-coagulação que vamos utilizar: heparina ou citrato. Posteriormente, recolhíamos todo o material necessário para iniciar o tratamento: equipamento prismaflex (onde o médico programa a modalidade em função do valor do hematócrito e do peso da PSC); o kit dialisador com o filtro e linhas; as bolsas (reposição; dialisante; citrato e de efluente) e SF 0,9 de 1000 ml para preencher o circuito e uma seringa de 50 ml de cloreto de cálcio 10%. Após iniciar a técnica é necessário estar atento a possíveis complicações: hipotensão; arritmias; hipoxémia; hipotermia; alterações da coagulação. Para além de estar monitorizado estamos constantemente a realizar gasometrias arteriais e gasometrias venosas no pós-filtro. Assim permite-nos dosear os iões e ajustar a sua reposição (cálcio, potássio, sódio, bicarbonato), avaliar o pH; monitorizar a glicémia e também ajustar a anti-coagulação no circuito extra-corporal (citrato) em função do valor do cálcio ionizado no pós-filtro. Os níveis pretendidos são: 0,25-0,35mmol/l. Esta técnica pode ficar em média durante 72h, mas depende sempre da decisão médica. Para mim foi um desafio conseguir compreender a técnica e a sua monitorização, apesar do equipamento ser muito sofisticado e intuitivo. No entanto com a ajuda de toda a equipa, especialmente do meu enfermeiro

orientador e com bastante pesquisa e estudo da minha parte consegui adquirir conhecimentos teóricos que me permitiu, sem medos ter alguma autonomia na mudança das bolsas, mudança da seringa de cálcio, ajustes de parâmetros em função das gasometrias e vigilância hemodinâmica durante os dias que lhe prestei cuidados.

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados a várias pessoas neurocríticas. São PSC muito complexas e que requerem uma grande vigilância e monitorização e qualquer procedimento como por exemplo a aspiração de secreções e/ou a mudança de posição, leva a alterações hemodinâmicas. Alguns dos cuidados específicos que realizei foram: manter a cabeceira entre 30 e 45°; realizar o exame neurológico (avaliar a consciência utilizando a ECG, força muscular, reflexo pupilar); manter a estabilidade hemodinâmica (valores de pressão arterial média (PAM) no intervalo pretendido) sendo necessário muitas vezes administrar noradrenalina, vigiar e registar os valores da pressão intracraniana (PIC); manter a pressão de perfusão cerebral (PPC) > de 70 mmHG; manter a sedação ajustada e monitoriza-la através do BIS; vigiar a ventilação e monitorizar as pressões parciais de O₂ de CO₂, na gasometria, manter o equilíbrio hidroeletrólítico (valores de sódio entre 145 e 150 mEq/L) e ajustar soroterapia em função dos valores; avaliar a temperatura e a glicemia; prevenir a dor e vigiar sinais de convulsão cerebral. Por vezes estas medidas não eram suficientes. Segundo Olson et al (2017), com a PSC pretende-se prevenir a hipertensão intracraniana (HIC), a otimização da PPC e evitar a hipotensão. Todas estas medidas têm como objetivo prevenir o edema cerebral, a isquemia cerebral e assim prevenir a lesão cerebral secundária. Quando não é possível manter a PIC nos valores pretendidos e no caso de agravamento do estado neurológico, muitas das vezes a PSC tem de ir ao bloco operatório realizar uma craniotomia descompressiva, com remoção da calote óssea (preservada no abdómen). O valor normal da PIC varia de 0 a 15 mmHg. Os enfermeiros vigiam as alterações e as tendências da PIC, da pressão arterial, PAM, PPC, oxigenação e função neurológica que podem sinalizar alterações na dinâmica intracraniana, intervindo sempre que necessário (Olson et al., 2017). A PIC pode ser usada como um índice de gravidade da lesão e para determinar o prognóstico em determinadas circunstâncias.

Importa referir que a PSC, mediante todas as particularidades que lhe são características, constitui um verdadeiro desafio em termos de suporte nutricional. A nutrição entérica consiste numa alternativa terapêutica que pode ser utilizada na PSC com impossibilidade parcial ou total de manter a alimentação por via oral. Apenas pode ser utilizada quando a função gastrointestinal está preservada. No serviço, existe um protocolo instituído para a administração de nutrição entérica. A nutrição é iniciada com um volume horário baixo que vai aumentando em cada turno até chegar ao limite definido pelo médico. A avaliação da estase gástrica é realizada, pelo menos, uma vez por turno e a cabeceira é mantida elevada.

A nutrição parentérica trata-se da *“forma mais sofisticada e complexa de nutrição artificial em que se administram os nutrientes essenciais por via intravenosa.”* Quando a via digestiva não pode ser utilizada, quer a PSC em estado hipercatabólico (trauma, grande queimado, falência orgânica, sépsis) quer a PSC cirúrgica com desnutrição grave beneficiam de suporte nutricional no sentido de limitar a perda de massa muscular e melhorar a situação clínica e a qualidade de vida (Aguiar, 2016, p.8). Durante o estágio tive oportunidade de preparar duas bolsas de alimentação parentérica.

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

As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas atuais e de importância crescente à escala mundial culminando no aumento da morbilidade e a mortalidade, no prolongamento do tempo de internamento e no aumento de custos em saúde (DGS - Programa de Prevenção e Controle de Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos, 2018).

No meu percurso formativo no SU também apliquei conhecimentos respeitantes ao controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, como preconizado nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC:

maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (OE, 2018a).

Por conseguinte, tive sempre como premissa agir em conformidade com o preconizado pelas *guidelines* internacionais, sendo exemplo, a higienização das mãos e o uso de equipamento de proteção individual, como estratégias de combate à infeção associada aos cuidados de saúde, pretendendo prestar cuidados de prevenção de infeção e ter como finalidade a promoção da segurança dos doentes (DGS, 2018).

O risco de transmissão de microrganismos existe em todos os momentos da prestação de cuidados. Cabe a todos os profissionais a função de reduzir esse risco, através da tomada de consciência de que a higienização das mãos, a utilização de equipamentos de proteção individual e a utilização da técnica assética na realização de procedimentos invasivos são essenciais para prevenir e controlar a infeção.

De igual modo na UCIP, para prevenir e minimizar a prevalência das IACS, associadas a dispositivos / procedimentos invasivos e as suas consequências, foram desenvolvidos pela DGS os Feixe de Intervenções, com o objetivo de assegurar que as PSC sejam submetidas aos melhores cuidados, baseados na evidência científica. Estes feixes de intervenções, que correspondem a um conjunto de medidas, designadas por *bundles*, orientam a atuação dos enfermeiros e devem ser implementadas de forma integrada e em grupo, promovendo melhores resultados, pois tem maior impacto do que a aplicação de cada uma destas intervenções individualmente (DGS, 2015a). Na UCIP existem, também, diversos protocolos de atuação e orientações, com base nas recomendações e *bundles* da DGS. Algumas delas são as normas da Prevenção de PAV, da prevenção da infeção relacionada com o CVC (DGS, 2015a), da prevenção da infeção urinária (DGS, 2015b) e da prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA)(DGS, 2014).

Ao longo do estágio procurei sempre agir de acordo com o preconizado pelas guidelines internacionais no combate à infeção associada aos cuidados de saúde, objetivando prestar cuidados de prevenção de infeção e tendo como finalidade a promoção da segurança nos cuidados de saúde (DGS, 2018). Por conseguinte, no decurso do estágio tive a oportunidade de participar em diversos procedimentos, aprimorando os meus cuidados de acordo com as recomendações do PPCIRA. Foram, por isso, atendidas as medidas de assepsia durante os procedimentos invasivos e não invasivos, o uso de equipamentos de proteção individuais e a desinfeção das mãos.

Assim pude realizar higienização corporal da PSC, que de acordo com a norma nº18/2014 da DGS, todos as PSC internadas em UCIP e por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal com gluconato de clorohexidina a 2%, em toalhetes nos primeiros 5 dias após admissão na UCIP. Em todos os turnos tínhamos de validar as *bundle* da PAV, segundo a norma da DGS (2015c) sendo elas a higiene oral com clorohexidina a 0,2%, a elevação da cabeceira entre 30 e 45° e insuflação do cuff do TOT entre os 20 e 30 cmH₂O. Outra forma de prevenção de infeções é a mudança de todas as linhas e rampas do CVC a cada 4 dias, assim como a mudança dos sistemas de aspiração fechado a cada 48h. É importante também a verificação do local de inserção do CVC e cateter arterial (DGS,2015a) em busca de sinais inflamatórios e a mudança e realização do penso (se penso transparente a cada 7 dias, se penso com compressa até 48horas ou quando visivelmente sujo). É frequente a realização de hemoculturas e a utilização de antibióticos quer em várias tomas quer em perfusão contínua (vancomicina, piperacilina + tazobac).

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

Catástrofe é definida por *“acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o nível socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”* (Portugal, 2015).

Um plano de emergência engloba um conjunto de normas e procedimentos, destinados a minimizar os efeitos de catástrofes. O Plano Hospitalar de Emergência Externa pretende mobilizar e rentabilizar recursos (humanos e físicos) perante uma afluência extraordinária e significativa de pessoas ao S.U., seja em situação de catástrofe ou em situações multi-vítimas, cuja definição se encontra no Regulamento nº 361/2015, de 26 de junho, emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2015c).

Pressupõe-se que o enfermeiro especialista atue perante situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção ao planeamento e gestão da resposta eficaz, eficiente, prontamente e de forma ordenada e disciplinada, preservando todos e quaisquer vestígios aquando a presença de indícios de prática de crime (OE, 2017a).

Nomeadamente nesta competência e referindo o regulamento nº429/2018 (OE, 2018a), o enfermeiro especialista deve colaborar na elaboração dos planos de emergência da instituição, deve ainda gerir os profissionais de saúde garantindo uma resposta rápida e eficaz no socorro de múltiplas vítimas em situação crítica. Face à imprevisibilidade de ocorrer este tipo de situações, torna-se imperativo que todas as organizações de saúde concebam uma resposta de emergência e a analisem com regularidade.

Relativamente ao SU, o armário da catástrofe encontra-se na SE, selado, onde consta o próprio plano e todo o material necessário para a ativação e implementação do mesmo. Uma vez fechado, não tive acesso ao mesmo e, neste sentido, procurei obter informações junto da equipa para conhecer a sua experiência e daí poder adquirir algum saber. Todos os Enfermeiros da instituição podem ser chamados em situação de catástrofe para auxiliarem na urgência, conforme o serviço em que trabalhem.

Durante o ensino clínico na UCIP, realizei também uma reflexão com o enfermeiro orientador e alguns elementos da equipa de enfermagem, no sentido de perceber se estes tinham consciência de como atuar e qual seria o sentido da evacuação de PSC no cenário de incêndio e também perceber qual seria a sua atitude perante a evacuação. Neste contexto, é necessária mais formação e simulacros, visto não haver respostas concretas e consensuais,

embora todos concordassem que, em caso de evacuação horizontal, esta seria no sentido contrário ao incêndio e em direção à porta corta fogo mais perto, tomando as devidas precauções na evacuação da PSC. Constatei também que a sinalética está bem visível e com as devidas orientações.

3. Reflexão final: avaliação das competências

A aquisição de competências especializadas em enfermagem inclui as capacidades cruciais necessárias para o desempenho do papel de enfermeiro. Estas traduzem-se na utilização habitual e criteriosa da comunicação, conhecimentos, aptidões técnicas, raciocínio clínico, gestão das emoções, valores e reflexão na prática diária em benefício da pessoa cuidada/família (Ortega-Lapiedra et al., 2023). Por conseguinte ao fazer uma retrospectiva do meu percurso formativo, posso dizer que as competências obtidas se traduziram num saber agir responsável, o que implicou sempre, em ambos os estágios, uma grande capacidade de saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades. Este processo traduziu-se numa gestão de situações profissionais de crescente complexidade, dando-me cada vez mais autonomia na tomada de decisões. Cada uma das competências gerais do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro EEMC foram vividas de forma holística e integrativa, para que pudesse ter uma maior capacidade de gestão das prioridades e do tempo, visando sempre intervenções de excelência à PSC e família/cuidador.

Considero que foram desenvolvidas as competências de Enfermeiro Especialista em EMC necessárias para abordar e cuidar a PSC e a sua família/cuidador, tendo, para tal, superado cada etapa com resiliência e perseverança, o que se espelhou na obtenção máxima do meu rendimento e, assim, alcançar os objetivos delineados para cada estágio.

Ao longo deste relatório tive a oportunidade de enfatizar ferramentas que considero essenciais no auxílio da tomada de decisão e de valorizar protocolos e normas existentes que permitem uniformizar os cuidados alicerçados na melhor evidência científica. Foram vários os momentos de aprendizagem, de aprofundamento de conhecimentos e aquisição de competências, que me permitam o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e tomadas de decisão, promovendo, desta forma, a prestação de cuidados especializados à PSC em contexto de SU e internada na UCIP. A prestação de cuidados à PSC e sua família/cuidador é um desafio constante, impondo ao enfermeiro um grande investimento profissional, pois a complexidade dos cuidados prestados e das intervenções inerentes inclui conhecimento e experiência, sendo um foco de aprendizagem constante. Considero, assim, que este percurso formativo foi uma etapa de aprendizagem que contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas e comuns na especialidade médico-cirúrgica. Este trajeto despertou-me para

a reflexão sobre a prática, baseada em evidência científica, tornando-se alicerce fundamental para o meu desenvolvimento e que futuramente me conduzirá ao grau de perita. Por tudo o relatado posso afirmar que no final dos estágios em análise estou preparada para prestar cuidados diferenciados e especializados de qualidade à PSC e sua família/cuidador.

Termino com a consciência de que as competências adquiridas estarão sempre no centro da prestação de cuidados de qualidade à PSC e sua família/cuidador. Como futura enfermeira especialista em EMC, serei responsável por avaliar as necessidades da PSC e sua família/cuidador, desenvolver planos de cuidados, tomar decisões e implementar tratamentos que promovam resultados positivos. A PSC e sua família/cuidador beneficiam mais se receberem cuidados de enfermeiros com conhecimentos especializados e avançados da prática clínica. São normalmente registados níveis mais elevados de satisfação por parte da referida díade quando os enfermeiros com fortes competências clínicas prestam cuidados baseados nas necessidades individuais de cada pessoa cuidada. Por conseguinte, ao terminar este percurso formativo, desenvolvi a minha autoconfiança para lidar com situações clínicas complexas, o que me possibilitou prestar cuidados seguros, exatos e de elevada qualidade. Todavia, também tenho plena consciência que o meu percurso como enfermeira especialista em EMC apenas está no início e que tenho de continuar a apostar na minha formação contínua. Este é um prelúdio da minha futura “história” como enfermeira especialista em EMC, a tradução da reflexão sobre os desafios e aprendizagens, o que será uma constante ao longo da minha vida profissional que se avizinha, sendo salutar que assim seja.

O conhecimento pode referir-se a uma compreensão teórica ou prática de uma realidade. Não pode haver ação sem conhecimento. Por conseguinte, o enfermeiro tem que ser um profissional com conhecimentos para que a sua prática seja de excelência face à realidade das PSC/família/cuidador principal, independentemente do seu contexto de atuação. O enfermeiro competente/perito, segundo Benner (2018), é capaz de trabalhar de uma forma eficiente e organizada devido a um planeamento consciente e deliberado.

Parte II – Componente Investigação

“Satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas
de uma Unidade Hospitalar”

Resumo

Introdução: A melhoria dos cuidados de saúde tornou-se uma prioridade para todas as instituições de saúde com o objetivo de alcançar um elevado grau de satisfação dos utentes. Este é um dos fatores mais importantes para determinar o sucesso de uma unidade de saúde.

Objetivos: Determinar o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas e verificar quais os fatores que interferem na satisfação da pessoa com patologia do foro gastroenterológico.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, descritivo analítico-correlacional, cujos dados foram obtidos numa amostra de 200 utentes selecionada por conveniência, com patologia do foro gastroenterológico assistidos numa unidade de técnicas endoscópicas de um Centro Hospitalar do centro de Portugal. Aplicou-se o “Instrumento de Avaliação da Qualidade Hospitalar – Hospital de Dia (IAQH -HD)”(Carvalho, 2014).

Resultados: A amostra é maioritariamente do género feminino (57,5%), com média de idade de 58,93 anos $\pm$ 14,77 anos. Os resultados revelaram que o índice de qualidade global percecionada foi de “Satisfeitos” (60,5%), “Muito Satisfeitos” (27,5%) e “Nada Satisfeitos” (10%). Das 11 dimensões avaliadas, os utentes demonstraram-se “Muito satisfeitos” em relação às dimensões Enfermeiros (49,5%) e Cuidados Gerais (47%). No que se refere aos utentes “Satisfeitos”, prevalecem os que referem as dimensões “Acesso” (51,8%) e “Admissão e Registo” (51,3%). Observou-se uma percentagem expressiva de utentes “Nada satisfeitos” em relação à dimensão “Condições estadia” (83,0%).

Conclusões: Os resultados são consistentes com a investigação nacional e internacional confirmando a elevada prevalência da satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas. Constatou-se que o género, a idade, grau de ensino e a situação profissional foram variáveis sociodemográficas com interferência em algumas dimensões na satisfação dos utentes da amostra estudada. Identificaram-se várias áreas prioritárias de intervenção de forma maximizar a satisfação dos utentes.

Palavras-chave: Satisfação; Utente; Unidade de técnicas endoscópicas.

Abstract

Introduction: Improving healthcare has become a priority for all healthcare institutions with the aim of achieving a high level of user satisfaction. This is one of the most important factors in determining the success of a healthcare facility.

Objectives: To determine the level of satisfaction of the person who uses the unit of endoscopic techniques for special exams and to verify which factors interfere with the satisfaction of the person with a gastroenterological pathology.

Methods: Quantitative, cross-sectional, analytical-correlational descriptive study, whose data were obtained from a sample of 200 users selected for convenience, with gastroenterological pathology assisted in an endoscopic techniques unit at a Hospital Center in central Portugal. The “Hospital Quality Assessment Instrument – Day Hospital (IAQH -HD)” was applied (Carvalho, 2014).

Results: The sample is mostly female (57.5%), with an average age of 58.93 years $\pm$ 14.77 years. The results revealed that the overall perceived quality index was “Satisfied” (60.5%), “Very Satisfied” (27.5%) and “Not Satisfied” (10%). Of the 11 dimensions evaluated, users were “Very satisfied” in relation to the Nurses (49.5%) and General Care (47%) dimensions. Regarding “Satisfied” users, those referring to the dimensions “Access” (51.8%) and “Admission and Registration” (51.3%) prevail. There was a significant percentage of users who were “Not at all satisfied” in relation to the “Staying Conditions” dimension (83.0%).

Conclusions: The results are consistent with national and international research confirming the high prevalence of satisfaction of the person assisted in the endoscopic techniques unit. It was found that gender, age, level of education and professional status were sociodemographic variables that interfered in some dimensions in the satisfaction of users in the studied sample. Several priority areas of intervention were identified in order to maximize user satisfaction.

Keywords: Satisfaction; User; Unit of endoscopic techniques.

Introdução

A melhoria dos cuidados de saúde tornou-se uma prioridade para todas as instituições de saúde com o objetivo de alcançar um elevado grau de satisfação dos utentes. Atualmente, devido às expectativas alargadas de serviços comuns e às necessidades mais elevadas dos utentes, é obrigatório que os hospitais prestem serviços de saúde de qualidade e cumpram os seus requisitos (Manzoor et al., 2019).

A Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal e a Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal recomendam a identificação de indicadores de qualidade para os serviços de endoscopia, incluindo a avaliação da satisfação dos utentes, uma vez que os utentes satisfeitos com o tratamento recebido estarão mais dispostos a participar em programas de rastreio e com níveis de adesão mais elevados relativamente às indicações recebidas dos profissionais de saúde (Minciullo et al., 2022).

O conceito de satisfação é “um conceito multidimensional” e associa-se a determinadas variáveis como:

bem-estar psicológico, aspetos socioculturais, experiências anteriores, a qualidade de comunicação dos técnicos de saúde - disponibilidade para escutar, respeito, aspetos técnicos, conhecimento científico, fornecimento de informações, infraestruturas do espaço e os tempos de espera percebidos (Veríssimo, 2018, p. 42).

A satisfação dos utentes é definida como a congruência entre as suas expectativas em relação aos cuidados ideais e a perceção dos cuidados efetivamente recebidos, não tem, no entanto, limitações quando usada como um indicador de qualidade dos cuidados (Sinyiza et al., 2022).

A satisfação do utente é expressa quando as suas expectativas foram alcançadas ou excedidas face à prestação de cuidados pelos serviços de saúde. Esta é uma medida importante da qualidade da saúde, pois oferece informações sobre o sucesso da forma como são atendidas as suas expectativas em relação aos serviços prestados e é um fator determinante da intenção comportamental da perspetiva dos utentes.

A satisfação do utente representa uma medida centrada no utente que deve ser usada para avaliar a qualidade de serviços de saúde (Jensen et al., 2015). Está associada à melhoria e conformidade dos resultados de saúde. A satisfação dos utentes equivale ao nível de satisfação que estes experienciam após a utilização de um serviço, reflete a diferença entre o serviço esperado e a experiência do serviço do seu ponto de vista (Derebe et al., 2017). Tem

um grande impacto sobre se uma pessoa procura mais aconselhamento junto dos profissionais de saúde, adere ao tratamento e mantém uma relação constante e positiva com os profissionais de saúde (Biresaw et al., 2021; Sultan et al., 2022).

A opinião do utente torna-se mais importante no processo de melhoria dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Assim, o atendimento ao utente é a função básica de qualquer serviço de saúde. É um dos padrões para avaliar a eficiência e eficácia, onde a eficiência de um hospital está associada à prestação de serviços e cuidados de qualidade.

A satisfação do utente é a evidência real da eficácia dos serviços de saúde (Ganasegeran et al., 2015). Corresponde a um dos indicadores de qualidade de um serviço de saúde. Trata-se de um conceito multidimensional que abrange “a competência técnica, fatores interpessoais, custo, condições físicas e de conveniência e visa o equilíbrio das expectativas do utente com a sua perceção do serviço”. A avaliação da satisfação do utente espelha um indicador relacionado com a utilização dos serviços, possibilitando igualmente retratar e conhecer a sua opinião e a sua fidelização, para que a própria entidade avaliada, possa perceber se está a responder às necessidades da comunidade onde se insere (Manzoor et al., 2019; Ayele et al., 2022).

Atualmente, ainda não existe uma definição precisa para a satisfação do utente. No entanto, a maior parte da pesquisa contém aspetos explícitos e implícitos. A satisfação explícita é o efeito do serviço de saúde, enquanto a satisfação implícita é a experiência de receber de forma segura um serviço de saúde (Gu et al., 2018).

No entanto, nas últimas décadas, tem havido uma grande mudança na prática dos cuidados de saúde, da forma tradicional de definir a qualidade dos cuidados de saúde em termos de normas técnicas para uma que inclua a perceção e julgamento do utente sobre os serviços recebidos (Kasa & Gedamu, 2019).

A perceção dos utentes sobre a qualidade e confiança nos serviços de saúde recebidos tem uma enorme influência na sua utilização contínua dos cuidados de saúde e no cumprimento dos regimes de cuidados e nas sugestões de modificações do estilo de vida, o que, por sua vez, afeta os resultados dos tratamentos (Kasa & Gedamu, 2019). Donabedian, no seu modelo de qualidade dos cuidados, corrobora a importância de uma boa relação interpessoal entre as instituições de saúde e os utentes, porque o processo interpessoal serve como veículo através do qual os cuidados são implementados e do qual depende o seu sucesso (Creanga et al., 2017). Além disso, para além dos aspetos técnicos e da qualidade interpessoal dos cuidados, a satisfação do utente tem sido influenciada pela disponibilidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, medicamentos e diagnósticos, custo dos serviços e ambiente físico (Sultan et al., 2022).

A qualidade do atendimento que uma instituição de saúde deve promover é percebida pelas características do processo de cuidar: o relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e os utentes, o motivo da procura do serviço de saúde, o tempo de espera, os procedimentos clínicos, o diagnóstico, o resultado em saúde, as características físicas, humana e a estrutura organizacional e a acessibilidade ao serviço de saúde (Donabedian, citado por Richard e Febres-Ramos, 2020).

Estudos também demonstraram uma ligação direta entre a qualidade dos serviços e a satisfação do utente com os serviços de saúde, tornando-a um indicador importante da melhoria do desempenho do sistema de saúde (Biresaw et al., 2021). A qualidade em saúde é “a capacidade dos serviços de saúde em fornecer os maiores benefícios com o mínimo de riscos para o utente, dependendo dos recursos disponíveis e dos valores sociais prevalentes” (Donabedian, citado por Richard e Febres-Ramos 2020).

A qualidade técnica dos cuidados de saúde é avaliada em função das melhores práticas que se sabe ou se acredita produzirem as maiores melhorias na saúde. Mas Donabedian argumenta que, devido à limitação dos conhecimentos dos utentes, a maioria não pode avaliar competentemente as competências técnicas dos profissionais de saúde, e pode, portanto, ter expectativas baixas ou nulas sobre a qualidade técnica dos cuidados de saúde (Creanga et al., 2017). Como tal, os seus índices de satisfação podem apenas indicar as competências interpessoais dos profissionais de saúde e os bons resultados dos cuidados de saúde. Mas mesmo que o resultado dos cuidados de saúde não seja bom, a qualidade dos cuidados prestados continuará a ser julgada como boa se estiver em conformidade com as melhores práticas permitidas pela ciência e tecnologia. Por conseguinte, a satisfação ou insatisfação com os cuidados não equivale necessariamente à receção de uma boa ou má qualidade dos cuidados técnicos (Sinyiza et al., 2022).

Estudos realizados em hospitais, como refere Sharma et al. (2014), no espaço europeu, mostram variações entre os tipos de serviços prestados em contexto hospitalar e a baixa satisfação dos utentes, o que reflete a grande diferença entre a experiência dos utentes e os serviços esperados. A maioria dos utentes acredita que a falta de recursos e infraestruturas adequadas foram as razões para ter cuidados de baixa qualidade e insatisfação, particularmente em países em desenvolvimento (Sharma et al., 2014). Em contraste, apesar de terem despesas elevadas, infraestruturas e instalações adequadas, muitos utentes não estavam satisfeitos com os cuidados de saúde que recebiam. Outros utentes não estavam satisfeitos devido à falta de cobertura dos serviços de saúde, disponibilidade inadequada de profissionais de saúde, escassez de equipamentos e fracas estratégias de gestão de resíduos e prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (Sharma et al., 2014).

Avaliar a satisfação dos utentes configura-se como um importante indicador de imagem para a utilização das unidades de saúde, como é o caso da unidade de técnicas endoscópicas em contexto hospitalar, podendo, inclusive, assumir-se como uma medida da promoção da qualidade em saúde e boa prática profissional.

Conhecer o nível de satisfação dos utentes, facilita o seu envolvimento e participação, melhora a qualidade da sua experiência e a utilização adequada dos recursos. A endoscopia gastrointestinal é um procedimento médico comum que pode estar associado à ansiedade e apreensão dos utentes.

Assim avaliar a satisfação equivale igualmente a dar a conhecer a imagem perante os cidadãos, resultando numa avaliação social que vem confirmar se a instituição responde às reais necessidades dos utentes (Gu et al., 2018). De acordo com os mesmos autores, avaliar a satisfação dos utentes configura-se como um objetivo principal de qualquer serviço de saúde. Através desta avaliação, alcançam-se resultados referentes às suas expectativas, detetam-se as possíveis falhas e procuram-se soluções para a melhoria do serviço prestado.

Mediante o exposto, esta investigação visa dar resposta às seguintes questões de investigação: **Qual o nível de satisfação do utente que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas? Serão os fatores sociodemográficos impactantes na satisfação do utente?** Objetiva-se com este estudo: determinar o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas e verificar quais os fatores sociodemográficos que interferem na satisfação do utente com patologia do foro gastroenterológico.

1. Métodos

Estudo descritivo-correlacional de matriz transversal, que visa obter uma descrição de um determinado fenómeno, bem como das características da população, assim como a análise das relações entre as variáveis, num período temporal delimitado, entre novembro e dezembro de 2022.

1.1. Participantes

A amostra é não probabilística por conveniência, composta por 200 utentes, com patologia do foro gastroenterológico assistidos numa unidade de técnicas endoscópicas de um Centro Hospitalar do centro de Portugal. Considerou-se como critério de inclusão os participantes serem utentes que realizassem colonoscopia e/ou endoscopia, com ou sem anestesia. Maiores de 18 anos e aceitarem participar voluntariamente no estudo.

1.2. Instrumento de recolha de dados e procedimentos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar onde decorreu o estudo. A participação dos utentes foi voluntária e para o preenchimento dos questionários foi realizada uma explicação sucinta sobre o objetivo e finalidade do estudo. Foi assegurado aos participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato (Anexo 3).

Para sistematizar e realçar a informação obtida com a aplicação do questionário elaborado utilizámos técnicas estatística descritiva. O tratamento estatístico foi realizado através do software *IBM Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS), na versão 27.0.

Para a apresentação dos dados e dos resultados, optámos pela elaboração de quadros e as técnicas estatísticas aplicadas foram: frequências: absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central: média aritmética ($\bar{x}$); medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (s), valor mínimo (Xmin) e valor máximo (Xmáx); coeficientes: *Alpha de Cronbach* e de bipartição, ou métodos das metades (*split – half*). Na escolha das técnicas

estatísticas, nomeadamente dos testes, atendemos à natureza e características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Marôco (2021).

A recolha de dados foi efetuada através da Adaptação do Questionário IAQH-HD - Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar – Hospital de Dia, Versão 1. (Carvalho, 2014), aplicado diretamente na Unidade de técnicas endoscópicas. (Apêndice 2).

O questionário contém duas partes, sendo a primeira relativa à caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda avalia a qualidade hospitalar. A segunda parte inicia com 4 questões através das quais se recolheu informações acerca de ser a primeira vez que os utentes vêm à unidade técnicas endoscópicas, quem indicou ou aconselhou os serviços deste hospital, se o exame foi marcado para uma hora específica, a que horas os utentes chegaram, tempos de espera na admissão, na sala de espera e quanto tempo durou o exame.

Na segunda parte, agruparam-se as questões que avaliam a variável dependente em 11 dimensões: acesso; admissão e registo; área de exame; cuidados gerais prestados; informação; enfermeiros(as); médicos(as); outro pessoal; condições de estadia; opinião geral; satisfação global. Esta parte do questionário é composta por 57 questões valoradas em 6 componentes: 1) Não se aplica, 2) Mau, 3) Regular, 4) Bom, 5) Muito Bom e 6) Excelente. Cada um dos componentes tem uma pontuação que varia entre 0 a 5. Quanto maior for pontuação, maior será a satisfação.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens), utilizámos o coeficiente Alpha de Cronbach (α). A consistência interna compreende a precisão de uma escala, baseada na sua homogeneidade num determinado ponto do tempo (grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a dimensão), isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2014). Este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1, sendo que a literatura consultada refere que para uma boa consistência interna, o valor de alfa deve ser superior a 0.80, mas são aceitáveis valores mais baixos (Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2014; Pais Ribeiro, 2010).

As correlações mostram, para todos os itens, valores positivos e significativos e na sua maioria superiores a 0.20, o que nos permite afirmar que se encontram bem centrados, exceto 5 itens o 3, 23, 36, 38, 46 que foram eliminados na primeira correlação. As correlações foram executadas em função de cada dimensão anteriormente estipuladas. Os resultados que constituem o quadro 1 permitem verificar que na escala utilizada no estudo e respetivas

dimensões foram observadas correlações que se situaram entre 0,22 e 0,99. Após eliminação dos 5 itens os valores Alfa de Cronbach passaram de 0,750 para 0,933.

Considera-se que as escalas, assim como as suas dimensões, revelaram consistência interna aceitável, boa ou mesmo muito boa (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Consistência interna da escala

ITENS QUE COMPÕEM CADA DIMENSÃO	$\bar{X}$	DP	1ª Correlação do item total corrigido	2ª Correlação do item total corrigido	α Cronbach Total na Dimensão	α Cronbach total na Dimensão sem o item
DIMENSÃO ACESSO					0,438	0,624
1. LOCALIZAÇÃO: local do hospital	3,54	0,89	0,35	0,51		
2. SINALIZAÇÃO DO HOSPITAL: facilidade com que se dirigiu ao hospital	3,63	0,92	0,40	0,54		
3. ESTACIONAMENTO: lugares disponíveis e sua localização	1,72	1,20	-0,44			
4. SINALIZAÇÃO DOS EXAMES ESPECIAIS: facilidade com que se orientou dentro do hospital	3,95	0,83	0,29	0,29		
5. EDIFÍCIO: a sua opinião sobre o edifício onde os exames especiais estão instalados	3,43	0,83	0,28	0,30		
DIMENSÃO ADMISSÃO E REGISTO					0,756	
6. EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO: facilidade em conseguir este exame, incluindo o tempo que demorou	3,46	1,06	0,52			
7. TEMPO DE ESPERA: tempo de espera para registrar o seu exame	3,62	0,99	0,58			
8. FORMA DE ATENDIMENTO: cortesia, respeito, amizade e gentileza do pessoal administrativo	3,57	0,98	0,65			
9. INFORMAÇÕES: clareza das explicações dadas pelo pessoal administrativo	3,51	1,03	0,58			
10. SALA DE ESPERA: conforto e aspeto geral da sala onde esperou para ser atendido/a	2,92	0,75	0,29			
DIMENSÃO ÁREA DE EXAME					0,778	
11. PRIVACIDADE: forma como a sua privacidade foi assegurada	3,75	0,88	0,55			
12. TEMPO DE ESPERA: tempo de espera para o exame, depois do registo	3,58	0,86	0,49			
13. CONDIÇÕES DA SALA: conforto e aspeto geral do local onde se realizou o seu exame	3,47	0,86	0,64			
14. EQUIPAMENTO: forma como o equipamento lhe pareceu estar atualizado e em funcionamento	3,51	0,80	0,66			
DIMENSÃO CUIDADOS GERAIS PRESTADOS					0,980	
15. ASPETOS TÉCNICOS: forma como os serviços lhe foram prestados pelos profissionais de saúde	4,25	0,77	0,94			
16. SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES: disponibilidade e vontade dos profissionais de saúde em satisfazer as suas necessidades	4,26	0,75	0,98			
17. AJUDA E SIMPATIA: capacidade dos profissionais para o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a	4,28	0,74	0,97			
18. SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS: sensibilidade dos profissionais em relação aos seus problemas e preocupações de saúde	4,27	0,74	0,98			
19. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: trabalho de equipa entre os profissionais de saúde na unidade de técnicas endoscópicas (exames especiais)	4,27	0,74	0,97			
20. TEMPO: tempo que demorou o exame	4,10	0,85	0,79			
DIMENSÃO INFORMAÇÃO					0,59	0,99
21. FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES: vontade dos profissionais em responder às suas perguntas	3,72	1,18	0,62	0,99		
22. INFORMAÇÕES: forma como foi esclarecido/a relativamente ao exame que foi realizado e a necessidade ou não de novos exames	3,72	1,20	0,61	0,99		
23. INFORMAÇÕES A ACOMPANHANTES: forma como estes foram informados acerca do seu estado de saúde e necessidades	1,17	1,84	0,13			
DIMENSÃO ENFERMEIROS (AS)					0,98	
24. ASPETOS TÉCNICOS: forma como os enfermeiros(as) desempenharam as atividades durante o exame	4,37	0,73	0,85			
25. ATENÇÃO PRESTADA PELOS ENFERMEIROS(AS) AO SEU ESTADO DE SAÚDE: frequência com que verificaram o seu bem-estar durante o exame	4,40	0,66	0,97			
26. RESPOSTA DA ENFERMAGEM AOS SEUS PEDIDOS: rapidez com que acorreram a ajudá-lo/a	4,38	0,73	0,89			
27. CUIDADOS E CARINHO: cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos enfermeiros(as)	4,41	0,66	0,98			
28. INFORMAÇÃO FORNECIDA: forma como os enfermeiros (as) comunicaram com os utentes, familiares, acompanhantes e médicos(as)	4,39	0,66	0,99			

Quadro 1 - Consistência interna da escala (continuação)

ITENS QUE COMPÕEM CADA DIMENSÃO	$\bar{X}$	DP	1ª Correlação do item total corrigido	2ª Correlação do item total corrigido	α Cronbach Total na Dimensão	α Cronbach total na Dimensão sem o item
DIMENSÃO MÉDICOS					0,99	
29. ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE: frequência com que os médicos(as) verificaram o seu bem-estar durante o exame	4,09	0,96	0,98			
30. DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS: facilidade de falar com o seu médico	4,06	1,03	0,98			
31. CUIDADOS E CARINHO: cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos médicos	4,08	0,96	0,99			
32. ASPETOS TÉCNICOS: forma como o seu médico realizou o exame e o/a tratou.	4,08	0,97	0,99			
33. INFORMAÇÃO FORNECIDA: Forma como os médicos(as) comunicaram com os utentes, familiares, acompanhantes e restante equipa de saúde	4,06	1,03	0,98			
34. COORDENAÇÃO: forma como os médicos trabalharam em equipa para o/a tratar	4,09	0,96	0,99			
DIMENSÃO OUTRO PESSOAL						
35. PESSOAL AUXILIAR: forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo						
DIMENSÃO CONDIÇÕES DE ESTADIA					0,70	1º 0,74; 2º 0,80
36. SALA: limpeza, conforto, iluminação e temperatura	3,36	0,97	0,11			
37. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE APOIO: possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex.: cadeira de rodas, bengala, canadiana)	0,55	1,41	0,143	0,224		
38. AMBIENTE CALMO: paz e sossego	3,69	1,01	0,102			
39. QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO: no geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível	1,81	1,88	0,67	0,66		
40. ACOMPANHANTES: amabilidade e simpatia com que os seus acompanhantes foram recebidos pelo pessoal da unidade de técnicas endoscópicas (exames especiais)	2,09	1,95	0,79	0,80		
41. Horário: facilidade com que os seus familiares e amigos o acompanharam	2,12	1,85	0,76	0,80		
DIMENSÃO OPINIÃO GERAL					0,99	
42. QUALIDADE DO SERVIÇO EXAMES ESPECIAIS: impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados	4,04	0,80	0,98			
43. IMPACTO DO SEU EXAME: medida em que a vinda a este serviço contribuiu para o seu bem-estar	4,03	0,79	0,98			
44. IMAGEM DO SERVIÇO: reputação dos exames especiais na comunidade	4,03	0,81	0,97			
DIMENSÃO SATISFAÇÃO GLOBAL					0,88	0,91
45. Fui tão bem tratado/a nos exames especiais (unidade de técnicas endoscópicas) que até comentei com a minha família e amigos	3,36	0,69	0,45	0,48		
46. Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a	1,97	0,72	- 0,24			
47. Soube sempre quem era o meu médico assistente	3,00	0,83	0,52	0,53		
48. Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados	3,15	0,74	0,35	0,35		
49. Fui muito bem tratado/a pelos médicos	3,42	0,66	0,61	0,63		
50. Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros	3,56	0,52	0,48	0,49		
51. A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para colocar perguntas	3,97	0,98	0,74	0,76		
52. O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	4,12	0,75	0,74	0,75		
53. A confidencialidade com que o seu processo clínico e com que toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida	3,69	0,80	0,76	0,76		
54. Forma com que foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para tratamentos	3,54	0,98	0,84	0,84		
55. Qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza	3,67	0,77	0,68	0,66		
56. Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião	3,5	0,924	0,79	0,79		
57. A rapidez com que foi atendido/a	3,75	0,99	0,70	0,69		
Cronbach's alfa Primeira						
metade 0,90 Segunda						
metade 0,90						
Cronbach's alfa com todos os itens (57)						
0,75						
sem os itens eliminados (52)						
0,93						

2. Resultados

2.1 – Caracterização sociodemográfica

Maioritariamente os participantes do estudo são do género feminino 57,5%. A idade dos participantes situa-se entre os 21 e os 95 anos, sendo média de idade de 58,93 anos $\pm$ 14,77 anos de idade (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Idade dos inquiridos em função do género

Género	n	Min.	Max.	Média	dp	cv
Feminino	115	23	84	57,37	14,13	24,6
Masculino	85	21	95	61,02	15,43	25,3
Total	200	21	95	58,93	14,77	25,06

No quadro 3 encontram-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica da amostra. Em relação à idade, prevalecem os utentes com mais de 65 anos com 39,5%. Distribuição semelhante se passa nos homens. Já nas mulheres salienta-se a classe dos 51-65 anos, com 43,5%. Entre a idade e género há diferenças significativas ($p < 0,05$). A maioria dos utentes é casada (70,0%), uma situação análoga a ambos os géneros. Prevalecem os participantes que não se encontram a trabalhar (58,5%) e os empregados são maioritariamente mulheres (48,7%). Entre o género e a situação profissional existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). O que se deve ao facto de existirem mais pessoas empregadas no género feminino que no masculino. Destacam-se os utentes com o 2º ciclo/3º ciclo e ensino secundário (43,0%), o que é comum a ambos os géneros. Quanto a quem preencheu o questionário, na maioria dos casos foi o próprio utente, com 82,5%, o que é comum a ambos os géneros.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X²	p
Variáveis	nº (115)	% (57,5)	nº (85)	% (42,5)	nº (200)	% (100,0)	F	M		
Idade										
≤35 anos	11	9,6	7	8,2	18	9,0	0,3	-0,3	10,623	0,014
36-50 anos	19	16,5	13	15,3	32	16,0	0,2	-0,2		
51-65 anos	50	43,5	21	24,7	71	35,5	2,7	-2,7		
>65 anos	35	30,4	44	51,8	79	39,5	-3,1	3,1		
Estado Marital										
Casado	82	71,3	58	68,2	140	70,0	0,5	-0,5	0,219	0,640
União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	33	28,7	27	31,8	60	30	-0,5	0,5		
Situação profissional										
Empregado	56	48,7	27	31,8	83	41,5	2,4	-2,4	5,771	0,016
Reformado /Desempregado e Estudante /Doméstico	59	51,3	58	68,2	117	58,5	-2,4	2,4		
Grau de ensino										
Não sabe ler/ Saber ler/escrever	12	10,4	10	11,8	22	11	-0,3	0,3	2,960	0,402
1º ciclo	29	25,2	29	34,1	58	29,0	-1,4	1,4		
2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	51	44,3	35	41,2	86	43	0,4	-0,4		
Ensino superior	23	20,0	11	12,9	34	17,0	1,3	-1,3		
Quem preencheu										
Utente	100	87,0	65	76,5	165	82,5	1,9	-1,9	3,814	0,149
Utente com auxílio	9	7,8	13	15,3	22	11,0	-1,7	1,7		
Familiar / Amigo	6	5,2	7	8,2	13	6,5	-0,9	0,9		

No que concerne à deslocação ao serviço de unidade de técnicas endoscópicas, para maioria dos utentes, esta não foi a primeira vez que recorreu ao serviço (64,5%), em ambos os géneros a distribuição é similar. Foi um médico deste hospital, em grande parte dos casos, quem indicou o serviço (79,5%), verificando-se distribuição semelhante em qualquer um dos géneros (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Deslocação à unidade de técnicas endoscópicas em função do género

Género	Feminino		Masculino		Total		p
	nº (115)	% (57,5)	nº (85)	% (42,5)	nº (200)	% (100,0)	
Primeira vez							
Sim	40	34,	31	36,5	71	35,5	0,805
Não	75	65,2	54	63,5	129	64,5	
Quem indicou							
Médico de família	16	13,9	20	23,5	36	18,0	0,362
Médico de outro hospital	2	1,7	1	1,2	3	1,5	
Médico deste hospital	96	83,5	63	74,1	159	79,5	
Familiar / Amigo	1	0,9	1	1,2	2	1,0	
Total	115	100,0	85	100,0	200	100,0	

Relativamente às horas de marcação e de chegada dos utentes, o primeiro exame foi marcado para as 8h30 e o último para as 17h00. Na chegada antecipada para os exames, o primeiro utente chegou pelas 8h00 e o utente do último exame chegou pelas 15h30. Quanto

aos tempos de espera nas diferentes fases, em média, o tempo de espera para o registo de admissão foi de cerca de 5,36 minutos; enquanto a espera para a realização do exame rondou em média os 34,17 minutos. Já para a duração do exame, este teve um tempo médio de cerca de 28,82 minutos (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Horas e tempos de espera

Tempos de espera	n	Min.	Max.	Média	dp	cv
Tempo de espera para registo	198	0 min	30 min	5,36 min	4,58 min	85,4
Tempo de espera para exame	199	2 min	180 min	34,17 min	31,22 min	91,36
Duração do exame	199	5 min	75 min	28,82 min	14,32 min	49,68

2.2 – Avaliação da satisfação dos utentes em função das dimensões

• Dimensões

Para avaliação da satisfação agruparam-se 57 questões que avaliam a variável dependente em 11 dimensões: Acesso; Admissão e Registo; Área de exame; Cuidados gerais; Informação; Enfermeiros; Médicos; Outro Pessoal (Assistentes operacionais); Condições de estadia; Opinião geral e Satisfação Global.

As estatísticas relativas às dimensões da satisfação, na unidade de técnicas endoscópicas, numa pontuação de 0 a 5 demonstram scores mais elevados para as dimensões “Enfermeiros” (4,39), “Cuidados gerais” (4,24) e “Médicos (4,07) onde manifestamente há mais satisfação. Já nas dimensões “Condições de Estadia” (1,64) “Admissão e registo” (3,43), “Área de exame” (3,58) a qualidade é inferior, o que se traduz em menor satisfação dos utentes (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Satisfação dos utentes face à unidade de técnicas endoscópicas

Dimensões	N	Min	Max	Média	dp	CV
Acesso	200	2,0	5,0	3,63	0,595	16,38
Admissão e Registo	197	1,8	5,0	3,43	0,664	19,34
Área de exame	200	2,0	5,0	3,58	0,659	18,44
Cuidados gerais	200	2,0	5,0	4,24	0,729	17,21
Informação	200	0,5	5,0	3,72	1,190	32,01
Enfermeiros	200	3,0	5,0	4,39	0,657	14,98
Médicos	200	1,0	5,0	4,07	0,974	23,91
Outro pessoal	199	2,0	5,0	4,02	0,841	20,91
Condições de estadia	200	0,0	4,8	1,64	1,409	85,86
Opinião geral	200	1,0	5,0	4,03	0,790	19,61
Satisfação global	200	2,4	4,7	3,65	0,562	15,37

● Nível de Satisfação

Apresenta-se agora os resultados que respondem à questão de investigação: **Qual o nível de satisfação do utente que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas?**

Os utentes manifestaram o nível de “Satisfeitos” (60,5%) após utilização da unidade de técnicas endoscópicas, depois da agregação das 11 dimensões. 88% dos participantes (27,5%+60,5%) demonstraram níveis elevados de Satisfação (“Muito satisfeitos” e “Satisfeitos”, respetivamente).

Os utentes demonstraram-se “Muito satisfeitos” em relação às dimensões “Enfermeiros” (49,5%) e “Cuidados Gerais” (47%), onde manifestamente há mais qualidade. No que se refere aos utentes “Satisfeitos”, prevalecem os que referiram as dimensões “Acesso” (58,5%) e “Admissão e Registo” (51,3%). Observamos uma percentagem mais expressiva de utentes “Nada satisfeitos” em relação à dimensão “Condições estadia” (83,0%), essa qualidade é inferior, o que se traduz em menor satisfação (cf. Quadro 7).

Quadro 7 - Nível de Satisfação dos utentes face à unidade de técnicas endoscópicas

Nível		Muito satisfeitos		Satisfeitos		Nada satisfeitos	
Score		Excelente / Muito Bom		Bom		Regular / Mau	
Dimensões	N	nº	%	nº	%	nº	%
Acesso	200	34	17	117	58,5	49	24,5
Admissão e Registo	197	28	14,2	102	51,8	67	34
Área de exame	200	38	19	94	47	68	34
Cuidados Gerais	200	94	47	74	37	32	16
Informação	200	64	32	61	30,5	75	37,5
Enfermeiros	200	99	49,5	82	41	19	9,5
Médicos	200	83	41,5	70	35	47	23,5
Outro pessoal	199	66	33,2	77	38,5	56	28,1
Condições estadia	200	2	1	32	16	166	83
Opinião geral	200	63	31,5	91	45,5	46	23
Satisfação global	200	57	28,5	112	56	31	15,5
Satisfação	196	55	27,5	121	60,5	20	10

2.3 – Relação das variáveis sociodemográficas com os domínios da satisfação dos utentes

● Género

Opta-se por um teste paramétrico, teste t pelos pressupostos da normalidade, homogeneidade do tamanho das subamostras e homogeneidade de variâncias.

As mulheres apresentam valores mais elevados de satisfação em quase todas as dimensões (8 dimensões), com exceção de “Admissão e registo”, “Médico” e “Outro pessoal”, face aos homens, mas nenhuma das diferenças observadas é significativa ($p > 0.05$).

Relativamente à Satisfação (conjunto das dimensões), as mulheres pontuaram mais (3,70), mas as diferenças não são significativas ($p>0.05$).

Apenas nos “cuidados gerais” regista-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$). As mulheres estão mais satisfeitas com os cuidados gerais (aspetos técnicos, satisfação das suas necessidades, ajuda e simpatia, coordenação, entre outros) do que os homens (cf. quadro 8).

Quadro 8 – Dimensões da Satisfação em função do género

Dimensões	Género	N	Média	dp	Levene (p)	t	p
Acesso	Feminino	115	3,65	,597	0,81	0,33	0,74
	Masculino	85	3,62	,596			
Admissão e Registo	Feminino	113	3,39	,634	0,36	-1,01	0,31
	Masculino	84	3,49	,701			
Área de exame	Feminino	115	3,60	,651	0,59	0,73	0,46
	Masculino	85	3,54	,673			
Cuidados Gerais	Feminino	115	4,36	,652	0,29	2,81	0,005
	Masculino	85	4,07	,796			
Informação	Feminino	115	3,78	1,189	0,70	0,84	0,40
	Masculino	85	3,64	1,194			
Enfermeiros	Feminino	115	4,43	,638	0,59	1,15	0,25
	Masculino	85	4,33	,682			
Médicos	Feminino	115	4,07	1,019	0,29	-0,03	0,98
	Masculino	85	4,08	,916			
Outro pessoal	Feminino	114	4,00	,841	0,59	-0,39	0,70
	Masculino	85	4,05	,844			
Condições estadia	Feminino	115	1,68	1,394	0,86	0,48	0,63
	Masculino	85	1,59	1,436			
Opinião geral	Feminino	115	4,08	,773	0,47	1,13	0,26
	Masculino	85	3,96	,811			
Satisfação global	Feminino	115	3,67	,523	0,11	0,47	0,64
	Masculino	85	3,63	,613			
Satisfação	Feminino	112	3,70	,438	0,09	0,80	0,42
	Masculino	84	3,65	,504			

• Idade

Como existem grupos em comparação com pequena dimensão, foi realizado o teste para analisar a normalidade e conclui-se que não se verifica este pressuposto, pelo que será utilizado de seguida o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (KW). Organizou-se a idade em quatro categorias.

Registam-se valores de ordenação média mais elevados em 5 dimensões nos utentes na faixa etária dos 36-50 anos, contudo com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

O grupo etário que apresentou valores mais elevados de satisfação (após agregação das dimensões) foi o grupo dos 36-50 anos (112,68), contudo as diferenças não são significativas.

Apenas existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Acesso” ($p<0,05$) e “Condições de estadia” ($p<0,05$) (cf. quadro 9).

Verificou-se através dos resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD, na dimensão de “Acesso” que os utentes do grupo etário 51-65 anos são os que revelam índices mais elevados de satisfação em relação ao “Acesso” à unidade de técnicas endoscópicas do que os têm > 65 anos. Na dimensão de “Condições de estadia” apesar de haver diferenças estatisticamente significativas não se conseguiu localizar as diferenças quantos aos grupos etários.

Quadro 9 – Dimensões da Satisfação em função do grupo etário

Dimensões	Grupo etário	N	OM	KW	p sig.
Acesso	≤ 35 anos	18	112,06	10,71	0,013
	36- 50 anos	32	113,53		
	51-65 anos	71	109,82		
	> 65 anos	79	84,21		
Admissão e Registo	≤ 35 anos	18	71,42	5,47	0,14
	36- 50 anos	30	102,60		
	51-65 anos	70	105,94		
	> 65 anos	79	97,77		
Área de exame	≤ 35 anos	18	92,61	1,01	0,80
	36- 50 anos	32	108,59		
	51-65 anos	71	99,74		
	> 65 anos	79	99,70		
Cuidados gerais	≤ 35 anos	18	90,58	0,81	0,85
	36- 50 anos	32	104,02		
	51-65 anos	71	102,42		
	> 65 anos	79	99,61		
Informação-	≤ 35 anos	18	126,08	7,49	0,06
	36- 50 anos	32	114,30		
	51-65 anos	71	95,08		
	> 65 anos	79	93,95		
Enfermeiros	≤ 35 anos	18	98,72	0,03	0,99
	36- 50 anos	32	101,53		
	51-65 anos	71	100,51		
	> 65 anos	79	100,47		
Médicos	≤ 35 anos	18	101,00	1,43	0,69
	36- 50 anos	32	110,94		
	51-65 anos	71	98,39		
	> 65 anos	79	98,05		
Outro pessoal	≤ 35 anos	18	116,19	4,30	0,23
	36- 50 anos	32	107,80		
	51-65 anos	70	90,81		
	> 65 anos	79	101,29		
Condições estadia	≤ 35 anos	18	125,92	7,99	0,05
	36- 50 anos	32	110,98		
	51-65 anos	71	88,39		
	> 65 anos	79	101,35		
Opinião geral	≤ 35 anos	18	80,56	3,44	0,33
	36- 50 anos	32	96,28		
	51-65 anos	71	106,39		
	> 65 anos	79	101,46		
Satisfação global	≤ 35 anos	18	90,83	1,02	0,80
	36- 50 anos	32	95,25		
	51-65 anos	71	102,05		
	> 65 anos	79	103,44		
Satisfação	≤ 35 anos	18	104,92	2,72	0,44
	36- 50 anos	30	112,68		
	51-65 anos	69	94,73		
	> 65 anos	79	94,94		

• Estado Marital

Como os grupos não são homogéneos será utilizado de seguida o teste não paramétrico teste U Mann-Whitney (UMW).

Os utentes casados obterem ordenações médias mais elevadas em 9 dimensões, com exceção das dimensões de “Acesso” e “Enfermeiros”, face ao estado marital de União de facto /solteiro/viúvo/ divorciado, contudo sem relevâncias estatisticamente significativas ($p>0.05$). Inferindo-se que a satisfação do utente não está relacionada de forma significativa com o seu estado marital (cf. quadro 10).

Quadro 10 – Dimensões da satisfação em função do estado marital

Dimensões	Estado Marital	N	OM	UMW	Z	p
Acesso	Casado	140	98,99	3988	-0,57	0,57
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	104,03			
Admissão e Registo	Casado	137	102,63	3612,5	- 1,36	0,17
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	90,71			
Área de exame	Casado	140	102,89	3866	- 0,90	0,37
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	94,93			
Cuidados gerais	Casado	140	101,88	4007,5	- 0,53	0,59
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	97,29			
Informação	Casado	140	100,76	4163,5	-0,10	0,92
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	99,89			
Enfermeiros	Casado	140	99,01	3992	- 0,61	0,54
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	103,97			
Médicos	Casado	140	100,80	4157,5	- 0,12	0,90
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	99,79			
Outro pessoal	Casado	139	101,13	4013,5	-0,44	0,66
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	97,39			
Condições de estadia	Casado	140	100,52	4197,5	-0,007	0,99
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	100,46			
Opinião geral	Casado	140	103,66	3758	- 1,25	0,21
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	93,13			
Satisfação global	Casado	140	103,77	3742,5	-1,22	0,22
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	92,88			
Satisfação	Casado	136	99,85	3896,5	-0,50	0,62
	União de facto /Solteiro/Viúvo/ Divorciado	60	95,44			

• Situação Profissional

Opta-se por um teste paramétrico, teste t pelos pressupostos da normalidade, homogeneidade do tamanho das subamostras e homogeneidade de variâncias.

Em relação à Satisfação (agregação das dimensões), os utentes que se encontram empregados pontuaram mais (3,71), contudo as diferenças não são significativas ($p>0,05$).

Existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Acesso” ($p<0,05$) e “Informação” ($p<0,05$). Observa-se que os utentes empregados estão mais satisfeitos com o acesso à unidade (3,81) e com Informação fornecida pelos profissionais (3,92) do que os reformados/desempregados/Estudantes/Domésticos (cf. quadro 11).

Quadro 11 – Dimensões da Satisfação em função da situação profissional

Dimensões	Situação profissional	N	Média	dp	Levene (p)	t	p
Acesso	Empregado	83	3,81	,564	0,27	3,71	0,001
	Reformado/Desempregado / Estudante/Doméstico	117	3,51	,586			
Admissão e registo	Empregado	81	3,39	,687	0,91	-0,70	0,48
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	116	3,46	,649			
Área de exame	Empregado	83	3,57	,684	0,78	-0,16	0,87
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	3,58	,644			
Cuidados gerais	Empregado	83	4,27	,743	0,56	0,46	0,64
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	4,22	,721			
Informação	Empregado	83	3,92	1,150	0,38	1,99	0,05
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	3,58	1,203			
Enfermeiros	Empregado	83	4,36	,696	0,24	-0,59	0,56
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	4,41	,631			
Médicos	Empregado	83	4,04	1,048	0,06	-0,39	0,69
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	4,10	,922			
Outro pessoal	Empregado	82	4,02	,889	0,05	0,06	0,95
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	4,02	,809			
Condições de estadia	Empregado	83	1,64	1,395	0,98	0,03	0,98
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	1,64	1,425			
Opinião geral	Empregado	83	3,98	,828	0,48	-0,81	0,42
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	4,07	,764			
Satisfação global	Empregado	83	3,62	,572	0,47	-0,73	0,47
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	117	3,68	,555			
Satisfação	Empregado	80	3,71	,478	0,63	0,78	0,46
	Reformado/Desempregado/ Estudante/Doméstico	116	3,66	,460			

● Grau de Ensino

Existem grupos em comparação de pequena dimensão, foi realizado o teste para analisar a normalidade e conclui-se que não se verifica este pressuposto, pelo que será utilizado de seguida o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Organizou-se o grau de ensino em quatro categorias.

As ordenações médias mostram uma pontuação dispersa pelas dimensões, sem qualquer grau de ensino em destaque. Contudo, com a existência de diferenças significativas na dimensão na dimensão “Acesso” ($p < 0,05$) e “Informação” ($p < 0,05$) (cf. Quadro 12).

Verificou-se através dos resultados do teste Post-Hoc de Tukey HSD, na dimensão de “Acesso” que os utentes do Ensino Superior são os que revelam índices mais elevados de satisfação em relação ao “Acesso” à unidade de técnicas endoscópicas do que os que Não sabem ler/ saber ler/escrever. Na dimensão de “Informação” apesar de haver diferenças estatisticamente significativas não se conseguiu localizar as diferenças quantos ao grau de ensino.

Quadro 12 – Dimensões da Satisfação em função do grau de ensino

Dimensões	Grau de Ensino	N	OM	KW	p sig.
Acesso	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	81,25	12,68	0,005
	1º ciclo	58	88,36		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	101,91		
	Ensino superior	68	116,0		
Admissão e Registo	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	91,61	2,51	0,47
	1º ciclo	58	92,16		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	50	104,85		
	Ensino superior	67	102,98		
Área de exame	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	88,36	1,71	0,63
	1º ciclo	58	103,50		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	97,90		
	Ensino superior	68	103,85		
Cuidados gerais	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	89,00	1,71	0,63
	1º ciclo	58	98,40		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	101,31		
	Ensino superior	68	105,40		
Informação	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	83,36	7,94	0,047
	1º ciclo	58	100,87		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	90,24		
	Ensino superior	68	113,57		
Enfermeiros	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	91,11	4,31	0,23
	1º ciclo	58	109,38		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	91,02		
	Ensino superior	68	103,21		
Médicos	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	98,86	4,14	0,25
	1º ciclo	58	104,38		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	88,04		
	Ensino superior	68	107,25		
Outro pessoal	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	111,93	6,13	0,11
	1º ciclo	58	103,69		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	51	84,34		
	Ensino superior	68	104,74		
Condições estadia	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	120,27	7,39	0,060
	1º ciclo	58	95,45		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	100,96		
	Ensino superior	68	98,06		
Opinião geral	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	107,55	1,11	0,77
	1º ciclo	58	101,87		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	94,45		
	Ensino superior	68	101,68		
Satisfação global	Não sabe ler/ Saber ler/escrever	22	100,80	2,60	0,46
	1º ciclo	58	107,78		
	2ºciclo/3ºciclo/Ensino Secundário	52	91,88		
	Ensino superior	68	100,79		

• Frequência dos utentes à unidade de técnicas endoscópicas

Como os grupos não são homogêneos será utilizado de seguida o teste não paramétrico teste U Mann-Whitney (UMW).

Na maioria das dimensões registam-se valores de ordenação média mais elevados para os utentes que já utilizaram a Unidade de técnicas endoscópicas.

Relativamente à Satisfação (junção das dimensões), os utentes que frequentam a unidade de técnicas endoscópicas apresentam valores mais elevados (99,30) do que os utentes que frequentam pela primeira vez (97,03), mas as diferenças não são significativas ($p>0.05$) (cf. quadro 13).

Quadro 13 – Dimensões da satisfação em função da frequência dos utentes à unidade de técnicas endoscópicas

Dimensões	Primeira vez	N	OM	UMW	Z	p
Acesso	Sim	71	95,30	4210	-0,95	0,34
	Não	129	103,36			
Admissão e Registo	Sim	70	97,21	4320	-0,39	0,74
	Não	127	99,98			
Área de exame	Sim	71	103,19	4388,5	-0,49	0,62
	Não	129	99,02			
Cuidados gerais	Sim	71	99,90	4537	-0,11	0,91
	Não	129	100,83			
Informação	Sim	71	98,73	4454	-0,33	0,74
	Não	129	101,47			
Enfermeiros	Sim	71	101,22	4528,5	-0,14	0,89
	Não	129	100,10			
Médicos	Sim	71	101,04	4541,5	-0,103	0,92
	Não	129	100,21			
Outro pessoal	Sim	70	102,10	4368	-0,40	0,69
	Não	129	98,86			
Condições de estadia	Sim	71	92,68	4024,5	-1,45	0,15
	Não	129	104,80			
Opinião geral	Sim	71	98,42	4432	-0,39	0,69
	Não	129	101,64			
Satisfação global	Sim	71	100,47	4577,5	-0,005	0,99
	Não	129	100,52			
Satisfação	Sim	69	97,03	4280	-0,27	0,79
	Não	127	99,30			

3. Discussão

A satisfação dos utentes em unidades de técnicas endoscópicas é um elemento crítico para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a eficácia dos procedimentos endoscópicos.

O presente estudo é composto por uma amostra de 200 utentes, maioritariamente do género feminino, com uma média de idade de 58,93 anos $\pm$ 14,77 anos, prevalecendo os que possuem mais de 65 anos. Constatou-se que, em grande parte dos casos, esta não foi a primeira vez que recorreram à unidade de técnicas endoscópicas, sobretudo por indicação de um médico do Centro Hospitalar. Das 11 dimensões que avaliam a variável dependente, os utentes demonstraram-se “Muito satisfeitos” em relação às dimensões Enfermeiros (49,5%) e Cuidados Gerais (47%). No que se refere aos utentes “Satisfeitos”, sobressaem as dimensões “Acesso” (58,5%) e “Admissão e Registo” (51,3%). Observamos uma percentagem expressiva de utentes “Nada satisfeitos” em relação à dimensão “Condições estadia” (83,0%).

Os utentes revelaram um nível de satisfação após agregação das 11 dimensões de “Satisfeitos” (60,5%). De igual modo, no seu estudo multicêntrico, Burtea et al. (2019), com uma amostra com 552 utentes de uma unidade de técnicas endoscópicas, relativamente ao grau de satisfação global (avaliado numa escala de cinco pontos, à semelhança do presente estudo), obtiveram uma percentagem igualmente elevada de satisfação. Estavam muito satisfeitos ou satisfeitos 86,2%, estando uma minoria (12,5%) insatisfeita e indiferente (1,3%). No presente estudo, verifica-se que apenas 10% dos utentes estão “Nada Satisfeitos”. Segundo Burtea et al (2019), os utentes expressaram também mais satisfação em relação aos profissionais de saúde (médicos/enfermeiros).

Relativamente à comunicação 16 (3%) utentes não ficaram satisfeitos com as explicações recebidas antes do procedimento ou com as respostas às suas perguntas. No presente estudo os utentes também se manifestaram que seria necessário melhorar a dimensão de “Informação”, estando 37,5% “Nada Satisfeitos”. A dor e o desconforto foram referidos por 29 (5,2%) dos utentes, geralmente relacionados com as colonoscopias; 13 (2,3%) participantes consideraram que o conforto ou a intimidade da sala de recobro eram fracos e 11 (2%) utentes não estavam satisfeitos com o tempo de espera antes do procedimento. Não obstante, Burtea et al. (2019) registam um nível de satisfação geral considerado “muito bom”, no presente estudo destaca-se uma percentagem de 88% da amostra (27,5%+60,5%) “Muitos Satisfeitos” e “Satisfeitos”, respetivamente. Os resultados do

estudo de Burtea et al. (2019) também revelaram algumas áreas que necessitavam de ser melhoradas, tais como a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde, uma melhor gestão do tempo e a reorganização da área de recobro. O atual estudo demonstra que há a necessidade de melhorias nas dimensões “Condições estadia” (83,0%) e “Informação” (37,5%), pois foi onde se registam percentagens expressivas de utentes “Nada satisfeitos”.

No seu estudo, Fang et al. (2019), analisaram os fatores que influenciam a satisfação dos utentes e descobrir os fatores-chave, de modo a apresentar sugestões para melhorar a política de saúde. Foram recolhidos 2.626 questionários, entre os quais, a maioria era do sexo feminino (53,8%) e com idade inferior aos 35 anos de idade (38,6%). Os resultados indicam que a atitude dos profissionais de saúde, no caso concreto dos médicos e enfermeiros, era o fator mais importante que afetava a satisfação dos utentes, seguido da comodidade do hospital. As características sociodemográficas dos utentes não tiveram um efeito significativo no nível de satisfação. Estes estavam mais satisfeitos com a comodidade do hospital, as instalações e o ambiente do hospital, a tecnologia dos serviços e a atitude dos profissionais de saúde, mas estavam menos satisfeitos com o registo e tempo de espera. Face a estes resultados, os mesmos autores consideram que os gestores de saúde devem concentrar-se nos aspetos positivos para continuar a promover a satisfação dos utentes e refletir sobre os fatores que ameaçam a satisfação para implementarem decisões de gestão adequadas para melhorar a satisfação dos utentes.

Num estudo anterior, Triantafyllou et al. (2016) avaliaram prospectivamente a satisfação dos utentes numa unidade de endoscopia cia. Os participantes preencheram um questionário de satisfação logo após a endoscopia (D1), 3 dias (D3) e 3 meses (M3) depois. A satisfação global foi avaliada pela sua vontade de repetir a endoscopia na mesma unidade de técnicas endoscópicas e recomendá-la. Ao longo de seis meses, participaram 501 utentes. Mais de 97% dos participantes repetiriam o procedimento na mesma unidade e recomendariam o serviço de endoscopia, nas três avaliações. O tempo de espera até à marcação e no dia do exame, o desconforto durante e após a endoscopia, o tempo para obter o relatório patológico e a gestão global dos problemas do utente foram as questões que requeriam melhorias. Apesar dos elevados níveis gerais de satisfação dos utentes, Triantafyllou et al. (2016) referem que é necessário melhorar a gestão do desconforto e as questões organizacionais.

No estudo de satisfação na área de Endoscopia, em Itália, desenvolvido por Minciullo et al. (2022) com uma amostra de 155 utentes, a idade média da amostra foi de 56,21 anos ($\pm 14,13$), com 46,5% de homens e 53,5% de mulheres, estando as mulheres e os utentes mais novos mais satisfeitos. De um modo geral, observou-se uma experiência positiva, com um elevado nível de satisfação, perceção de segurança e vontade de regressar à mesma

unidade, para um exame subsequente (72,5%). Chandra et al. (2019) referem que uma maior satisfação dos utentes está associada a níveis mais elevados de adesão aos processos de tratamento e ao regresso à instituição hospitalar no futuro, bem como a melhores resultados em termos de saúde.

No presente estudo, constatou-se que o género, a idade, situação profissional e grau de ensino foram as variáveis sociodemográficas que interferiram na satisfação dos utentes da amostra estudada, em algumas dimensões. As mulheres estão mais satisfeitas com os cuidados gerais (aspetos técnicos, satisfação das suas necessidades, ajuda e simpatia, coordenação, entre outros) do que os homens ($p < 0,05$). Aferiram-se diferenças estatisticamente significativas nos grupos etários nas dimensões “Acesso” ($p < 0,05$) e “Condições estadia” ($p < 0,05$), contudo nas “condições de estadia” não se conseguiram localizar as diferenças quanto aos grupos. Na dimensão de “Acesso” concluiu-se que os utentes dos grupos etários 51-65 anos são os que revelam maior satisfação no “Acesso” à unidade de técnicas endoscópicas do que os que têm 65 anos ($p < 0,05$). Os utentes empregados sentem-se mais satisfeitos nas dimensões “Acesso” e “Informação” ($p < 0,05$). No grau de ensino aferiram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Acesso” ($p < 0,05$) e “Informação” ($p < 0,05$). Na dimensão de “Acesso” constatou-se que os utentes do Ensino Superior são os que revelam índices mais elevados de satisfação em relação ao “Acesso” à unidade de técnicas endoscópicas do que os que Não sabem ler/ saber ler/escrever. Na dimensão de “Informação” apesar de haver diferenças estatisticamente significativas não se conseguiu localizar as diferenças quantos ao grau de ensino.

No seu estudo, Chandra et al. (2019), numa amostra de 375 utentes, sendo 61,1% do sexo feminino e com uma média de idade de 38 anos, a maioria ficou, de um modo geral, plenamente satisfeita com os cuidados recebidos (69.3%). A regressão logística univariada mostrou que a idade, o género, o nível de escolaridade, o tempo de espera, o comportamento de comunicação dos profissionais de saúde e o nível de confiança dos utentes foram significativamente associados ao nível de satisfação dos utentes de forma independente. Após o controlo de todas as variáveis, o sexo, o número de consultas e o tempo de espera foram significativamente associados à sua confiança nos profissionais de saúde. As pessoas que confiavam plenamente nos profissionais de saúde tinham mais probabilidades de estar plenamente satisfeitas com os cuidados recebidos ($p < 0,05$) e aqueles que foram atendidos no prazo de 1 hora estavam mais satisfeitos ($p < 0,05$), tendo expressado que valeu a pena esperar. A atitude dos médicos e a sua forma de comunicação também fizeram a diferença no nível de satisfação dos doentes. Este estudo mostrou que a satisfação dos utentes está positivamente associada à sua confiança nos profissionais de saúde, às competências interpessoais e ao comportamento de comunicação dos médicos e negativamente associado

ao tempo de espera. Os autores sugerem que os gestores dos serviços de saúde, neste caso, devem definir estratégias para melhorar o tempo de espera o que pode contribuir para uma maior satisfação dos utentes e, assim, influenciar positivamente os resultados ao nível da confiança nos cuidados que lhes são prestados (Chandra et al., 2019).

Um outro estudo, documenta que a limpeza geral das instalações hospitalares é um dos determinantes importantes da satisfação dos utentes, com maior destaque para os doentes com níveis de escolaridade mais elevados. Por outro lado, o aumento dos serviços suplementares, como os serviços alimentares, melhorou quer a impressão geral como o aconselhamento dos pares. Foi demonstrado que o efeito destes serviços suplementares é afetado pelos dados sociodemográficos dos utentes, sobretudo a idade. Além disso, os serviços suplementares refletem geralmente a qualidade geral das próprias instalações, em que a satisfação dos utentes pode refletir-se na sua disponibilidade, especialmente em ambulatório (Saif et al., 2019).

Um estudo desenvolvido por Obročníková e Majerníková (2017), onde foi avaliada a satisfação dos utentes, com uma amostra de 63 utentes, revela que as mulheres e os utentes sem companheiro relataram menor nível de satisfação com o atendimento (tempo de espera, acesso ao hospital, conforto). Os utentes referiram os défices em áreas como pior acesso aos cuidados em termos de acessibilidade ao transporte e orientação nos cuidados de saúde, bem como em relação ao meio ambiente.

Numa revisão sistemática da literatura, realizada por Yan et al. (2022), sobre a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, os investigadores identificaram vários fatores que podem ser avaliados, incluindo a qualidade e a quantidade dos cuidados de enfermagem, a atitude, a comunicação, o ambiente físico, as instalações e os resultados. Quanto aos fatores que afetam a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, estudos anteriores exploraram o impacto das características dos utentes e das características do hospital/cuidados (Messina et al., 2014; Levandovski et al., 2015). Relativamente às características dos utentes, o género, a idade, a condição económica e a duração do internamento e/ou realização de exames assumiram-se como fatores de impacto importantes na sua satisfação em relação aos cuidados que lhes foram prestados. Quanto às características do hospital/cuidados, o ambiente hospitalar, a quantidade de recursos humanos, o tipo de enfermagem/serviço e os comportamentos dos profissionais de saúde foram fatores que afetaram a satisfação dos utentes (Messina et al., 2014; Levandovski et al., 2015).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito humano fundamental e é considerado um fator significativo no bem-estar dos utentes. Assim, a prestação de cuidados

que satisfaçam os padrões de qualidade é crucial para proporcionar aos utentes cuidados de elevada qualidade e a sua avaliação ajuda a obter informações importantes sobre o desempenho dos hospitais, bem como a avaliar a gestão da qualidade das organizações de saúde (Fuseini et al., 2022). A satisfação dos utentes conduz à sua lealdade e confiança: os utentes satisfeitos são leais e são mais propensos a regressar ao mesmo hospital no futuro e podem sugerir-lo a outros familiares e amigos (Liu et al., 2021).

As evidências documentam que a avaliação da satisfação dos utentes é importante, uma vez que, na ausência de indicadores de qualidade dos serviços de saúde, esta ajuda frequentemente a determinar a qualidade da prestação de cuidados de saúde e a capacidade de resposta do sistema de saúde. Níveis mais elevados de satisfação dos utentes indicam níveis mais elevados de capacitação dos mesmos, de empenhamento nos cuidados de saúde e de cumprimento do regime terapêutico recomendado, o que se traduz em melhores resultados em termos de saúde. Avaliar a satisfação dos utentes também ajuda a melhorar a prestação de serviços de saúde e a dar prioridade às necessidades de reforço das capacidades e à distribuição de recursos. A literatura também indica que as reclamações, elogios e sugestões apresentados pelos utentes devem ser reportados periodicamente aos serviços visados (diretor do serviço e chefia de enfermagem). Assim, sugerem a sensibilização dos Enfermeiros Chefes no sentido de facultarem questionários a todos os utentes de forma a diagnosticarem os pontos fracos, ameaças e pontos fortes do serviço/unidade, bem como uma melhor monitorização dos resultados obtidos e uma maior fiabilidade dos mesmos (Levandovski et al., 2015; Adhikary et al., 2018; Liu et al., 2021; Fuseini et al., 2022).

4. Conclusão

As doenças do aparelho digestivo são extremamente relevantes em Portugal. Os exames endoscópicos (endoscopia digestiva alta e colonoscopia), são o modo mais eficaz de prevenção e diagnóstico destas doenças. É necessário obter um nível ótimo de qualidade para que os procedimentos endoscópicos sejam eficientes, o que se reflete diretamente na satisfação dos utentes. Neste contexto, o presente estudo permitiu determinar o nível de satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas de um Centro Hospitalar da região centro do país, bem como verificar quais os fatores que interferem na satisfação da pessoa com patologia do foro gastroenterológico.

Os resultados do nosso estudo, no que concerne às dimensões da satisfação demonstram que os utentes estão “Muito satisfeitos” em relação às dimensões “Enfermeiros” e “Cuidados Gerais”. No que se refere aos utentes “Satisfeitos”, prevalecem os que referiram as dimensões “Acesso”, seguindo-se a dimensão “Admissão e Registo”. Todavia, também foi registada uma percentagem expressiva de utentes “Nada satisfeitos” em relação à dimensão “Condições estadia”, seguindo-se a dimensão “Informações”. Considera-se que estas dimensões deverão ser melhoradas nomeadamente a facilidade em obterem informações quer para si, quer para o seu acompanhante, melhoria das condições de estadia, particularmente para o acompanhante; redução do tempo de espera na sala de espera; melhorar o conforto e aspeto geral da sala onde estes esperam para serem atendidos. Deste modo, considera-se que estas sugestões devem ser transmitidas aos órgãos competentes da Instituição Hospitalar em causa, para que se possam melhorar estes aspetos e, assim, aumentar a satisfação dos utentes.

A realização do presente estudo traduziu-se em implicação para a prática, uma vez que estes resultados ajudar-nos-ão a compreender melhor a satisfação da pessoa que utiliza a unidade de técnicas endoscópicas, particularmente em relação aos cuidados de enfermagem, bem como para que se possam desenvolver intervenções específicas, sobretudo melhorar a dimensão de “Informação”: garantir que os doentes compreendam completamente o procedimento que será realizado, os riscos associados e as instruções pré e pós exame; fornecer informações claras sobre o procedimento e após conclusão do mesmo, certificar que todos os profissionais são compassivos, atenciosos e prontos para responder às perguntas e preocupações. Nas “condições de estadia”, manter um ambiente acolhedor e amigável para os utentes, garantir que todos os procedimentos são realizados com os mais

altos padrões de segurança e qualidade. Na dimensão de “área de exame”, minimizar o tempo de espera dos utentes antes e após o procedimento, respeitando os horários marcados. Alargar o horário da unidade, realizar exames todos os dias até as 20h, para diminuir listas de espera. No hospital onde foi realizado o estudo, está a ser implementado um projeto de modernização, um sistema integrado de atendimento, trata-se de uma solução de gestão de filas de espera com sistema de atendimento self-service, que visa simplificar o atendimento administrativo e a chamada de utentes. Nesta fase inicial apenas estão disponíveis as funcionalidades de efetivação de consultas agendadas (está parametrizada para impedir que os doentes o façam com antecedência de 30 minutos ou atraso superior a 10 minutos) e de atendimento administrativo.

A satisfação pode ser analisada em função de dois componentes distintos. Os componentes da satisfação com o processo de atendimento incluem o tempo de espera, a prestação de informações, acesso ao atendimento, adequação do ambiente de atendimento e agilidade no tratamento. O outro domínio da satisfação do utente, que é a satisfação com o resultado do cuidado, inclui a perceção da expectativa. Se os resultados dos utentes estiverem abaixo da sua própria perceção de expectativa ou se estes tiverem experiências adversas resultantes dos efeitos do atendimento, podem ficar menos satisfeitos com os cuidados que lhes foram prestados. Recentemente houve uma mudança na prestação de cuidados de saúde que colocou os utentes no centro dos seus cuidados, o que resultou numa maior ênfase nas avaliações da sua satisfação para identificar as áreas que estes consideram necessitar de melhorias. O presente estudo foi muito direccionado para o processo de atendimento (tempo de espera, prestação de informações, adequação do ambiente, entre outros) e não para o resultado do cuidado. Sugiro numa próxima investigação se dê ênfase a este domínio, o resultado do cuidado.

A satisfação do utente é um conceito subjetivo, porque é o resultado de uma combinação da personalidade de cada um, expectativas, situação clínica, bem como os resultados dos cuidados, ou seja, a satisfação é o subdomínio final da perspetiva do utente e é conjuntamente influenciada pelo estado de saúde e pela sua perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Importa referir que, ao longo desta investigação, foram encontradas outras limitações, sendo a mais notória o facto de se tratar de um estudo transversal, uma vez que este tipo de estudo não determina relações de causa e efeito. Pode mostrar uma relação entre duas variáveis, mas não é possível dizer que uma variável causou a outra. Os estudos transversais necessitam de um grande tamanho amostral. Assim, como não foi possível obter mais participantes, os resultados alcançados não podem ser generalizados para uma população

com idênticas características. Assim sendo, como sugestão de futura investigação, seria importante dar-se continuidade a este estudo com uma amostra de maior dimensão.

A satisfação do utente e seus familiares/cuidador principal com os cuidados de enfermagem refletem a satisfação efetiva das suas necessidades e expectativas, o que constitui um critério concreto de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. É amplamente considerada como um elemento-chave na satisfação global da referida díade e é importante para os resultados em matéria de saúde e para a gestão da qualidade hospitalar. Considera-se, assim, que os utentes que estão mais satisfeitos com os seus cuidados de enfermagem têm mais probabilidades de manter uma boa relação com os enfermeiros, de seguir os regimes terapêuticos prescritos e, por conseguinte, de obter resultados mais positivos em termos de saúde. No presente estudo, os utentes manifestaram-se “Muito Satisfeitos” com os Enfermeiros, sendo a dimensão com pontuação mais alta. Além disso, avaliar a sua satisfação com os cuidados de enfermagem pode ajudar a conhecer as suas expectativas, sugestões e *feedback*, fornecendo informações cruciais para a melhoria da qualidade em saúde.

A satisfação do doente é fundamental para o sucesso de qualquer unidade de técnicas endoscópicas, e a melhoria contínua do atendimento ao utente deve ser uma prioridade. Isso não apenas melhora a experiência do utente, mas também contribui para melhores resultados clínicos e para a reputação positiva da unidade de técnicas endoscópicas.

Considerações finais

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é um desafio constante, impondo do enfermeiro um grande investimento profissional, pois a complexidade dos cuidados prestados e das intervenções inerentes inclui conhecimento e experiência, sendo um foco de aprendizagem constante. Considero assim que este percurso foi uma etapa de aprendizagem que contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas e comuns na especialidade médico cirúrgica. Este trajeto despertou-me para a reflexão sobre a prática, baseada em evidência científica, tornando-se alicerce fundamental para o meu desenvolvimento e que futuramente me conduzirá ao grau de perita.

Ter ingressado neste mestrado e especialidade em enfermagem configurou-se como um ponto de mudança na minha vida pessoal e profissional. Ao longo dos anos de experiência e com base na minha prática numa unidade de técnicas endoscópicas, tornou-se manifesta a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos em enfermagem e de desenvolver competências mais específicas que guiassem a minha intervenção, sendo a área de EMC a de interesse preferencial. A identificação e as intervenções concretas são fundamentais para o desfecho do problema e garantia de resolução numa situação de urgência e emergência na área de endoscopia. O olhar crítico aos utentes acometidos por hemorragia digestiva devem ser redobradas, pois facilmente destabilizam hemodinamicamente (Jiménez et al., 2019). Aprendi com estas experiências que, em situações de atuação imediata é fundamental responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, tendo percebido que tanto a experiência/treino como a atualização de conhecimentos, através de pesquisa de evidência científica, análise, reflexão e esclarecimento de dúvidas, sobre as intervenções praticadas, são pontos-chave para o sucesso das mesmas.

Assim, face aos objetivos propostos na Introdução, é possível afirmar que foram atingidos e, que foi prazeroso a forma como foi conseguido, atingir as Competências de Mestre, Enfermeira Especialista e Enfermeira Especialista em EMC definidas nos respetivos Regulamentos.

Chegada a este patamar, não posso deixar de evocar as questões que inicialmente me interpelaram. Que desafios se afiguram a partir daqui? O que muda na minha prestação? O que deverão esperar as PSC e as famílias a quem prestarei cuidados? Enquanto futura enfermeira especialista, a mudança, reside no meu crescimento pessoal e profissional, na minha afincada e contínua preocupação pela qualidade e segurança dos cuidados prestados

e na minha exigência pelo rigor, eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem resultado das constantes reflexões que protagonizei no decurso destes estágios e que tiveram como suporte o agir profissional dirigido especialmente à PSC. Essencialmente, o que muda na minha prestação de cuidados reside no saber ser e no saber pensar, que cada intervenção protagonizada acalantar, e que conduzirá ao holismo e humanismo do Cuidar.

Este Relatório traduz a experiência vivenciada nos Estágios por mim escolhidos e, que agradeço a oportunidade no acolhimento, na construção de conhecimentos com base na evidência científica. A escolha desses Estágios foi pensada propositadamente, na tentativa de aproveitar as melhores oportunidades possíveis, nem que para isso estivesse fora da minha área de conforto. Esta escolha permitiu contatar com diversas situações de PSC em falência orgânica, com pensamento sobre as infeções e sobre as decisões éticas, deontológicas, que envolviam cada ato e, cada pessoa.

A busca de conhecimento deve fazer sempre parte do percurso profissional do enfermeiro. As nossas ações devem refletir o nosso conhecimento, com base na evidência científica. A investigação é importante para mudar e melhorar comportamentos e práticas. Neste sentido, o estudo realizado reflete a nossa preocupação diária com a satisfação dos utentes. A satisfação dos utentes é crucial na avaliação da qualidade global dos cuidados e, portanto, contribui para a melhoria dos serviços prestados, uma vez que pode ser considerada como um resultado dos cuidados prestados por todos os profissionais de saúde.

Não foi fácil este percurso da investigação, demarcado por algum atraso da colheita de dados e com muitos períodos de desmoralização e vontade de desistir, mas com persistência e apoio familiar, conseguimos.

Apesar de alguns constrangimentos, posso afirmar que o balanço final dos estágios foi positivo, levando ao cumprimento dos objetivos propostos. Possibilitou melhorar o desempenho e reconhecer as falhas, contribuindo assim, para um crescimento pessoal e profissional.

Referências bibliográficas

- Adhikary, G., Shawon, M.S.R., Ali, M.W., Shamsuzzaman, M., Ahmed, S., Shackelford, K.A. et al. (2018) Factors influencing patients' satisfaction at different levels of health facilities in Bangladesh: Results from patient exit interviews. *PLoS ONE* 13(5): e0196643. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196643>
- Aguiar, M. (2016). Nutrição parentérica em meio hospitalar. Prescrição, produção e acompanhamento clínico. Estudo observacional sobre o impacto do IMC e da ingestão calórico-proteica no resultado clínico. Relatório de Estágio especialmente elaborado para obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32872/1/11298_Tese.pdf
- Almeida, E., Moreira, P. M., & Póvoa, P. (2020). *Métodos Dialíticos em Cuidados Intensivos*. Acedido em PortalEnf: <https://www.portalenf.com/2016/04/metodos-dialiticos-cuidados-intensivos/>
- Ayele, W.M., Ewunetu, A., & Chanie, M.G. (2022) Level of satisfaction and associated factors among patients attending outpatient departments of south Wollo health facilities, Ethiopia. *PLOS Glob Public Health*; 2(7): e0000761. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000761>
- Benner, A.D., Wang, Y., Shen, Y., Boyle, A.E., Polk, R., & Cheng, Y.P. (2018). Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: A meta-analytic review. *Am Psychol*.; 73(7):855-883. doi: 10.1037/amp0000204
- Biresaw, H., Mulugeta, H., Endalamaw, A., Yesuf, N.N., & Alemu, Y. (2021). Patient satisfaction towards health care services provided in Ethiopian health institutions: a systematic review and meta-analysis. *Health Services Insights*.;14. doi:10.1177/11786329211040689
- Burtea, D., Dimitriu, A., Maloş, A., Cherciu, I., & Săftoiu, A. (2019). Assessment of the Quality of Outpatient Endoscopic Procedures by Using a Patient Satisfaction Questionnaire. *Curr Health Sci J*;45(1):52-58. doi: 10.12865/CHSJ.45.01.07
- Chandra, S., Ward, P., & Mohammadnezhad, M. (2019) Factors Associated With Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A Mixed Method Study. *Front. Public Health* 7:183. doi: 10.3389/fpubh.2019.00183

- Creanga, A.A., Gullo, S., Kuhlmann, A.K.S., Msiska, T.W., & Galavotti, C. (2017). Is quality of care a key predictor of perinatal health care utilization and patient satisfaction in Malawi? *BMC Pregnancy Childbirth*;17(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440969/>
- Cristiano, M. (2020). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico submetida a Trombólise*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Acedido em C:/Users/CM/Downloads/BCTFC72.pdf
- Derebe, M.M., Shiferaw, M.B., & Ayalew, M.A. (2017). Low satisfaction of clients for the health service provision in West Amhara region, Ethiopia. *PLoS One*;12:e0179909.
- Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho. Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27, páginas 13550 – 13553. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Direção Geral de Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2016). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma n 011/2016 de 28/10/2016, atualizada a 03/03/2017. Acedido em file:///C:/Users/Hp/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/CJFDRWF0/i023397.pdf
- Direcção-Geral da Saúde(2015a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. - Norma no 022/2015 de 16/12/2015 Acedido:<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015b) “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. - Norma no 019/2015 atualizada a 30/05/2017. Acedido:<https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015c). Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma nº 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 30/05/2017. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente a Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados Norma no 018/2014 atualizada a

- 27/04/2015. Acedido: https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma_018_2014.pdf
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*; 260(12),1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743. PMID: 3045356
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2022). 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - *Guia Orientador de Estágios*.
- Fang, J., Liu, L., & Fang, P. (2019). What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. *Patient Prefer Adherence*;13, 515-525. doi: 10.2147/PPA.S197015. PMID: 31114168;
- Febres-Ramos, Richard J. , & Mercado-Rey, Miguel R. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* [online]; vol.20, n.3, pp.397-403. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3123>
- Fuseini, A.-G., Bayi, R., Alhassan, A., & Atomlana, J. A. (2022). Satisfaction with the quality of nursing care among older adults during acute hospitalization in Ghana. *Nursing Open*, 9(2), 1286–1293. <https://doi.org/10.1002/nop2.1169>
- Ganasegeran, K., Perianayagam, W., Abdul Manaf, R., Ali Jadoo, S. A., & Al-Dubai, S. A. R. (2015). *Patient Satisfaction in Malaysia's Busiest Outpatient Medical Care. The Scientific World Journal*, 2015, 1–6. doi:10.1155/2015/714754
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures: Lusodidacta.
- Gu, D., Yang, X., Li, X., Liang, C., Zhong, J., & Feng, N. (2018). Innovating New Rural Cooperative Medical Scheme (NCMS) for Better Patient Satisfaction in Rural China. *Int J Environ Res Public Health*; 15(9), 2007. doi: 10.3390/ijerph15092007.
- Hepsiba, R. P., & Bhattacharjee, D. T. (2021). A comparative study to assess the level of patient satisfaction on quality of nursing care among parturients admitted in government and private hospitals at Lucknow. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(7), 31–41.
- Instituto nacional de Emergência Médica (2019). Relatório Anual meios de emergência médica do INEM 2019. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Meios-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica-2019.pdf>.
- Jensen, R.E., Rothrock, N.E., DeWitt, E.M., Spiegel, B., Tucker, C.A., Crane, H.M., Forrest, C.B., Patrick, D.L., Fredericksen, R., Shulman, L.M., Cella, D., & Crane, P.K. (2015). The role of technical advances in the adoption and integration of patient-reported

- outcomes in clinical care. *Med Care*; 53(2):153-9. doi: 10.1097/MLR.0000000000000289.
- Jiménez, C. E., Randial, L., & Quiroga, F.. (2019). Manejo endovascular de la hemorragia digestiva, experiencia del Hospital Universitario Clínica San Rafael. *Revista Colombiana de Cirugía*, 34(3), 234-244. <https://doi.org/10.30944/20117582.436>.
- Jokiniemi, K., Meretoja, R., & Kotila, J. (2020). Clinical nurse specialist role and practice in Finland. In J. S. Fulton, & V. Holly (Eds.), *Clinical nurse specialist role and practice: An international perspective*. Springer International Publishing.
- Karami, A., Farokhzadian, J., & Foroughameri, G. (2017). *Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? PLOS ONE*, 12(11), e0187863. doi:10.1371/journal.pone.0187863
- Kasa, A.S., & Gedamu, H. (2019). Predictors of adult patient satisfaction with nursing care in public hospitals of Amhara region, Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.*; 19(1). [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341709/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341709/)
- Lei de Bases da Saúde. Lei nº 48/90 de 24 de agosto. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so_miolo
- Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina=1
- Levandovski P.F., Dias, da S.L., & Marques, A, (2015). Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. *Investig. Y Educ. En Enfermería*. ;33:473–481. doi: 10.17533/udea.iee.v33n3a11
- Liu, S., Li, G., Liu, N., & Hongwei, W. (2021). The impact of patient satisfaction on patient loyalty with the mediating effect of patient trust. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211007221
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8 ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Martini, J., Lazzari, D., Backes, V., Oliveira, S., Lino, M. (2022). Formação: autoformação e desenvolvimento de competências profissionais. In: Parreira, P. Castilho, A., Rocha, A. (coords). *Gestão nas organizações de saúde (volume2)*. (1ª edição, Cap. 7, pp 268-281). FIG - Indústrias gráficas, S.A.
- Messina G., Vencia F., Mecheroni S., Dionisi S., Baragatti L., & Nante N. (2014). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: An Italian rural hospital. *Glob. J. Health Sci.* ;7:30–39. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p30
- Minciullo, A., Tartaglini, D., Colombo, B., Filomeno, L., & Di Muzio, M. (2022). Assessing validity and reliability of a new tool: the ECSQ (Endoscopy Customer Satisfaction Question-naire) in Italian for customer satisfaction in digestive endoscopy. *Ann Ig*; 34(2), 166-176. doi: 10.7416/ai.2022.2476.
- Obročníková, A., & Majerníková, I. (2017). Patient satisfaction with health care in an oncology setting. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*; 15(1), 20-24. DOI:10.1515/pielxxiw-2017-0003.
- Olson, D.M., Parcon, C., Santos, A., Santos, G., Delabar, R., & Stutzman, SE. (2017). A Novel Approach to Explore How Nursing Care Affects Intracranial Pressure. *Am J Crit Care*; 26(2), 136-139. doi: 10.4037/ajcc2017410.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março de 2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, II(123), pp.17240-17243. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Ordem dos enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer conjunto n.º 01/2017 do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica sobre atribuição de responsável de turno*. Acedido em [https:// www.ordemenfermeiros.pt /arquivo/documentos /Documents/ ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017c). Parecer nº9/2017 – Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Acedido em [https:// www. ordemenfermeiros.pt /arquivo/ documentos/ Documents/ Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaoCritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, II(135), pp. 19359-18370. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Parecer n.º 15/2018 da mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica sobre funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II (26). Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro: *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 613/2022. Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 131 – Parte E. Acedido em <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Ortega-Lapiedra R, Barrado-Narvi3n MJ, Bernu3s-Oliv3n J. Acquisition of Competencies of Nurses: Improving the Performance of the Healthcare System. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 3;20(5):4510. doi: 10.3390/ijerph20054510

- Ovies, Á. A., & La Calle, G. H. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Medicina intensiva*, 44(2), 122-124. doi: 10.1016/j.medin.2019.03.002
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3a ed.). Porto: Legis Editora.
- Pestana, M., & Gagueiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementariedade do SPSS* (6 ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise factorial confirmatória em uma amostra enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec nº5), 137-145. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>
- Portugal, Despacho n.º 9390/2021. (2021, Setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República* n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, pp. 96 – 103. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Radaelli, C., Kunz, C., Arlete, E., Pissaia, L. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 8 (6). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>
- Rocha, G.G.C. (2021). *Balanço hídrico e desfechos adversos em pacientes com Covid-19 em unidade de terapia intensiva*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. URI: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9966>
- Sabeh, A., Silva, D., Wysocki, A., Santos, M., Barcelos, L., & Santos, E. (2023). (Des)conhecimento de enfermeiros no manejo da ventilação mecânica invasiva: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(1), e023021. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1569>
- Saif, A.A., Wesam, A., & Mahmoud A. (2019). Factors affecting patient's satisfaction in outpatient clinics in Jordan: cross-sectional study. *Journal of Hospital Management and Health Policy*; Vol. 3, 2523-253. <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/4837>
- Santos, M.A., Sardinha, A.H., & Santos, L.N. (2017). User satisfaction with the care of nurses. *Rev Gaucha Enferm.*; 38(1):e57506. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.57506
- Sharma, A., Kasar, P.K., & Sharma, R. (2014). Patient satisfaction about hospital services: a study from the outpatient department of tertiary care hospital, Jabalpur, Madhya Pradesh, India. *National J Community Med.*; 5:199-203.

- Sinyiza, F.W., Kaseka, P.U., Chisale, M.R. *et al.* (2022). Patient satisfaction with health care at a tertiary hospital in Northern Malawi: results from a triangulated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 22, 695. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08087-y>
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2017). *Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Arteriais Periféricas* 1-53. Acedido em www.spc.pt
- Sultan, N., Mahajan, R., Kumari, R., Langer, B., Gupta, R. K., Mir, M. T., Chowdhary, N., & Sultan, A. (2022). Patient satisfaction with hospital services in COVID-19 era: A cross-sectional study from outpatient department of a tertiary care hospital in Jammu, UT of J&K, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*; 11(10):p 6380-6384, DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_704_22
- Thery, L., Anota, A., & Waechter, L. (2021). Palliative care in day-hospital for advanced cancer patients: a study protocol for a multicentre randomized controlled trial. *BMC Palliat Care*; 61, 2-11.. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00754-x>
- Triantafyllou, K., Gkolfakis, P., Triantafyllou, M., Ndini, X., Melissaratou, A., Moustafa, G.A., Xanthopoulou, E., Tziatzios, G., Vlachonikolou, G., Papadopoulos, V., Pantelakis, E., Malli, C., & Dimitriadis, G.D. (2016). Long-term patient satisfaction of gastrointestinal endoscopic procedures. *Ann Gastroenterol*; 29(2):188-95. doi: 10.20524/aog.2016.0011
- Veríssimo, O.M.T. (2018). *O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam*. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- World Health Organization (OECD) and the World Bank under the overall guidance of Marie-Paule Kieny. *Delivering Quality Health Services*. OECD Publishing; 2018:1–100.
- Yan, M., Zhi, M., Xu, Y., Hu, L., & Liu, Y. (2022). Inpatient Satisfaction with Nursing Care and Its Impact Factors in Chinese Tertiary Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*.;19(24):16523. doi: 10.3390/ijerph192416523.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Formação em Serviço: Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência



Politécnico de Viseu Saúde

Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência

Estágio em Urgência Médico-Cirúrgica





Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica 8ª ed.

Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica 9ª ed.

Anabela Santos nº 6004

Clarinda Simões nº 4227

Hugo Lobo nº 1770

Joana Mendes nº 1252

PLANO DE SESSÃO				
Objetivo Geral: Rever e atualizar conhecimentos no tratamento das feridas em contexto de urgência. Objetivos Específicos: Reconhecer os diferentes tipos de feridas no Serviço de Urgência. Compreender a importância do tratamento às feridas agudas. Mencionar métodos de atuação uniformes perante uma ferida aguda.				
	CONTEÚDO	MÉTODO	MEIOS AUXILIARES	TEMPO
INTRODUÇÃO	Contextualização e justificação do tema;	Expositivo e interativo	Computador Diapositivos Bibliografia	2 min
DESENVOLVIMENTO	- Tipos de feridas; - Processo de cicatrização; - Anamnese; - Abordagem à ferida aguda; - Limpeza e desinfeção do local cirúrgico; - Feridas traumáticas; - Pessoa com queimadura superficial.			35 min
CONCLUSÃO	Reflexão final.			8 min

Introdução

O tratamento de feridas tem tido um crescente interesse por parte dos profissionais de saúde.

A cada pessoa portadora de ferida caberá um plano terapêutico único e irrepetível.

A pessoa com ferida deve ser avaliada e cuidada numa abordagem holística.

No tratamento de feridas, a **prática baseada na evidência** exige a identificação da melhor evidência, baseada em dois critérios principais: **segurança e eficácia**.

(Parreira et. al., 2022)

Abordagem às Feridas

Feridas Agudas

Uma lesão local provocada por uma ação agressiva ou violenta contra o organismo.

Pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crónica.

Cicatrizam sem que fatores locais originem complicações.

São de curta duração (<3 meses) e a sua cicatrização conclui-se de maneira controlada.

Têm origem em cirurgias ou traumatismos.

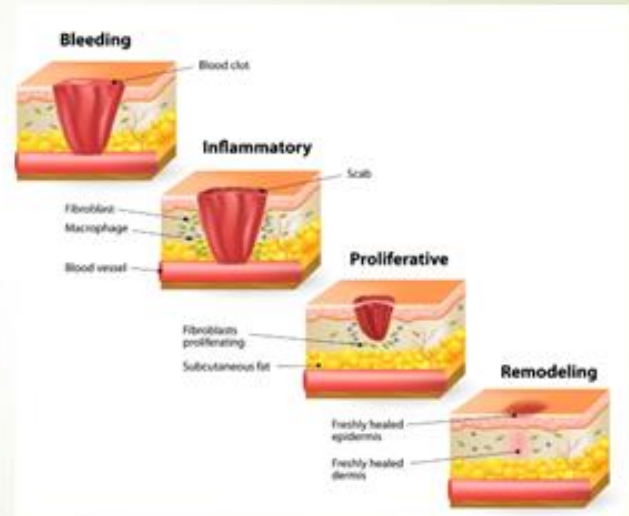


(Parreira et. al., 2022)

Fases de Cicatrização



Fonte: <http://www.sauefemagem.com>. Composição da Epiderme-Derme e Hipoderme



Fonte: Stock. Imagem vetorial ID: 244322110

Processo de cicatrização

No que concerne ao processo de cicatrização as feridas podem cicatrizar por:

1ª intenção

As margens da ferida são aproximadas e a ferida é encerrada por fios de sutura, agafos, tiras de sutura cutâneas ou cola biológica.

2ª intenção

A ferida cirúrgica pode ser deixada aberta. É uma opção sempre a considerar se o encerramento for prejudicial. Ex: abscessos.

3ª intenção

A ferida é deixada aberta durante um certo período de tempo, com intenção de ser posteriormente encerrada cirurgicamente.

(Parreira et. al., 2022)

Tipo de feridas



Agudas

- Traumáticas
- Abrasão/Epitelial
- Queimaduras
- Incisões Cirúrgicas



Mais comuns num serviço de urgência...



Crónicas

- Úlceras de Pressão;
- Úlceras de Perna Venosas;
- Úlceras Arteriais;
- Úlceras de Pé Diabético



Complexas

(Parreira et. al., 2022)

Classificação - Feridas Agudas



(Mendes et. al., 2019)

Contaminação da ferida

Classificação



70% das feridas traumáticas, no momento em que ocorrem apresentam-se contaminadas por organismos potencialmente patogénicos que podem conduzir a uma infeção.

(Parreira et. al., 2022)

Preparação do leito da ferida

Fatores que impedem a cicatrização

Podem ser representado pela mnemónica **TIME**

- **T** de tecido desvitalizado/desbridamento.
- **I** de infeção ou inflamação.
- **M** de meio em equilíbrio/ ambiente húmido.
- **E** de epiderme das margens.

Seguir estes quatro passos/procedimentos é a base do tratamento de feridas.

Foca-se em 3 componentes: **DIM+E**

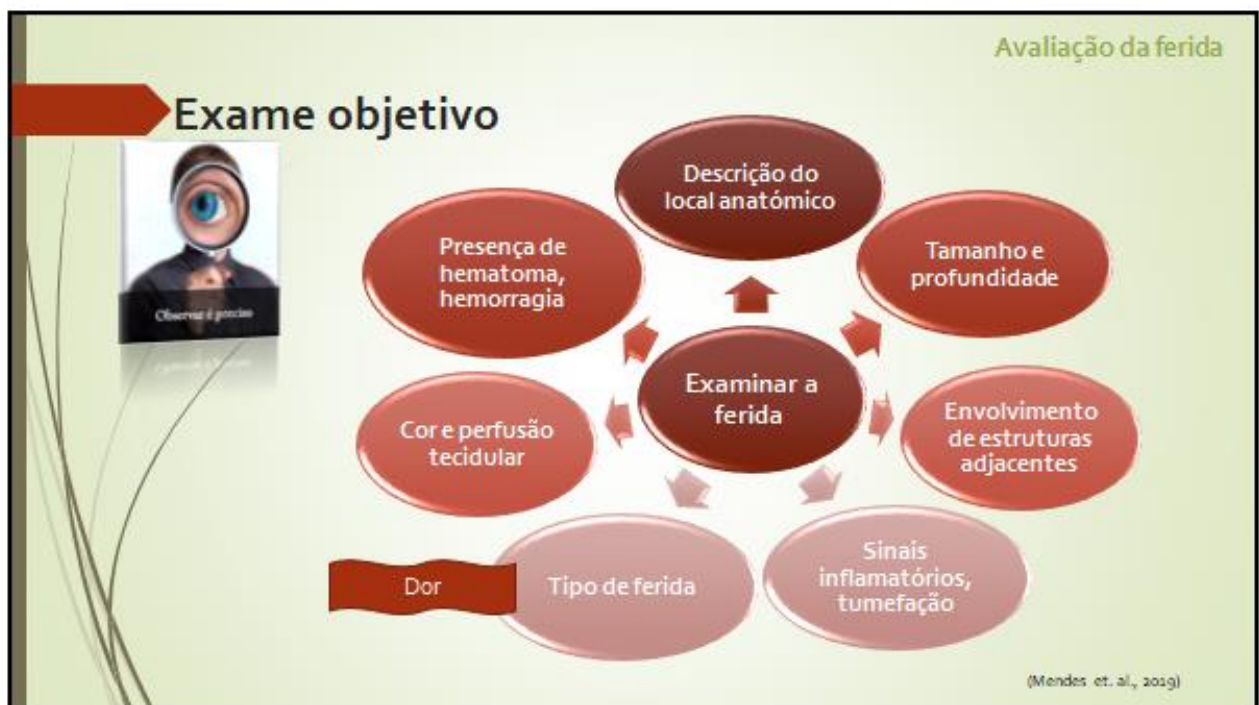
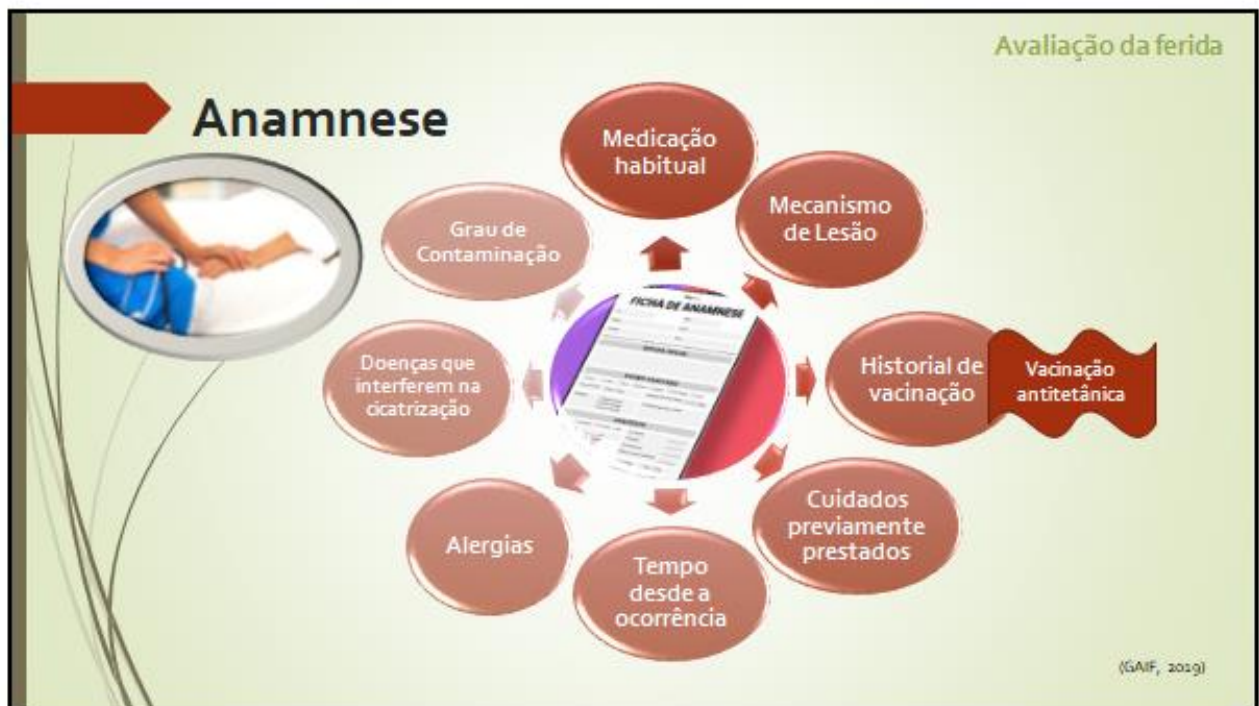
- D** - Desbridamento,
- I** - Controlo da infeção e inflamação,
- M** - Equilíbrio da humidade.
- E** - Estimulo dos bordos epiteliais,

Implica o recurso a terapias avançadas.

Se a preparação do leito da ferida é otimizada de acordo com estes parâmetros e a ferida mantém-se estagnada, avançamos para o "E".

Conceito DIME não é apenas um acrónimo, mas sim um guia para a prática.

(GAIF, 2019)

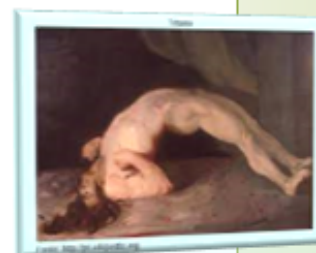


Profilaxia do tétano

Vacinação
antitetânica

São consideradas feridas potencialmente tetanogênicas:

- Feridas ou queimaduras que requerem tratamento cirúrgico;
- Punctiformes (pregos, espinhos, dentadas);
- Corpos estranhos (farpas de madeira);
- Contaminadas com solo ou estrume;
- Com evidência clínica de infecção;
- Com tecido desvitalizado;
- Fraturas expostas.



(PNV, 2020)

Profilaxia do tétano

Todos os serviços que prestam atendimento de urgência têm de dispor de vacinas contra o tétano (Td) e de imunoglobulina humana antitetânica (IHT).



A administração de imunoglobulina G humana antitetânica (IHT) deve ser efetuada **antes** da limpeza da ferida, uma vez que esta intervenção pode libertar uma quantidade significativa de toxina tetânica.

(PNV, 2020)

Avaliação da Dor

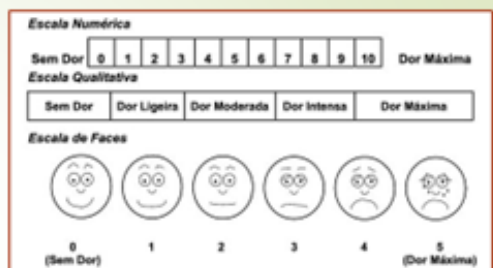
Garantir que cada avaliação da dor é individualizada.

A pessoa com ferida aguda tem dor.

Minimizar a dor nos procedimentos.

A pele em redor da ferida pode ficar sensível e dolorosa.

Administrar analgesia.



Escalas de dor (Adaptado e modificado da circular normativa n.º 10/DG-CG de 12/06/2003 da Direção Geral de Saúde)

(Parreira et. al., 2022)

Princípio na escolha do apósito

Avaliação precisa

Conhecimento adequado

Produto adequado

Necessidades da ferida.

Manter a humidade da ferida

Permitir as trocas gasosas

Proteger de traumas

Ser impermeável a bactérias

Remover o excesso de exsudado

Ser não-aderente

Ser livre de partículas prejudiciais

Ser cosmeticamente aceitável

(GAIIF, 2021)

Apósitos								Opções terapêuticas	
Desbridamento	Controlo do Exsudado	Controlo de Infecção	Controlo do odor	Interfaces	Granulantes/Epitelizantes	Promotores de cicatrização	Protetores cutâneos		
Hidrogel; Collagenases; Poliacrilatos 	Carboximetilcelulose; Alginatos Espumas 	Polihexanida (PHMB) Ácidos gordos esterificados Mel Iodo Prata Clorexidina 	Carvão ativado 	Gazes impregnadas 	Hidrocolóides Películas 	Maltodextrina Modelador das proteases Colagénio Ác. Hialurónico 	Polímeros acrílicos Cremes barreira Ácidos gordos Hiper oxigenados 	(GAIF, 2019)	

Recomendações



A LIMPEZA DA FERIDA FAZ TODA A DIFERENÇA!

A humidade equilibrada da ferida favorece a cicatrização.

Os pensos estão concebidos para manter:

- Ferida húmida,
- Limpar a ferida ;
- Mantê-la limpa,
- Protege-la de traumatismo físico ou de contaminação bacteriana.

- Uso de técnica limpa e não traumática.
- Lavar a ferida aberta com SF.
- Utilizar água e sabão para lavar pele circundante.

(Parreira et. al., 2022)

Limpeza das feridas

O primeiro passo para uma cicatrização perfeita é garantir que a ferida seja limpa e desinfetada. As feridas irão cicatrizar melhor se começar por eliminar a sujidade, as bactérias e as partículas visíveis. A limpeza e higienização são essenciais para muitos tipos de feridas agudas, tais como os cortes, as escoriações, as queimaduras...

Prática Baseada na Evidência

Mas...

Na prática, as decisões sobre a utilização de determinadas soluções de limpeza têm sido baseadas na experiência, nas políticas dos serviços e na preferência pessoal...

(Parreira et. al., 2022)

Limpeza das feridas



O **Soro Fisiológico**, é a solução mais utilizada no processo de irrigação.

Estudos comprovam que a irrigação de uma ferida com **ÁGUA CORRENTE** é mais eficaz do que com soro fisiológico e sem aumentar o risco de infeção.

Nível de evidência 1.a

Representando ainda uma diminuição de custos para o hospital.

Prática Baseada na Evidência

(Parreira et. al., 2022)
(Santos et. al., 2016)

Limpeza das feridas

A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática



Não há evidência de que o uso de **água corrente** na limpeza de feridas agudas e crônicas em adultos aumente a infecção ou a cicatrização, com alguma evidência a apontar para a redução da infecção com a utilização de água corrente em comparação com soro fisiológico.

A **água corrente** foi mais eficaz que o soro fisiológico na redução da taxa de infecção em adultos com feridas agudas e crônicas (Nível de evidência 1.a – Revisão sistemática de ECA).

Dado a elevada qualidade das evidências, os profissionais de saúde podem implementar estas intervenções no tratamento de feridas em adultos (GRAU A).

(Santos et. al., 2016)

Abordagem à ferida

Irrigação

"Baixa pressão" pode manter detritos ou corpos estranhos na ferida

"Alta pressão" pode provocar traumatismo dos tecidos saudáveis e disseminar outras bactérias para o leito da ferida.

- Utilizar em feridas altamente contaminadas, de preferência um frasco de soro individual para cada ferida.



A pressão utilizada na irrigação deste tipo de feridas, não é um tema consensual....

(Pereira et. al., 2022)

Solução para limpeza e descontaminação de feridas

Vantagens:

- Solução estéril;
- Controla o PH
- Não citotóxico;
- Previne e remove o biofilme;
- Princípio ativo com baixo potencial alergénico;
- Reduz o tempo de cicatrização;
- Pode permanecer aberto por até 08 semanas;
- Absorve odores das feridas;

Composto antisséptico, antimicrobiano e bacteriostático composto por betaina e polihexanida



É considerada uma solução eficaz na limpeza e desinfecção de feridas contaminadas

(McLain et. al., 2021)

Solução para limpeza e descontaminação de feridas

Recomendado no tratamento de feridas porque contem iodo que elimina a maioria dos microrganismos patogénicos (bactérias, vírus e fungos), ajuda a prevenir as infeções e não atrasa a cicatrização.

Modo de ação:

Antisséptico e desinfetante na forma de solução cutânea.

Desinfecção da pele e mucosas antes de intervenções cirúrgicas, injeções e punções.



(INFARMED, 2019)

Tratamento de feridas e a Evidência

A limpeza de feridas e o desbridamento químico...

A utilização do soluto de Dakin é uma prática comum, embora controversa.

Boa capacidade bactericida e desinfetante

Agressivo para os fibroblastos



Soluta de Dakin

Não existe evidência do benefício no tratamento de feridas

(Ordem dos enfermeiros, 2021; GAIF, 2019)

Deve ser removido e desaconselhada a sua utilização

(GAIF, 2019)

Abordagem às Feridas

Abordagem à ferida

Tricotomia

Literatura mostra que deve ser **evitada**, pois aumenta o risco de infecção.

Quando tricotomia absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da cirurgia.

Nível de Evidência 1.a

(DGS, 2015)



Jamais se deve fazer tricotomia das sobrancelhas, podem não voltar a crescer e estas servem de referência para alinhamento e encerramento da ferida.

Prática baseada na evidência

(Marques et. al., 2020)

Anestesia local

Usar a concentração de 1% ou 2%



O local circundante à lesão deverá ser desinfetado com um antisséptico, antes de ser realizada a infiltração da anestesia, para evitar que bactérias comuns na pele sejam arrastadas para o leito da ferida.

Lidocaína – início de ação em 1 min e tem a duração de 30 min a 2 horas.

Lidocaína,
Mepivacaína,
Bupivacaína,
Prilocaína,
Ropivacaína

Amidas
1ª escolha
devido ao
bom perfil
de segurança

Reações alérgicas e reações vagais; A nível local a dor é o principal efeito adverso.

(GAIF, 2019)

Encerramento da Ferida

Fios de Sutura



- Natural (Sedas, Crômio)
- Sintético (Nylon, Vicryl, Prolene, Monocryl)

natureza

Tipo de fio

- Monofilamentares
Nylon
- Multifilamentares
Seda



- Reabsorvíveis (Vicryl, Monocryl, Crômio)
- Não reabsorvíveis (Sedas, Nylon)

Tipo de fio

- Monofilamentares**
- Menor reação inflamatória
 - Menor potencial de infecção
 - Menor maleabilidade e segurança no nó

- Multifilamentares**
- Maior reação inflamatória
 - Maior potencial de infecção
 - Maior segurança no nó
 - Mais maleável

(Pinto et. al., 2019)

Encerramento da Ferida

Tempo de permanência dos pontos

AREA CORPORAL	TEMPO DE PERMANENCIA (DIAS)
Face	3 a 5
Pescoço	5 a 8
Escalpe	7 a 9
Extremidade superior	7 a 10
Tronco	7 a 12
Face extensora das mãos	12 a 14
Extremidade inferior	10 a 14



Quanto maior é o número de (o) menor é o calibre.

Fios de Sutura



(Mendes et. al., 2019)

Encerramento da Ferida



Suturas - disponíveis para todas as feridas, mas com > dificuldade técnica;



Agrafos metálicos – usados zonas de menor cuidado estético, permitindo rapidez de execução. Podem ser usados no couro cabeludo quando não é necessária uma hemostase extensiva.



Steri-Strips - feridas lineares com reduzida tensão ou pele frágil, na ausência de hemorragia ou zonas húmidas, permitindo rapidez de execução e sem dificuldade técnica.



Acrilatos - Suturas Adesivas (DERMABOND)

(Mendes et. al., 2019)

Casos mais usuais - Ferida Traumática



- Limpar a ferida de modo a prevenir a infeção (remover corpos estranhos ou tecido morto);
- Neste tipo de feridas o controlo da hemorragia e a prevenção da infeção surgem como principais focos de atenção;
- Anestesia local e analgésicos;
- Se necessário irrigação, a eleição é o soro fisiológico (solução salina), por ser estéril, mas também pode ser utilizada água potável e se risco aumentado de infeção, um antisséptico;
- Antibioterapia;
- Ponderar profilaxia antitetânica;
- Encerramento: Nestas feridas abertas a aproximação dos bordos da ferida é o tratamento de eleição.



(Parreira et. al., 2022)

O tratamento deverá variar consoante se trate ou não de uma situação de emergência, condicionando risco de vida.

Casos mais usuais - Ferida Cirúrgica



O tratamento da ferida cirúrgica incluem avaliação oportuna da ferida, limpeza/desinfecção da mesma, proteção da pele e reconhecimento precoce e intervenção de possíveis complicações.



Após efectuado o encerramento da ferida, proteger a incisão com penso estéril e técnica assética durante as primeiras 48 horas.

Possíveis pensos:

- Impermeável, de baixa aderência(como os filmes e os pensos de poliuretano com ou sem compressa.

(Parreira et. al., 2022)
DGS, 2023

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais – Escoriações/Abrasões



A limpeza e desinfecção pode ser suficiente, ficando a ferida preferencialmente sem penso.

As próximas do olho ou da face, que possuem corpos estranhos, que mostrem sinais de infecção ou que atinjam uma grande área do corpo, devem ter uma avaliação mais cuidadosa:

- Lavagem da pele e desinfecção da ferida;
- Utilizar penso antimicrobiano como penso primário;
- Devem criar um ambiente húmido que favoreça a cicatrização.



(Oliveira et. al., 2018)

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Feridas Perfurantes



As feridas perfurantes são difíceis de examinar, é importante serem lavadas vigorosamente para remover eventuais resíduos que tenham ficado enterrados na ferida.



Questionar o doente se o objeto que provocou a ferida perfurante foi retirado intato. Não está provado que a impregnação de uma ferida perfurante de soluções antissépticas reduza a incidência de infecção.



(Franco et. al., 2019)

Casos mais usuais - Mordeduras

Mordedura por Cão – lavar a ferida com água e sabão ou com SF. Se houver hemorragia, deve ser feita a hemostase.

Observar a ferida: corpos estranhos (dentes, têxteis);

Administrar analgésicos e iniciar profilaxia ATB;

A mordedura é potencialmente tetanogénica, havendo indicação para administração de vacina (TD) e ou imunoglobulina (Ig).

Complicações: infeção bacteriana da ferida ou lesão traumática da pele, músculos, vasos, nervos e dos tendões.



(Mendes et. al., 2019)

Casos mais usuais - Picadas

Picada de Abelha – Remoção do ferrão, com pinça e cuidadosamente para não injetar o conteúdo residual da glândula, desinfecção da ferida e aplicação de frio. No doente alérgico pode desenvolver-se um quadro anafilático, com gravidade variável. (Avaliar A B C D E).

Picada da Carça – Prender a carça o mais próximo possível da pele, com pinça de ponta fina, utilizando luva para evitar o contato com a pele. De seguida, deve rodar-se ligeiramente a carça e puxar para cima com firmeza, até que esta se solte. Desinfetar o local da picada com álcool 70%.



(Mendes et. al., 2019)

Classificação das queimaduras

Queimadura superficial/epidérmica

Queimadura de espessura parcial superficial

Queimadura de espessura parcial profunda

Queimadura da espessura total/profunda completa

Queimadura profunda completa +

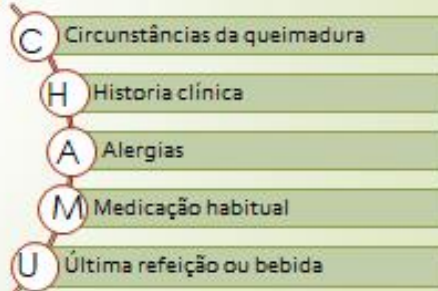
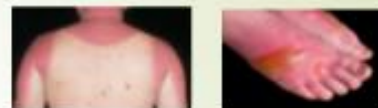
Água fria

Analgesia

Hidratação

Creme hidratante

Bolhas (não as rebente, uma vez que isso torna a pele vulnerável a uma infeção).



(Néné et. al., 2021)

(GAIF, 2019)

Tratamento Tópico

Creme Gordo - Gaze vaselinada - Gaze impregnada iodopovidona -

- Utilizada em queimadura superficial.

Sulfadiazina de prata

- Utilizado no tratamento de queimaduras de espessura parcial.

Flaminal - Alginogel

- Usado em queimaduras de espessura parcial a profunda.



(GAIF, 2019)

ISBAR

Identificação – dados do doente, local de proveniência;

Situação – Gravidade da ferida, avaliação inicial da ferida, características da ferida (tamanho, profundidade e localização);

B Antecedentes – Antecedentes pessoais, alergias, história relevante;

Avaliação: – Sinais vitais, material sutura utilizada, apósito recomendado, tipo de penso aplicado;

Recomendações – plano de cuidados, reavaliação.

ISBAR

INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

I dentificação	
S ituação	
B antecedentes	Antecedentes médicos: Alergias:
A valiação	Material sutura: absorvível ☐ não absorvível ☐ agafos ☐ outro: Apósito recomendado: Penso: Simples ☐ Reforçado ☐ Compressivo ☐
R ecomendações	Realizar tratamento a: Remover material de sutura a:

ISBAR

ISBAR
 Identificação – dados do cliente, local de procedimento;
 Situação – Gravidade da ferida, avaliação inicial da ferida, características da ferida (tamanho, profundidade e localização);
 Di Antecedentes – Antecedentes pessoais, alergias, história relevante;
 Avaliação – Sinais vitais, material sobre utilizado, agulhas recomendadas, tipo de penso aplicado;
 Recomendações – plano de cuidados, reavaliação

Esta informação deve ficar sempre acessível e ser lida antes da saída de enfermagem, a partir da enfermagem pode ser utilizada nos relatórios de alta de enfermagem ou para atualizar o plano de cuidados elaborado com o cliente de alta médica

INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Identificação	
Situação	
Di Antecedentes	<u>Antecedentes pessoais:</u> <u>Alergias:</u>
Avaliação	<u>Material sobre:</u> absorvente () não absorvente () agulha () outro: <u>Agulha recomendada:</u> <u>Penso:</u> Simplex () Reforçado () Compressivo ()
Recomendações	<u>Recomendações:</u> Remover material de sobre o:

Conclusão

A prestação de cuidados baseados na **evidência** não é ainda, na maioria das vezes, uma prática diária de quem cuida de pessoas com feridas. Assim a tutela dos serviços de saúde, a administração das instituições de saúde, as ordens profissionais e as associações de tratamento de feridas deveriam ter um papel difusor e determinante.



Florence Nightingale

“A enfermagem é a arte do cuidar, e nós somos os artistas dessa ciência complexa e indispensável a saúde”.

Referências Bibliográficas

- Bertoncello, K., Cavalcanti, C., Ilha, P., & Nascimento, E. (2013). Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. Vitória. Revista Brasileira Pesquisa Saúde, 15 (2), 23-31
- Direção-Geral da Saúde Circular Normativa Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor Nº 09/DGC-G Data: 14/08/2003
- Direção Geral de Saúde. https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenção-da-Infecção-do-Local-Cirúrgico.pdf
- EMA/COMP/264905/2010, Committee for Orphan Medicinal Products Public summary of opinion on orphan designation Octenidine dihydrochloride for the prevention of late-onset sepsis in premature infants of less than or equal to 32 weeks of gestational age
- Franco, D., Vicente, H. (2019) Artigo profissional. **Feridas traumáticas - Incisões, cortes, lacerações, abrasões.** Artigo atualizado a 9/11/2019.
- Grupo Associativo de investigação em Feridas (GAIF). (2019). *Parecer técnico sobre a utilização do Hipoclorito de sódio (apresentação Solutio de Dakin)*
- INFARMED (2019). Titular da Autorização de Introdução no Mercado e Fabricante. APROVADO EM 25-01-2019
- Marques, A., Osório, C., Aguiar, C., Lopes, G., Rodrigues, T. Implementação de uma bundle para redução do risco de infecção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia. Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020; 43(1): 97-103
- McLain, N. E., Moore, Z. E., & Avsar, P. (2021). Wound cleansing for treating venous leg ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011675. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011675.pub2>
- Mendes, J. & Ponce P. (2019). Manual de Urgências e Emergências (3ª edição). Lisboa: Edições Lidel

Referências Bibliográficas

- Monteiro, M., André, C., Barbosa, N., Santos, M., Antunes, L., & Pimentel, J. (2010). Lesões por arma de fogo em ORL: Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial, 48(2)
- Néné, M. & Sequeira, C. (2021). Enfermagem de Urgência e Emergência. (1ª edição). ISBN 978-989-752-574-2
- Oliveira, L. de C., Valle, L. S. E. M. B., Silva, M. A. da, Couto, J. N., Figueiredo, C. M. B. F., Machado, T., Bassi, A. P. F., & Ponzoni, D. (2018). Lesões traumáticas em tecidos moles: abrasão, contusão e laceração. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 8. Recuperado de <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchArticle/view/2785>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Utilização de Hipoclorito de Sódio 0,5% (soluto de Dakin) na limpeza de feridas. Parecer n.º152/2009
- Ordem dos enfermeiros (2021) PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 81/2021 Utilização do soluto de Dakin para tratamento de feridas
- Parreira, A. & Marques, R. (2022). FERIDAS - manual de boas práticas. Lisboa: Edições Lidel
- Pinto, N. T., Silva, R. P. (2019) Suturas Fundamental e Ferida Cirúrgica. Manual de Apoio. Entidade Formadora Certificada. GAIF
- Plano Nacional de Vacinação (2020) p.62,63
- Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015) Circular normativa nº 020/2015. "Folha de Intervenções" de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: DGS.
- Santos, E., Queirós, P., Cardoso, D., Cunha, M., & Apóstolo J. (2016). A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, (Série IV – Nº8 –abr./mai./jun.),133-144
- Santos, E., & Silva, M. (2011). Tratamento de feridas colonizadas/infectadas com utilização de polihexanida. *Revista de Enfermagem Referência*, 4,135-142 <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200014&script>

Apêndice 2 – Instrumentos de Recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Departamento: Enfermagem

Nome do orientador e investigador: Professor Doutor António Madureira

Nome do investigador: Joana Mendes

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica (CMECM), 8ªed. e Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (CPLEEMC), 9ª ed.

Ano: 2022

Estudo: Satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas de uma Unidade Hospitalar

(Não preencher este quadrado)

Nº Quest.

--	--	--	--

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre "satisfação dos utilizadores dos exames especiais, unidade de técnicas endoscópicas" solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a *sua* opinião.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (☐) , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Qual é o seu sexo? ☐ 1. Feminino ☐ 2. Masculino

2. Qual é a sua idade? _____ anos

3. Qual é a sua situação familiar?

☐ 1. Casado/a com registo

☐ 2. Casado/a sem registo – união de facto

☐ 3. Solteiro/a

☐ 4. Viúvo/a

☐ 5. Divorciado/a

☐ 6. Separado/a

4. Qual a sua situação perante o trabalho?

☐ 1. Empregado

☐ 2. Reformado/Aposentado/Pensionista

☐ 3. Desempregado/a

☐ 4. Estudante

☐ 5. Doméstico/a

AO CHEGAR AO SERVIÇO EXAMES ESPECIAIS (Cont.)	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
13. ESTACIONAMENTO: lugares disponíveis e sua localização						
14. SINALIZAÇÃO DOS EXAMES ESPECIAIS: facilidade com que se orientou dentro do hospital						
15. EDIFÍCIO: a sua opinião sobre o edifício onde os exames especiais estão instalados						

ADMISSÃO E REGISTO

16. EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO: facilidade em conseguir este exame, incluindo o tempo que demorou						
17. TEMPO DE ESPERA: tempo de espera para registar o seu exame						
18. FORMA DE ATENDIMENTO: cortesia, respeito, amizade e gentileza do pessoal administrativo						
19. INFORMAÇÕES: clareza das explicações dadas pelo pessoal administrativo						
20. SALA DE ESPERA: conforto e aspeto geral da sala onde esperou para ser atendido/a						

ÁREA DE EXAME

21. PRIVACIDADE: forma como a sua privacidade foi assegurada						
22. TEMPO DE ESPERA: tempo de espera para o exame, depois do registo						
23. CONDIÇÕES DA SALA: conforto e aspeto geral do local onde se realizou o seu exame						
24. EQUIPAMENTO: forma como o equipamento lhe pareceu estar atualizado e em funcionamento						

CUIDADOS GERAIS PRESTADOS

25. ASPECTOS TÉCNICOS: forma como os serviços lhe foram prestados pelos profissionais de saúde						
26. SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES: disponibilidade e vontade dos profissionais de saúde em satisfazer as suas necessidades						
27. AJUDA E SIMPATIA: capacidade dos profissionais para o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a						
28. SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS: sensibilidade dos profissionais em relação aos seus problemas e preocupações de saúde						
29. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: trabalho de equipa entre os profissionais de saúde na unidade de técnicas endoscópicas (exames especiais)						
30. TEMPO: tempo que demorou o exame						

INFORMAÇÃO

31. FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES: vontade dos profissionais em responder às suas perguntas						
32. INFORMAÇÕES: forma como foi esclarecido/a relativamente ao exame que foi realizado e a necessidade ou não de novos exames						
33. INFORMAÇÕES A ACOMPANHANTES: forma como estes foram informados acerca do seu estado de saúde e necessidades						

ENFERMEIROS(AS)	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
34. ASPETOS TÉCNICOS: forma como os enfermeiros(as) desempenharam as atividades durante o exame						
35. ATENÇÃO PRESTADA PELOS ENFERMEIROS(AS) AO SEU ESTADO DE SAÚDE: frequência com que verificaram o seu bem-estar durante o exame						
36. RESPOSTA DA ENFERMAGEM AOS SEUS PEDIDOS: rapidez com que acorreram a ajudá-lo/a						
37. CUIDADOS E CARINHO: cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos enfermeiros(as)						
38. INFORMAÇÃO FORNECIDA: forma como os enfermeiros (as) comunicaram com os doentes, familiares, acompanhantes e médicos(as)						
MÉDICOS(AS)						
39. ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE: frequência com que os médicos(as) verificaram o seu bem-estar durante o exame						
40. DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS: facilidade de falar com o seu médico						
41. CUIDADOS E CARINHO: cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos médicos						
42. ASPETOS TÉCNICOS: forma como o seu médico realizou o exame e o/a tratou.						
43. INFORMAÇÃO FORNECIDA: Forma como os médicos(as) comunicaram com os doentes, familiares, acompanhantes e restante equipa de saúde						
44. COORDENAÇÃO: forma como os médicos trabalharam em equipa para o/a tratar						
OUTRO PESSOAL						
45. PESSOAL AUXILIAR: forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo						
CONDIÇÕES DA ESTADIA						
46. SALA: limpeza, conforto, iluminação e temperatura						
47. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE APOIO: possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex.: cadeira de rodas, bengala, canadiana)						
48. AMBIENTE CALMO: paz e sossego						
49. QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO: no geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível						
50. ACOMPANHANTES: amabilidade e simpatia com que os seus acompanhantes foram recebidos pelo pessoal da unidade de técnicas endoscópicas (exames especiais)						
51. Horário: facilidade com que os seus familiares e amigos o acompanharam						
OPINIÃO GERAL						
52. QUALIDADE DO SERVIÇO EXAMES ESPECIAIS: impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados						
53. IMPACTO DO SEU EXAME: medida em que a vinda a este serviço contribuiu para o seu bem-estar						
54. IMAGEM DO SERVIÇO: reputação dos exames especiais na comunidade						

SATISFAÇÃO GLOBAL		Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente	
55. Fui tão bem tratado/a nos exames especiais (unidade de técnicas endoscópicas) que até comentei com a minha família e amigos						
56. Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a						
57. Soube sempre quem era o meu médico assistente						
58. Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados						
59. Fui muito bem tratado/a pelos médicos						
60. Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros						
		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau
61. A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para colocar perguntas						
62. O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida.						
63. A confidencialidade com que o seu processo clínico e com que toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida						
64. Forma com que foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para tratamentos						
65. Qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza						
66. Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião						
67. A rapidez com que foi atendido/a						
RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES		Claro que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Claro que não	Não se aplica porque vivo longe do hospital
68. Recomendaria a unidade de técnicas endoscópicas a um familiar ou amigo/a?						
69. Voltaria a este hospital de dia caso precisasse novamente e pudesse ter escolhido?						

Apêndice 3 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a),

No âmbito do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo sobre “Satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas de uma Unidade Hospitalar” e cujos objetivos principais são verificar quais os fatores que interferem na satisfação da pessoa com patologia do foro gastroenterológico assistida no serviço de exames especiais, unidade de técnicas endoscópicas.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Viseu, ____ / ____ / ____.

Nome: _____

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do orientador: Professor Doutor António Madureira

Nome do investigador: Joana Mendes, 966208654

Assinatura: _____

ANEXOS

Anexo 1 – Cursos Suporte Básico de Vida com DAE

Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 509 822 940

Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que JOANA FILIPA ALMEIDA MENDES, natural das Viseu, nascida a 22/04/1986, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 13006964-7ZZ5, frequentou a 17 de abril de 2023, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Básico de Vida - DAE

Duração Total: 7 horas

Horas assistidas: 7 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **18** valores.

Viseu, 18 de abril de 2023

O Vogal do DEP

O Presidente do DEP

Certificação EA N.º 141EA.SBVDAE.03/2021

A formação é válida por 5 anos

Este curso não confere o nível de formação e/ou equivalência escolar.



SUORTE BÁSICO DE VIDA - DAE

Conteúdo Programático:

15 Minutos – Apresentação, Objetivos e Contextualização do Curso

30 Minutos – Teórica I - Suporte Básico de Vida Adulto

15 Minutos – Demonstração algoritmo de SBV (4 passos)

60 Minutos – Sessão Prática I

Suporte básico de vida (30 min)

Demonstração de PLS (demo da técnica/ 5 min)

Posição lateral de Segurança (10 min)

Demonstração algoritmo DVA (demo da técnica/ 5 min)

Desobstrução da VA (10 min)

30 Minutos – Teórica II – Desfibrilhação Automática Externa/Situações especiais com DAE.

30 Minutos – Workshop: Comandos do DAE e Colocação de Eléttodos

15 Minutos – Demonstração algoritmo de SBV com DAE

45 Minutos – Sessão Prática II: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso imediato)

45 Minutos – Sessão Prática III: Casos clínicos SBV DAE (Choque não recomendado)

60 Minutos – Sessão Prática IV: Casos clínicos SBV DAE (Insucesso)

60 Minutos - Sessão Prática V: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso tardio)

15 Minutos – Avaliação e Encerramento do Curso.

Anexo 2 – Curso Suporte Avançado de Vida

Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 509 822 940

Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que JOANA FILIPA ALMEIDA MENDES, natural de Viseu, nascida a 22/04/1986, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 13006964-7ZZ5, frequentou a 11 e 12 de maio de 2023, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Avançado de Vida

Duração Total: 16 horas

Horas assistidas: 16 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **18** valores.

Viseu, 15 de maio de 2023

O Vogal do DEP

Certificação EA 11EA.SAV.06/2018

O Presidente do DEP

A formação é válida por 5 anos



Este curso não confere o nível de formação e/ou equivalência escolar.

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Conteúdo Programático:

1º dia

- 20 Minutos: Apresentação e introdução
- 20 Minutos: Palestra: Suporte Avançado de Vida em perspectiva
- 20 Minutos: Palestra: Causas e prevenção de PCR
- 20 Minutos: Palestra: Síndrome Coronário Agudo
- 55 Minutos: Palestra/Demonstração: Demonstração caso clínico. Algoritmo de tratamento
- 90 Minutos: Bancas de competências: Via aérea e reconhecimento de ritmos
- 60 Minutos: Bancas de competências: Abordagem inicial e reanimação
- 15 Minutos: Palestra: Cuidados pós reanimação
- 20 Minutos: Palestra: Ética / DNR • 85 Minutos: Cenários de casos clínicos
- 60 Minutos: Práticas: Circunstâncias especiais
- 15 Minutos: Reunião de formadores e feedback aos formandos

2º dia

- 120 Minutos: Práticas: Arritmias peri-paragem; Gasimetria
- 210 Minutos: Cenários de casos clínicos
- 120 Minutos: Avaliação prática e avaliação teórica
- 20 Minutos: Reunião de formadores e feedback aos formandos
- 10 Minutos: Encerramento

Anexo 3 – Deliberação da Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHTV, para a realização da investigação

*1.º C.A.
Rel. Exameiro D. Costa
Helo (3852)
24/11/2022*


CENTRO HOSPITALAR
VISEU
 UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
 COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	06/28/10/2022
Designação	Pedido de autorização para efetuar colheita de dados, no âmbito do estudo quantitativo, descritivo, correlacional com enfoque transversal: "Satisfação da pessoa assistida na unidade de técnicas endoscópicas de uma unidade Hospitalar".
Investigador (a) s Colaborador (a) s	Joana Filipa Almeida Mendes
Data do documento	18 Outubro de 2022
Data de Entrada na CES	20 Outubro de 2022
Data de Deliberação CES	28 Outubro de 2022

Analisado o pedido de autorização, para efetuar colheita de dados, no âmbito do estudo quantitativo, descritivo, correlacional com enfoque transversal: "Satisfação da pessoa assistida, na unidade de técnicas endoscópicas de uma Unidade Hospitalar", no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, unidade curricular dissertação, da estudante da Escola Superior de Saúde de Viseu, Joana Filipa Almeida Mendes e cujo objetivo é verificar os fatores que interferem na satisfação da pessoa com patologia do foro gastroenterológico, assistida no serviço exames especiais, unidade de técnicas endoscópicas, esta CES deliberou nada a opor ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 28/10/2022

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
 Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
 Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
 Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
 Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento
 Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

AUTORIZADO
 Reunião: *[assinatura]*
CONSELHO
ADMINISTRAÇÃO
 Presidente (Ruivo Solheiro)
[assinatura]
 Vogal Executivo (Barrigas do Nascimento)
[assinatura]
 Vogal Executivo (Madeira Quintela)
[assinatura]
 Diretor Clínico (Eduardo Mate)
[assinatura]
 Enfermeiro Diretor (José L. Gomes)

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

[assinatura]

Av. Rei D. Duarte – 3504-509 VISEU Tel.: 232 420 500 - extensão: 11317 Fax: 232 420 591 Correio eletrónico: ces@chviseu.mh.sau.gov.pt

