



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚGICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EM CONTEXTO DE CUIDADOS  
INTENSIVOS

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**Andreia Raquel Moreira Rodrigues Nº 6121**

Fevereiro de 2022



# **CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS INTENSIVOS**

Andreia Raquel Moreira Rodrigues

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EM  
CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professor Doutor António Madureira Dias

Fevereiro de 2022



Diz-me que instrumentos tu utilizas, frequentemente, a maior parte das vezes  
ou nunca, para prestar cuidados e eu direi que cuidados tu prestas”

Marie- François Collière (1982)



## Resumo

**Introdução:** O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, requer o desenvolvimento de conhecimentos e competências aprofundadas (comuns e específicas), demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão refletida e fundamentada na mais recente evidência científica. Cuidados de Enfermagem Omissos são os cuidados de enfermagem necessários que são omissos, em parte ou na totalidade, ou significativamente adiados, levando os enfermeiros a uma encruzilhada.

**Objetivos:** Evidenciar o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. Determinar a frequência e as razões para a omissão cuidados de enfermagem e relacioná-las com a influência de diversos fatores.

**Métodos:** Utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportada pela mais recente evidência científica. Estudo descritivo analítico e correlacional, realizado através de um questionário constituído por três partes: caracterização dos cuidados de enfermagem omissos, caracterização do ambiente da prática de cuidados e caracterização demográfica, académica e profissional.

**Resultados:** Os cuidados de enfermagem omissos com percentagens mais elevadas de omissão são: deambulação três vezes por dia ou conforme planeado; suporte emocional à pessoa e/ou família; posicionar o doente a cada duas horas; ensinar o pessoa sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico; documentação completa de todos os dados necessários; alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes; e assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas. Como razões mais frequentemente apontadas para a omissão de cuidados surgem a gravidade e fluxo de pessoas, dotações de profissionais e a comunicação na equipa. O ambiente da prática de cuidados é considerado como razoável.

**Conclusão:** As intervenções e atividades desenvolvidas ao longo dos estágios possibilitaram a consolidação de conhecimentos, bem como o desenvolvimento da autonomia reflexiva que permitiu aquisição de competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. O desenvolvimento de competências de investigação, possibilitou inferir que há necessidade de um investimento maior na área de investigação dos cuidados de enfermagem omissos, visto que a omissão de cuidados acarreta não só uma falta para com a pessoa, como levanta questões éticas à prática de enfermagem.

**Palavras-chave:** enfermagem; cuidados de enfermagem omissos; ambiente da prática de cuidados



## **Abstract**

**Introduction:** The Master's degree in Medical-Surgical Nursing, in terms of the person in a critical situation, requires the development of in-depth knowledge and skills (common and specific), demonstrating high levels of clinical judgment and reflected decision-making based on the latest scientific evidence. Missing Nursing Care is necessary nursing care that is omitted, in part or in whole, or significantly delayed, leading nurses to a crossroads.

**Objectives:** Highlight the development of specific skills in Medical-Surgical Nursing, in terms of the person in a critical situation. Determine the frequency and reasons for omitting nursing care and relate them to the influence of different factors.

**Methods:** A descriptive and critical-reflexive methodology was used, supported by the most recent scientific evidence. Descriptive analytical and correlational study, carried out through a questionnaire consisting of three parts: characterization of omitted nursing care, characterization of the care practice environment and demographic, academic and professional characterization.

**Results:** The missing nursing care with higher percentages of omission are: ambulation three times a day or as planned; emotional support to the patient and/or family; position the patient every two hours; teach the patient about the disease, examinations and diagnostic studies; complete documentation of all necessary data; feed the patient when the food is still hot; and attend interdisciplinary meetings whenever they are held. The most frequently cited reasons for the omission of care are the severity and flow of patients, staffing and communication in the team. The care practice environment is considered to be reasonable.

**Conclusion:** The interventions and activities developed during the internships enabled the consolidation of knowledge, as well as the development of reflective autonomy that allowed the acquisition of specific skills in medical-surgical nursing, in the aspect of the person in a critical situation. The development of research skills made it possible to infer that there is a need for greater investment in the area of investigation of omitted nursing care, since the omission of care not only entails a fault with the patient, but also raises ethical questions for nursing practice.

**Keywords:** nursing; missing nursing care; care practice environment



## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de Tabelas	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
<b>Introdução</b>	<b>15</b>
PARTE I	
<b>1 - Competências Específicas Adquiridas</b>	<b>19</b>
1.1- Competências comuns do Enfermeiro Especialista	19
<b>1.1.1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	<b>19</b>
<b>1.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade</b>	<b>21</b>
<b>1.1.3- Domínio da gestão de cuidados</b>	<b>22</b>
<b>1.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	<b>23</b>
1.2 - Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica	24
<b>1.2.1- Prestação de cuidados à pessoa em processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica</b>	<b>24</b>
<b>1.2.2.- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;</b>	<b>26</b>
<b>1.2.3 - Maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica</b>	<b>26</b>
<b>2- Evidências das atividades realizadas</b>	<b>31</b>
2.1- Competências comuns do Enfermeiro Especialista	31
<b>2.1.1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	<b>31</b>
<b>2.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade</b>	<b>33</b>
<b>2.1.3- Domínio da gestão de cuidados</b>	<b>36</b>

<b>2.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	<b>38</b>
2.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica	45
<b>2.2.1- Prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</b>	<b>45</b>
<b>2.2.2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;</b>	<b>46</b>
<b>2.2.3- Maximização da intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica</b>	<b>48</b>
<b>3- Avaliação das competências</b>	<b>51</b>
PARTE II	
Cuidados de Enfermagem Omissos: perceção dos enfermeiros em cuidados intensivos	57
<b>Conclusão</b>	<b>78</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	
<b>Apêndices</b>	
<b>Apêndice I – Cuidados de Enfermagem na Administração de Hemoderivados</b>	<b>89</b>
<b>Apêndice II – Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar</b>	<b>99</b>
<b>Apêndice III – Checklist de verificação da sala de emergência</b>	<b>105</b>
<b>Anexos</b>	
<b>Anexo I - Pedido de utilização da escala PES-NWI validada para a população portuguesa</b>	<b>111</b>
<b>Anexo II - Pedido de utilização da escala Misscare validada para a população portuguesa</b>	<b>115</b>
<b>Anexo III – Parecer da Comissão de Ética</b>	<b>119</b>
<b>Anexo IV - Instrumento de Colheita de Dados</b>	<b>129</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1	Variáveis demográficas e profissionais	63
Tabela 2	Consistência interna das escalas	65
Tabela 3	Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens da satisfação profissional – Escala MISSCARE	67
Tabela 4	Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE	68
Tabela 5	Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens das razões para os cuidados omissos – Escala MISSCARE	70
Tabela 6	Estatísticas resumo das dimensões e global da escala PES-NWI	71
Tabela 7	Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos com a satisfação profissional e com as dimensões e global das razões para a omissão - Escala MISSCARE	71
Tabela 8	Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – com as dimensões e global do ambiente da prática de cuidados - Escala PES-NWI	72
Tabela 9	Comparação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – em função das habilitações académicas	73
Tabela 10	Comparação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – em função da categoria profissional	73
Tabela 11	Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – com o número de admissões e o número de altas/transferências no último turno	74



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ABCDE	Airway/Breathing/Circulation/Disability/Exposure
AvMA	Acesso Venoso, Monitor e Anticoagulação
BIS	Índice Bispectral
BPS	Behavioral Pain Scale
CAM-ICU	Escala Confusion Assessment Method – Unidades de Cuidados Intensivos
CEO	Cuidados de Enfermagem Omissos
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
DGS	Direção Geral da Saúde
ECMO	Extracorporeal Membrane Oxigenation
ECMO VA	Extracorporeal Membrane Oxigenation – Veno-Arterial
ELSO	Extracorporeal Life Support
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
HDFE	Hospital Distrital da Figueira da Foz
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
INCS	Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
OE	Ordem dos Enfermeiros
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
RASS	Escala de Agitação Sedação de Richmond
SARS-Cov-2	Coronavirus Associado à Síndrome Respiratória Aguda Grave
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SU	Serviço de Urgência
TSRC	Técnica de Substituição Renal Contínua
VM	Ventilação Mecânica



## **Introdução**

A Enfermagem tem tido uma evolução positiva nos últimos anos quer a nível teórico quer a nível prático. Contudo, esta evolução nem sempre se traduz numa visibilidade aceitável enquanto profissão com competências específicas e diferenciadas.

Silva et al. (2019) defende que os profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional e que detenham uma boa capacidade crítica e de resolução de problemas, são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

Assim, no âmbito do estágio com relatório final em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, que decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFE) e no Serviço de Medicina Intensiva, setor A (SMI A), do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), foi-me proposta a elaboração de um relatório de estágio. Estes decorreram nos períodos de 1 de março a 16 de maio e de 17 de maio de 2021 a 14 de julho de 2021, com uma carga letiva de 750 horas, que contemplou 360 horas de contacto efetivo em contexto de prática clínica especializada e 72 horas de orientação tutorial.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, artigo 20º, estipula a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, e propõe a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final...” (p. 4151).

Assim, este relatório intitulado “Cuidados de Enfermagem Omissos: perceção dos enfermeiros em cuidados intensivos”, tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional na minha área de especialização e as suas implicações para essência do cuidado, bem como expor a aquisição de competências de Mestre, através da apresentação e discussão deste relatório.

Desta forma, o trabalho apresentado pretende retratar a reflexão crítica sobre o meu percurso académico e profissional, sistematizando o processo envolvido na aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao acréscimo de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

Estruturalmente este relatório está dividido em duas partes: na parte I faz-se uma descrição das competências comuns e específicas adquiridas, relata-se as evidências das atividades realizadas e conseqüente avaliação das competências adquiridas nos diferentes domínios; na parte II desenvolve-se um artigo de investigação cujo tema é: “Cuidados de Enfermagem Omissos: a percepção dos enfermeiros em cuidados intensivos”. Este artigo irá ter a formatação exigida para submissão à revista Millenium.

A metodologia adotada para a realização deste trabalho escrito será descritiva e crítico-reflexiva, suportada pela mais recente evidência científica.

O presente relatório foi redigido respeitando o guia de elaboração de trabalhos escritos da ESSV e cumprindo o novo acordo ortográfico.

Parte I



## **1- Competências Específicas Adquiridas**

Segundo o Regulamento nº 122/2011, publicado em Diário da República (2ª série – n.º 35), refere em relação ao enfermeiro especialista:

enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (p.8648).

Assim, durante a realização do meu estágio final, desenvolvi um conjunto de competências que são comuns a todos os enfermeiros especialistas e um conjunto de competências que são específicas do enfermeiro que se especializa na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em estado crítico.

### **1.1- Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

O Regulamento nº 140/2019, no Artigo 3º, define competências comuns como:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4745),

esperando-se assim que o enfermeiro seja um profissional detentor não só de conhecimento aprofundado em determinada área de Enfermagem, como também um profissional com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão.

De acordo com o referido regulamento, as competências comuns estão definidas segundo quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **1.1.1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), no que diz respeito a este domínio, são definidas as seguintes competências: desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a

deontologia profissional e garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na minha opinião, os dilemas ético-legais acompanham desde cedo o processo de cuidar, remetendo-me, esta temática, de imediato para o Código Deontológico do Enfermeiro.

A Deontologia, segundo Deodato citado pelo Código Deontológico (2015), é um valioso instrumento de fundamentação para a prática profissional do Enfermeiro, sendo essencial a sua utilização para orientar e fundamentar as decisões diariamente.

Seguindo a mesma linha orientadora, a ética está intimamente ligada ao agir humano. Situação que nos transporta para os padrões éticos profissionais que assentam na preocupação e no bem-estar do outro e, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015), são os enfermeiros “gente que cuida de gente”.

É notório que os enfermeiros se deparam, diariamente, com situações críticas e que estas podem, facilmente, oscilar entre a vida e a morte numa questão de segundos, acarretando uma responsabilidade imensa para as equipas multidisciplinares que, muitas vezes, têm de tomar decisões em prol da pessoa uma vez que este não está capacitado para o fazer.

Assim, devido à complexidade da situação crítica em que a pessoa se apresenta, a prestação de cuidados leva-nos constantemente a uma reflexão sobre os diferentes aspetos ético-legais, facto este que foi facilmente percecionado ao longo do estágio. Assim, a tomada de decisão, não só ao longo de todo o estágio como também no meu contexto profissional, é pautada pela confidencialidade, o respeito pelas crenças e pela privacidade, situações que não podem de todo ser violadas.

Constatamos que os cuidados de enfermagem têm uma dinâmica muito variável e complexa, tendo como base a pessoa como um ser único, assumindo o enfermeiro o compromisso de a cuidar ao longo do seu ciclo de vida, procurando promover a sua qualidade.

Como enfermeiros com acréscimo de competências devemos ser capazes de assentar as nossas decisões em princípios, valores e normas deontológicas, para uma tomada de decisão refletida e também fundamentada.

Segundo a OE (2015), a boa prática de Enfermagem exige que os valores, os costumes, a religião e todo o descrito no código deontológico sejam reconhecidos. Contudo, e ainda segundo a mesma fonte, é igualmente importante que isso se traduza na prestação de cuidados zelosa e competente e não apenas no reconhecimento.

Considero, portanto, que durante o estágio, prestei cuidados de qualidade com responsabilidade ética, profissional e legal.

### **1.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A OE (2019) define que para o cumprimento deste domínio devem ser desenvolvidas as seguintes competências: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua bem como garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Desta forma, com a finalidade de cumprir os padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, o enfermeiro com acréscimo de competências busca os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador que estão a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação, fazendo a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (OE, 2017).

Desta forma, procuro assentar a minha prática diária em conhecimentos técnico-científicos atuais, com a finalidade de maximizar a qualidade dos cuidados prestados, incluindo não só o respeito pela vida, como pela dignidade, saúde e bem-estar, prevenção de complicações e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

A segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem são os pilares nos quais assento a minha prática do cuidar. Para conseguir alcançar este objetivo, existe uma procura constante de conhecimento fundamentado na mais recente evidência, tornando-se imperativo integrar estes novos conhecimentos ou atualização dos conhecimentos já detidos na prestação dos meus cuidados de Enfermagem.

No entanto, é de salientar que considero este um percurso transversal a toda a carreira enquanto profissional de excelência, obrigando-me a uma busca constante pelo conhecimento, apoiando-me e aplicando-me nas melhores oportunidades de melhoria, recorrendo às estratégias mais adequadas para assim melhorar a minha prática como enfermeira com competências acrescidas.

Em 2015, a DGS salientou a urgência na melhoria da qualidade clínica e organizacional, recorrendo, nomeadamente, à uniformização de normas de orientação clínica, reforço da segurança das pessoas, monitorização permanente da qualidade e segurança,

reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Neste sentido, durante os estágios, foquei-me na procura da excelência desenvolvendo assim um acréscimo de competências na prestação de cuidados. Assim, procurei fundamentar a minha prática na evidência científica mais atual, procurei refletir de forma crítica sobre todos os momentos que experienciei ou observei, fazendo uma partilha constante com os enfermeiros tutores que me acompanharam durante este processo.

### **1.1.3- Domínio da gestão de cuidados**

A gestão dos cuidados e recursos é fundamental, pois ela permite rentabilizar e organizar melhor o tempo e os cuidados prestados (OE, 2019). Neste sentido, segundo o Regulamento 140/2019, presume-se que o enfermeiro com competências acrescidas desenvolve a capacidade para gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando não só a sua resposta como a da sua equipa, juntamente com a articulação na equipa de saúde. Assim, espera-se que detenha a capacidade para adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando atingir a excelência na qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados resulta, muitas vezes, da soma das diferentes tomadas de decisão, baseadas na experiência profissional e nos conhecimentos teóricos-científicos, tendo por base o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão.

Durante o estágio, embora não tendo ocupado o papel de liderança, foi possível observar e perceber a importância do líder. Observei e procurei refletir sobre o clima organizacional e o impacto que a liderança pode provocar na dinâmica e motivação dos profissionais.

No decorrer da nossa vida, temos a capacidade de vivenciar múltiplas emoções, contudo nem todos somos capazes de entender e conseguir gerir algumas delas o que de alguma forma dificulta as relações pessoais e profissionais. É importante salientar então que a inteligência emocional é essencial para a liderança nos serviços de saúde (Amestoy, 2020).

Segundo a mesma autora, a inteligência emocional assenta em 5 pilares fundamentais: autoconsciência, autogestão, automotivação, empatia e gestão de relações. A autoconsciência é a base da inteligência emocional e é através dela que o Enfermeiro consegue manter uma atitude de autorreflexão. A autogestão consiste na capacidade de manter o autocontrole, mesmo perante situações de stress, conseguindo manter um equilíbrio (e não propriamente uma opressão das emoções). Estar capacitado com esta competência

contribui para que o Enfermeiro desenvolva a capacidade de adaptação, tornando-se recetivo à mudança e até ambicione pelas inovações no trabalho. A automotivação é o terceiro pilar e relaciona-se com a capacidade para saber utilizar a energia gerada pelas emoções para o alcançar objetivos. A empatia é a capacidade de saber como o outro se sente e esta está intimamente relacionada com o autoconhecimento, uma vez que quanto mais consciente o Enfermeiro estiverem das próprias emoções, mais facilmente poderá entender os sentimentos dos outros, assumindo-se assim que o Enfermeiro que valoriza a empatia mais facilmente consegue estabelecer ligações emocionais pautadas pela confiança com os membros da equipa. Como último pilar surge a gestão de relações que está relacionado com a capacidade de gerir as emoções de outras pessoas, requerendo o domínio das quatro habilidades anteriores.

Cada vez mais, é imperioso que o enfermeiro com competências acrescidas desenvolva as suas habilidades sociais, uma vez que são fundamentais para a sua atuação enquanto líder no domínio da gestão. Estas resultam numa comunicação horizontal, tomadas de decisões e processos de negociação mais assertivos e eficazes, considerando-se assim uma competência imprescindível saber gerir os relacionamentos interpessoais (Amestoy, 2020).

#### **1.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Este domínio reporta-se às seguintes competências: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Segundo Mostardinha (2016), há um desafio constante para os profissionais da atualidade, uma vez que perante os conhecimentos adquiridos pressupõe-se uma constante adaptação, renovação e enriquecimento; por outro lado, há a necessidade de aquisição de novos saberes fundamentando e enriquecendo o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros.

O enfermeiro com competências acrescidas assume um papel de prestador de cuidados diferenciado, devido ao seu elevado nível de julgamento e discernimento para a tomada de decisões. Assim, o pensamento crítico assume-se como um alicerce à toma de decisão da prática de Enfermagem (Gomes, Preto e Brás, 2017).

Esta tomada de decisão em Enfermagem, já anteriormente referida, principalmente num serviço de cuidados intensivos e um serviço de urgência (uma vez que são serviços com

uma elevada complexidade), pode levar o Enfermeiro a confrontar-se com situações stressantes e complexas.

Considero que a relação empática estabelecida não só com as pessoas, mas também com a equipa multidisciplinar e a assertividade na prestação de cuidados e na relação com o outro beneficiaram todas as experiências ao longo dos estágios.

## 1.2 - Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

Conforme o Regulamento 140/2019, no Artigo 3º, as competências específicas são:

as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (p. 4745)

A OE, através do Regulamento n.º 124/2011, contextualiza os cuidados especializados à pessoa em situação crítica como cuidados prestados de forma continuada à pessoa que apresenta pelo menos uma função vital em risco, dando resposta às necessidades identificadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo riscos e complicações, procurando a recuperação total e limitando a incapacidade da pessoa.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, 2ª série, N.135 de 16 de Julho de 2018, refere que os cuidados especializados em Enfermagem Médico- Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.

De seguida, farei a abordagem às competências específicas que adquiri tendo por base as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente dos cuidados à pessoa em situação crítica.

### **1.2.1- Prestação de cuidados à pessoa em processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica**

Segundo Gomes (2015), a pessoa em estado crítico tem a sua vida ameaçada por disfunção ou falência de um ou mais órgãos, necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Preconiza-se que o enfermeiro com competências acrescidas nos cuidados à pessoa em situação crítica, esteja capacitado com conhecimentos e capacidades que lhe permitam responder antecipadamente a potenciais situações geradoras de instabilidade orgânica.

A instabilidade multiorgânica de uma pessoa exige do enfermeiro a capacidade de estar constantemente atento e a perspicácia para conseguir antecipar e responder atempadamente às alterações hemodinâmicas. Assim, acredito que nesta área de prestação de cuidados, a capacidade de antever e antecipar é um dos grandes aliados na excelência dos cuidados, uma vez que desta forma se consegue diminuir drasticamente complicações que possam surgir e também potenciar a resposta mais eficaz.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é fundamental conseguirmos estabelecer uma relação empática não só com a pessoa, mas também com as pessoas significativas que o envolvem.

Segundo Bellver Capella (2020), o enfermeiro é tido como o principal profissional na prestação de cuidados de saúde à pessoa, uma vez que o enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com a pessoa (e com as pessoas significativas para o mesmo). Assim, o enfermeiro tem o especial dever de zelar pelas pessoas e seus direitos.

Quando falamos de direitos, falamos do direito ao atendimento personalizado e humanizado e aqui a comunicação ocupa um papel preponderante. O autor referido anteriormente, vem reforçar que, embora estejamos em tempos de pandemia, a falta de compaixão e bondade, expressões naturais e invisíveis de carinho não podem fazer parte dos cuidados. O excesso de trabalho e a falta de recursos exigem das equipas uma adaptação e esforço major, associado ao uso de equipamento de proteção individual que funciona como uma barreira à comunicação com o pessoa e família.

Expressando a minha opinião, o “simples” o uso de máscara veio dificultar severamente a comunicação, uma vez que dificulta drasticamente a comunicação não verbal (devido à falta de expressão facial), apresentando-se a pandemia como um enorme entrave ao acompanhamento físico da pessoa, por parte da família e pessoas significativas.

No contexto da saúde, a meu ver, a comunicação não verbal acaba por ter um peso tão importante como o da comunicação verbal, sendo que a situação pandémica veio condicionar fortemente uma das qualidades que considero tão importante na nossa profissão – a empatia.

Sequeira (2016), define como má notícia toda e qualquer informação que envolva uma modificação drástica no recetor da mensagem. Como tal, a transmissão de más notícias, embora tenha sido uma realidade no estágio, considero-a uma área nobre, complexa e de

difícil abordagem, exigindo aos profissionais uma capacidade de comunicar que tem de ser desenvolvida e aprimorada.

### **1.2.2.- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;**

No âmbito do acréscimo de competências do enfermeiro na área da especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, está definido pela OE (2017) que o enfermeiro deve ser capaz de cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; deve conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planeia resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Face à imprevisibilidade de ocorrer uma situação de catástrofe, torna-se essencial que todas as organizações de saúde tenham um plano de emergência interno e que o mesmo seja revisto periodicamente.

Qualquer plano deve ser executado de forma sistematizada e organizada, deve prever os fatores potenciadores de desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, garantindo a simplicidade e eficácia dos procedimentos. Assim, sublinha-se que todos os profissionais de saúde são tidos como cruciais e devem conhecer, antecipadamente, a função estabelecida (DGS, 2010).

Segundo o Regulamento nº 429/2018, 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.

Durante os estágios, esta competência não foi desenvolvida na prática dado não ter ocorrido nenhuma situação de catástrofe ou emergência multivítimas. Contudo, consulte o plano de emergência existente nos serviços bem como o plano de emergência a nível nacional.

### **1.2.3 - Maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica**

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infeção adquirida na sequência de cuidados e procedimentos de saúde prestados à pessoa (mas que pode

também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional) (OE, 2017).

Assim, as IACS não são uma novidade e têm uma grande prevalência nas instituições de saúde, assumindo um papel de especial relevância na pessoa em situação crítica, tornando-se assim um tema de extrema importância pelas consequências nefastas que acarretam.

A responsabilidade pela prevenção e controlo das IACS é interdisciplinar, individual e coletiva, pelo que é fundamental que cada um tenha noção do papel preponderante que desempenha. A DGS (2016), reconhece que algumas IACS são inevitáveis (fruto de complicações intrínsecas à própria situação clínica e terapêuticas instituídas), mas outra parte e bastante significativa (cerca de um terço) são consideradas evitáveis.

A OE (2017), define que devido ao tecnicismo e a tecnologia envolvida nos cuidados à Pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista necessita de responder de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção e na resistência aos antimicrobianos.

Prevenir e controlar a infeção na pessoa em situação crítica é um desafio constante, não só pelo elevadíssimo número de procedimentos invasivos a que a pessoa está sujeita, a própria monitorização invasiva, mas também devido ao elevado número de pessoas submetidos a terapia imunossupressora, ficando estas pessoas mais suscetíveis às IACS. Na tentativa de se colmatar estas situações cada vez mais existem princípios, normas e protocolos de atuação com a finalidade de diminuir a prevenir a IACS.

Segundo a Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013, a DGS define dez precauções consideradas básicas para o controlo da infeção: a colocação estratégica dos pessoas por forma a evitar a infeção cruzada; a higiene das mãos como sendo a medida mais importante na redução da transmissão de microrganismos; a etiqueta respiratória, por forma a conter as secreções respiratórias; a utilização correta do equipamento de proteção individual; a descontaminação do material clínico; limpeza e manutenção ambiental; o manuseamento da roupa que deve ser considerada contaminada após o uso; a triagem correta dos resíduos no local de produção; técnica assética e uso de embalagens de dose única como práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho pelos profissionais de saúde.

Desta forma, a higienização das mãos surge com o objetivo de interromper eficazmente a cadeia de transmissão de microrganismos na prestação de cuidados de saúde. São, portanto, considerados cruciais os seguintes cinco momentos: antes do contato com a pessoa, antes de procedimentos limpos ou asséticos, após risco de exposição a fluidos

orgânicos, após contato com a pessoa e após o contato com o ambiente envolvente da pessoa.

Na atualidade, o uso de cateteres intravasculares é uma realidade, ainda para mais quando falamos de serviços de urgência ou de unidades de cuidados intensivos. Contudo, o uso deste tipo de dispositivos não é de todo isento de riscos e constitui sem dúvida um fator adicional de risco acrescido para as IACS, mais precisamente as infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS).

Para as INCS existem causas multifatoriais e complexas, como por exemplo a presença de dispositivos vasculares, contaminação das mãos dos profissionais, contaminação da ponta do cateter no momento da sua colocação, a gravidade da situação clínica. Estas são as infeções hospitalares que mais contribuem para o aumento da mortalidade, morbidade e custos económicos associados (DGS, Norma 022/2015, de 16/12/2015).

Atualmente, preconizasse que prestação de cuidados deva ser assente em feixes de intervenção, que não são mais do que o conjunto de medidas de eficácia comprovada na prevenção da infeção e que, ao serem utilizadas em simultâneo, obtém-se o exponencial máximo de resultado.

Assim, segundo a Norma 022/2015, a DGS define feixes de intervenção quer para o momento da colocação do cateter venoso central quer para a manutenção do mesmo, onde é possível verificar que existem três medidas que são transversais à colocação e manutenção: avaliação da pessoa ter um cateter venoso central, a higiene das mãos e a técnica asséptica na execução do tratamento ao local de inserção do cateter.

Para além do anteriormente referido, é impossível não referir o cateter venoso periférico como um fator extrínseco ao aparecimento das INCS. Band e Gaynes (2018), referem que na ausência de condições de assepsia, este tipo de dispositivos deve ser trocado logo que possível e antes das 48 horas após a colocação. Assegurada a assepsia do procedimento, as evidências sugerem que não precisam de ser substituídos antes das 72 a 96 horas.

Relativamente às infeções do trato urinário, as evidências científicas demonstram que a implementação dos feixes de intervenção relativamente ao cateter vesical estão associados a uma redução significativa da infeção urinária e da utilização de cateteres vesicais (DGS, Norma 019/2015, atualizada a 30/05/2017).

Para Oliveira, Zagalo e Cavaco-Silva (2014), a entubação traqueal é um procedimento recorrente nas unidades de cuidados intensivos, garantindo a permeabilidade da via aérea

nos pessoas submetidos a ventilação mecânica invasiva. Todavia, este procedimento representa um fator de risco acrescido para o desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação (PAV), sendo esta a infecção mais frequentemente adquirida neste tipo de unidades.

Segundo a Norma 021/2015, atualizada a 30/05/2017, a PAV é, assim, responsável pelo aumento dos dias de ventilação mecânica invasiva, dos dias de internamento em cuidados intensivos, do consumo de antibióticos e da mortalidade. Assim, a norma define um conjunto de feixe de intervenção que devem ser seguidos para prevenir a PAV: a avaliação diária da necessidade de manter a ventilação mecânica invasiva, elevação da cabeceira igual ou superior a 30° sempre que a condição da pessoa o permita, realização da higiene oral com cloro-hexidina a 0,2% três por dia, manter a pressão do cuff entre os 20 a 30 centímetros de água e substituir os circuitos ventilatórios apenas quando visivelmente sujos.



## **2- Evidências das atividades realizadas**

Como já foi referido anteriormente, esta unidade curricular dividia-se na realização de dois estágios: o estágio em contexto de serviço de urgência – no HDFF e o estágio em contexto de cuidados intensivos – no serviço de medicina intensiva (SMI) do CHUC.

O serviço de urgência constituiu toda uma experiência nova e enriquecedora, não só pelo acréscimo de competências inerentes ao Mestrado, mas também por se constituir como toda uma realidade nova para mim.

O estágio em contexto de cuidados intensivos, decorreu na sua maioria no SMI A, no piso -3, serviço esse direcionado para os pessoas críticos que se encontram infetados com o SARS- coV- 2, o que de certa forma, limitou a diversidade de aprendizagens, uma vez que está muito direcionado para as pneumonias associadas ao vírus.

Todavia, o percurso não deixou de desafiador, empolgante e enriquecedor. Não posso deixar de salientar também o papel do Enfermeiro Tutor (enfermeiro que exerce há vários anos neste serviço), uma vez que o mesmo sempre se mostrou disponível para ajudar a satisfazer a minha curiosidade e até me desafiar para algumas situações que não tive oportunidade de vivenciar.

### **2.1- Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

Relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, irei descrever um pouco do meu percurso e refletir sobre o mesmo nos vários domínios.

#### **2.1.1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Ao longo dos estágios, inúmeras foram as situações em que as pessoas devido à terapêutica, as alterações do estado de consciência e/ou os procedimentos a que estão a ser sujeitos, apresentam uma capacidade de decisão comprometida, obrigando os profissionais a reger-se pelos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça segundo o modelo de Beauchamp & Childress (1999), de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Assim, muitas foram as situações em que a pessoa se encontrava mais debilitado e que, regendo-me pelos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, procurei garantir cuidados de qualidade aquela pessoa.

Durante o estágio no serviço de urgência senti que, muitos dos constrangimentos inerentes à satisfação da privacidade da pessoa quando hospitalizada, estão ainda mais acentuados neste tipo de contexto dificultando a satisfação plena dos direitos.

Foi perceptível que uma das grandes preocupações da equipa de Enfermagem é tentar assegurar ao máximo que a intimidade e privacidade das pessoas seja preservada e protegida. Assim, ao tornar-me progressivamente cada vez mais autónoma, fui-me adaptando e desenvolvendo algumas estratégias para a prestação de cuidados de forma a satisfazer estas necessidades que, de igual forma com a equipa, considero tão importantes – a privacidade e intimidade. Socorrendo-me das cortinas ou de uma sala que estivesse vazia, prestei os mais diversificados cuidados, desde uma simples colheita de sangue até à realização da higiene à pessoa, contribuindo desta forma para a preservação da privacidade e dignidade da pessoa que, devido à própria condição, já está tão fragilizada.

Durante o estágio, foi perceptível não só pela observação dos enfermeiros como também por momentos de partilha que foram surgindo, que a equipa está sensível aos aspetos mencionados anteriormente, desencadeando fortes conflitos éticos e legais na equipa de Enfermagem. Assim, estes procuram constantemente colmatar estas lacunas, garantindo a igualdade dos cuidados prestados e, sempre que possível, a obtenção do consentimento informado, mas que devido às condições físicas e, muitas vezes, ao número de enfermeiros nem sempre é possível cumprir.

No decorrer do estágio, como já vem a ser minha prática enquanto profissional, procuro pautar a minha atuação pela informação da pessoa antes de qualquer intervenção, uma vez que considero de extrema importância a possibilidade (esclarecida e informada) que a pessoa tem de recusar qualquer procedimento ou intervenção, mas situação que na maior parte das vezes vem é facilitar na colaboração da pessoa durante o procedimento.

A unidade da SMI é uma unidade ampla, que acarreta vantagens e desvantagens na prestação dos cuidados. O “*open space*” permite-nos uma vigilância constante da pessoa em si e não só do que está a ser monitorizado, contudo dificulta a manutenção da privacidade da pessoa. Todavia, durante o decorrer do estágio, facilmente é perceptível que essa é também uma das preocupações da equipa e foi facilmente colmatado pelo uso imperativo de biombos para a prestação de cuidados e o não “desnudar” a pessoa despropositadamente.

Relativamente à confidencialidade dos cuidados prestados, quer num serviço que noutro, esta é mantida de forma inequívoca, uma vez que registos da pessoa são realizados em plataforma informática na qual o acesso é feito mediante utilização de um utilizador e respetiva password, não existindo qualquer registo identificativo em papel destas pessoas.

Como já é prática corrente no meu dia a dia enquanto profissional, ao longo dos estágios, aquando da abordagem à pessoa, identifiquei-me, verifiquei a identificação da pessoa e informei-o dos cuidados e intervenções de enfermagem que tinha planeadas, procurando obter o seu consentimento para a realização das mesmas. Na SMI, uma vez que a maioria das pessoas estavam sedo-analgesiados e, portanto, incapacitados de dar o seu consentimento, realizei toda e qualquer tarefa em função dos princípios da Bioética assegurando-me sempre da identificação da pessoa.

### **2.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Esta é sem dúvida uma competência muito abrangente. Todos os objetivos que eu tenha delineado para a aquisição de competências acrescidas acabam por ter sempre como finalidade a aquisição do domínio desta competência, uma vez que estes todos eles têm como objetivo comum a manutenção de um ambiente terapêutico seguro e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio, procurei atingir os diversos segmentos que compõem este domínio: a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de enfermagem.

Durante a prática, com a finalidade de atingir a melhoria continua dos cuidados, recorri a uma reflexão crítica constante, muitas vezes partilhada com os Enfermeiros Tutores, no sentido da prestação de cuidados assentes na qualidade e segurança, assegurando atividades tais como:

- avaliar de forma correta a pessoa, sob a metodologia ABCDE (A- via aérea; B- respiração; C- circulação; D- avaliação neurológica; E – exposição), por forma a executar uma avaliação correta e sistemática da pessoa, elaborar um plano de cuidados adequado, prescrevendo as intervenções direcionadas às necessidades daquela pessoa e, conseqüentemente, fazendo a sua avaliação. Esta avaliação e reavaliação constante assume um papel ainda mais fundamental em pessoas que dão entrada no serviço de urgência e nos pessoas internados em unidades de cuidados intensivos, devido às disfunções de órgão que as pessoas (podem)

apresentam e que se vão repercutir na estabilidade hemodinâmica dos mesmos. Sendo através desta vigilância constante e conseqüente atualização do plano de cuidados e em parceria com a equipa multiprofissional que se consegue assegurar a excelência dos cuidados.

- identificação correta da pessoa, intervenção que ganha especial importância no sentido da prestação de cuidados de enfermagem seguros nestes dois tipos de contexto. Relativamente ao SU, temos a agravante que a maior parte das pessoas se encontram em maca ou cadeira de rodas (ou até mesmo sentados numa cadeira), mas que facilmente mudam ou são mudados de local, o que exige uma atenção redobrada na identificação correta da pessoa quer seja para a administração de uma medicação quer na realização de qualquer outro tipo de procedimento.
- relativamente à segurança na administração medicamentosa, é sem dúvida uma das situações que requer um enorme cuidado, atenção e comunicação entre os enfermeiros neste tipo de unidades. Segundo a Norma 014/2015, existe um elevado potencial de erro no processo da gestão de medicação devido ao elevado número de medicamentos que a pessoa faz durante o internamento, bem como devido ao elevado número de profissionais envolvidos neste processo. A DGS admite que este processo de gestão da terapêutica é um processo altamente complexo, que passa por inúmeras fases desde a sua aquisição até à sua administração. Relativamente ao estágio na SMI, uma vez que estamos numa unidade de cuidados intensivos dedicada a pessoas infetados com SARS- coV-2, toda a logística da preparação de medicação é muito diferente daquela que vivenciamos nos restantes serviços. O serviço tem uma farmácia onde permanece um enfermeiro com essa função, que prepara atempadamente toda a medicação para as pessoas que estão internados e que a vai facultando aos enfermeiros responsáveis pelos mesmos. A medicação vem sempre com uma etiqueta de identificação com o nome da pessoa, número da cama, nome da terapêutica, a dosagem, a data, a hora e via de administração. Isto permitiu-me garantir que a terapêutica preparada pelo enfermeiro que se encontra na farmácia é exatamente a que está prescrita, passando à a sua administração em segurança. Ainda relativamente à medicação, é de extrema importância nas situações de mediação em perfusão contínua, fazer a avaliação dos volumes e assegurar que nenhuma medicação termina sem antes já termos outra preparada, especialmente se nos referirmos a terapêutica vasopressora, analgésica e sedativa, cuidado para o qual já me encontrava sensibilizada e que cumpri.

- avaliar o risco de úlceras por pressão e o risco de queda, tal como vem descrito nas Normas 017/2011 e 008/2019 recorrendo à utilização da Escala de Braden e da Escala de Morse respetivamente, de modo a implementar intervenções de acordo com o grau de risco que a pessoa apresenta. É importante salientar que o doente de cuidados intensivos é uma pessoa que apresenta um risco nutricional elevado, aumentando drasticamente o risco do aparecimento de úlceras por pressão, sendo fundamental a intervenção dos enfermeiros quer pela preocupação relativa à nutrição (o serviço apresenta um protocolo relativamente à nutrição entérica que eu tive oportunidade de seguir) quer pela preocupação com a alternância dos posicionamentos que é adequada a cada pessoa. Já relativamente à pessoa que se encontra em SU, a preocupação na execução de medidas preventivas da queda foram uma constante, uma vez que nem sempre todos os profissionais que movem as macas e as cadeiras de rodas estão alerta para a importância de travar as mesmas no fim de as manipular e também de baixar, em altura, a maca o mais possível.
- Minimizar os riscos associados às IACS fazendo uma correta higienização das mãos, utilizando corretamente o equipamento de proteção individual, seguindo os feixes de intervenções para prevenção da infeção associada ao uso do cateter vesical, para a prevenção da infeção associada ao uso de cateter venoso central e para a prevenção da pneumonia associada à entubação.
- identificar práticas de risco, promovendo um ambiente seguro.
- alicerçar a minha prática nos conhecimentos adquiridos nas aulas e na bibliografia que tem por base a mais recente evidência, de modo a desenvolver aptidões a nível da prestação de cuidados à pessoa em cuidados intensivos e em SU e assim assegurar a segurança e qualidade dos mesmos.

Durante a realização do estágio na SMI, tive oportunidade de aumentar os meus conhecimentos e competências numa técnica muito utilizada na medicina intensiva – Técnica de Substituição Renal Contínua (TSRC), através da frequência de uma formação interna. As TSRC são técnicas conhecidas por diálise contínua lenta que permitem um tratamento lento e contínuo da falência renal em pessoas críticas que apresentem instabilidade hemodinâmica. É utilizado um monitor que bombeia o sangue da pessoa através de um circuito extracorporeal composto por um filtro semipermeável, onde se realiza a eliminação de fluidos e/ou a depuração de solutos e resíduos. As TSRC permitem várias modalidades de tratamento, sendo a Hemodiafiltração Venovenosa Contínua a mais utilizada no SMI. Esta formação permitiu-me ficar desperta e olhar para estas pessoas segundo uma “tríade – AvMA (Acesso Venoso, Monitor e Anticoagulação)”, por forma a uma melhor sistematização dos cuidados de

enfermagem a prestar. Embora, durante o estágio nunca tivesse surgido a oportunidade de cuidar de uma pessoa sob este tipo de técnica, fiquei com conhecimentos mais sólidos sobre as principais complicações associadas às TSRC e sobre a importância da assepsia no manuseamento do acesso vascular, cuidados esses, transversais a outros procedimentos como irei abordar posteriormente. Relativamente às complicações, estas podem dividir-se em dois focos – o acesso vascular e o tratamento. Assim, relativamente ao acesso vascular temos complicações como hemorragia, septicémia, bacteriemia, trombose do vaso e hematoma; relativamente ao tratamento, temos de estar despertos para a coagulação do filtro, falha técnica e as alterações (hematológicas, metabólicas e eletrolíticas) induzidas à pessoa, bem como a hipotermia.

Relativamente ao estágio no SU, após discutirmos diversos temas com as enfermeiras tutoras, eu e o meu colega de estágio propusemos à Enfermeira Chefe a realização de dois procedimentos para uniformização das práticas por parte da equipa de enfermagem: “Cuidados de Enfermagem na Administração de Hemoderivados” (anexo I) e “Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar” (anexo II).

### **2.1.3- Domínio da gestão de cuidados**

A gestão de cuidados não engloba apenas o planeamento dos cuidados a prestar à Pessoa, mas também a gestão de todo material que necessito para a prestação dos mesmos, tendo sempre presente a segurança dos cuidados, mas também associar um espírito crítico sobre a gestão de materiais e os custos económicos associados à má utilização dos mesmos.

No decorrer dos estágios, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados de excelência e a melhoria contínua da qualidade, colaborei na prestação de cuidados preventivos nomeadamente: prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, utilização de medidas preventivas de infeção associadas aos cuidados de saúde, entre outros.

Quando falamos em qualidade de cuidados é importante salientar que intrinsecamente está ligada ao ambiente da prática, tornando-se inquestionável que um ambiente saudável é um ambiente que maximiza a saúde e o bem-estar dos colaboradores, resultando num melhor desempenho profissional.

De salientar também, segundo a OE (2015), uma prática de Enfermagem requer respeito pelos costumes, valores e religião das pessoas, bem como todo o descrito no código deontológico. Desta forma, e sendo já uma prática habitual em mim enquanto profissional, considero de extrema importância a individualização dos cuidados para corresponder à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, bons cuidados significam coisas

diferentes para diferentes pessoas, requerendo do Enfermeiro sensibilidade para lidar com essas diferenças.

Na gestão dos cuidados tive sempre como foco central a pessoa, centrando os cuidados na pessoa, nas suas necessidades e capacidades, maximizando sempre a capacidade, mesmo que pequena, que a pessoa apresente.

Para uma boa continuidade dos cuidados, procurei assumir uma comunicação eficaz na transmissão da informação, sistematiza-la segundo o ABCDE e transmiti-la de forma sucinta, facilitando assim a continuidade de cuidados por parte do colega que nos iria substituir.

A experiência detém um lugar muito importante e quando acompanhada de aprendizagem e o aperfeiçoamento constantes torna-se fundamental quer no SU quer no SMI, uma vez que nos deixam mais despertos e com uma maior perspicácia na antecipação de complicações, aumentando a segurança nos cuidados. É de salientar que no decorrer do estágio, para além de todo o conhecimento adquirei ao longo das aulas, senti imensa necessidade de pesquisar para melhor fundamentar as minhas intervenções, repercutindo-se numa melhor prestação e gestão dos cuidados.

Relativamente ao estágio em contexto de cuidados intensivos, várias foram as situações que me levaram a desenvolver a capacidade de gestão de cuidados, nomeadamente a preparação de uma unidade de internamento aquando da admissão de uma pessoa. Em duas situações diferentes, embora não fosse uma pessoa para o meu Enfermeiro Tutor receber, pude preparar e refletir sobre este processo. A forma mais fácil e sistematizada para a preparação de uma unidade num contexto de cuidados intensivos, é fazê-lo pensando na avaliação da pessoa segundo o ABCDE e ir confirmando se temos todo o material que a pessoa irá precisar para estar monitorizada e para lhe serem prestados os cuidados planeados de acordo com essas necessidades, bem como aqueles que podem advir resultado de alguma complicação (por exemplo, todas as unidades estão equipadas com um ambú).

Outra das situações que me levou a perceber a complexidade e a importância da gestão dos cuidados prendeu-se com a ida à imagiologia para realizar um exame auxiliar de diagnóstico de uma pessoa do SMI do piso -1, que estava sob *Extracorporal Membrane Oxigenation* (ECMO). Basicamente, este é um transporte intra-hospitalar de uma pessoa em estado crítico, onde tenho de lhe oferecer no mínimo uma monitorização e cuidados igual à que ele tem dentro da unidade. Assim, esta deslocação exigiu todo um planeamento de profissionais que iam acompanhar a pessoa, o horário em que ia acontecer, bem como todo o material que tínhamos de levar. O planeamento relativo ao horário, dado ser um exame programado, foi todo combinado no dia anterior, bem como a necessidade do acréscimo de

profissionais (mais um enfermeiro e o perfusionista). Durante o transporte, a pessoa foi acompanhada por dois enfermeiros (o enfermeiro responsável por ela e um enfermeiro da equipa de ECMO), dois médicos (um intensivista e um interno), um perfusionista, um assistente operacional e por mim. Relativamente ao material, para além de todas as bombas perfusoras e seringas infusoras, a máquina de ECMO, ventilador e material de monitorização, preparei o ambú, a mala de transporte (que tem todo o material e fármacos que poderão ser necessários numa situação de emergência), verifiquei se a botija de oxigénio da ECMO estava cheia e preparei uma outra nova para ligar o ventilador, verifiquei se toda a medicação que se encontrava em perfusão tinha volumes suficientes para assegurar a ida ao exame e o regresso. Foi sem dúvida uma situação de grande complexidade que exige uma enorme concentração, gestão e articulação entre os vários profissionais.

Relativamente, ao papel específico do Enfermeiro Coordenador, a OE (2011), defende que este deve ser detentor de um conjunto de competências que lhe permitam uma gestão dos recursos e dos cuidados de forma rápida e eficaz adequada à complexidade do contexto de prática clínica e à especificidade da pessoa em situação crítica, desenvolvendo um processo de tomada de decisão efetiva e de elevada qualidade. Este elemento deve adaptar a liderança às situações e ao contexto visando a otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional em prol da melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, segundo o que eu pude constatar durante os estágios, o enfermeiro coordenador tem a capacidade de supervisionar com elevado nível de conhecimento científico o desempenho da equipa, sendo sempre promotor de um ambiente terapêutico seguro. Este elemento deve também elencar à sua competência profissional os conhecimentos, habilidades e atitudes, que o constituem como líder e uma referência para os pares.

#### **2.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Durante este percurso, muitas foram as situações e acontecimentos que mereceram uma reflexão crítica e também a partilha de experiências e conhecimentos com os Enfermeiros Tutores.

Relativamente ao desenvolvimento das minhas aprendizagens nos estágios, reconheço ter sido um percurso exigente e enriquecedor. Tendo em conta a novidade do SU e a complexidade das pessoas e dos cuidados prestados nesta unidade, o estágio exigiu-me uma constante procura do conhecimento de modo a fundamentar a minha prática.

Relativamente ao estágio que decorreu no SMI, segundo a minha perspetiva, este foi muito além do que pude observar, aprender e fazer. Foi uma partilha constante de conhecimentos que se iniciava na situação que estávamos a presenciar/participar/preparar, mas que se alongava com a partilha (de ambas as partes e até com outros Enfermeiros) de tantas outras situações já vivenciadas. A vivência deste estágio bem como esta partilha de experiências anteriores, conhecimentos e a troca de impressões foram uma constante que contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional, e que resultou também no desenvolvimento de algumas aprendizagens que me eram praticamente desconhecidas e de tantas outras que tenho imenso interesse a partilhar no local onde neste momento exerço funções.

A monitorização de funções vitais é uma das mais importantes e essenciais ferramentas quando falamos em pessoas críticas em unidades de cuidados intensivos. Este tipo de monitorização permite-nos detetar e analisar uma grande variedade de sinais fisiológicos através de diferentes técnicas, invasivas e não invasivas.

A monitorização hemodinâmica invasiva é uma constante na pessoa internada no SMI e exige do enfermeiro conhecimentos vastos. Para Silva et al., (2019) monitorização hemodinâmica refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia das intervenções. No entanto, é de extrema importância referir que qualquer monitorização deixa de ser totalmente fidedigna se a ela não for adicionada uma avaliação precisa e rigorosa da pessoa, atingindo o Enfermeiro um papel chave nesta relação uma vez que é o “profissional que está vinte e quatro horas por dia à cabeceira da pessoa”. Assim, não deixando de admitir que o facto de termos um pessoa monitorizado de forma contante (e invasiva), dará algum conforto e segurança ao Enfermeiro, a pessoa vai muito para além de números e o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados vão muito além do que aparece num monitor.

Durante o estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com linha arterial, resultando numa monitorização da pressão arterial invasiva e a traduzem em forma de onda no monitor cardíaco. Os cuidados com o cateter arterial e os cuidados executados ao local de inserção deste cateter seguem os mesmos feixes de intervenção na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central. Práticas que desenvolvi com regularidade durante o estágio.

É importante salientar que o pessoa crítico, com monitorização invasiva, fica exposto a riscos, tais como a embolia gasosa, a hemorragia ou compromisso hemodinâmico decorrente da introdução do cateter (como corpo estranho) ou do seu posicionamento

incorreto/migração e risco elevadíssimo de infecção associado a todos estes tipos de dispositivos.

Perante a realidade do risco de infecção, é fundamental que o enfermeiro utilize técnica asséptica em vários momentos, especialmente no que se refere aos cateteres vasculares e pesquise/avalie os sinais inflamatórios nos locais de inserção dos mesmos.

A ventilação mecânica (VM) consiste num método de suporte respiratório para o tratamento de pessoas com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, substituindo total ou parcialmente a ventilação espontânea, com a finalidade de proporcionar a adequada troca gasosa, reduzir o trabalho da musculatura respiratória e diminuir o consumo energético (Melo, Almeida e Oliveira, 2014).

Existem várias modalidades ventilatórias e, embora decidir qual a modalidade a que a pessoa vai ser submetida seja uma decisão médica, conhecer e compreende-las, permite-nos antecipar algumas das complicações associadas a cada tipo de ventilação. Sendo os modos ventilatórios vulgarmente mais utilizados a Pressão Regulada Volume Controlado, a Pressão Controlada, o Volume Controlado e a Pressão de Suporte onde a pessoa tem que ter capacidade de ventilação espontânea.

O enfermeiro assume um papel fundamental na vigilância da adaptação da pessoa ao ventilador, processo fundamental para uma ventilação eficaz e eficiente, sendo esta avaliação complementada pelas gasometrias que os médicos fazem com regularidade e as quais partilham com o Enfermeiro, o que nos permite saber como está a pessoa, como estão as trocas gasosas, a evolução favorável ou o agravamento da situação clínica.

Esta condição embora extrema e necessária, acarreta complicações variadas como risco de pneumotórax, hipotensão, pneumonia associada à intubação.

Durante o estágio no SU, tive oportunidade de experienciar o papel do Enfermeiro na triagem e sala de tratamentos, apercebendo-me que a afluência é superior à imaginada por mim dado que estamos num hospital distrital, bem como a diversidade de situações que levam as pessoas a recorrer ao SU. Desta forma, foi também perceptível o quão fundamental é o profissional que se encontra neste posto ter a experiência suficiente em cuidados de urgência/emergência, bem como uma capacidade para comunicar eficazmente de forma a compreender e fazer-se compreender e, também, para agilizar situações de maior tensão com a pessoa e seus familiares.

Durante esta experiência foi notável, a importância da adequada avaliação da dor. Segundo a definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor, dor é uma sensação desagradável, com experiência emocional associada, podendo ter associado um dano tecidual real ou potencial (Sonneborn e Williams, 2020).

No contexto do SU, torna-se um verdadeiro desafio esta avaliação, pois a atribuição do score de dor, muitas vezes, determina que o atendimento seja priorizado em termos de fluxograma.

A descrição verbal da dor é apenas um de vários comportamentos nos quais pode ser transmitida a sensação ou ausência de dor. Através da observação da pessoa: caretas, agitação psicomotora, imobilização do corpo (ou uma parte em específico) e a avaliação de alterações hemodinâmicas como hipertensão ou taquicardia, podem dar-nos importantes informações sobre se a pessoa está ou não confortável. Assim, é de salientar o papel preponderante do Enfermeiro com competências acrescidas na avaliação da dor, estando este mais habilitado e dotado de competências para definir, gerir e supervisionar esta área.

Considero de extrema importância o controlo da dor e gestão da analgesia. Utilizando as palavras de Pinho, Carneiro, Alves, Nunes e Duarte (2016) como ponto de partida, reconhecemos que, todos os pessoas críticos estão suscetíveis à dor e a sua gestão representa um desafio universal. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor da pessoa em situação crítica embora estejam conscientes da vulnerabilidade destas pessoas perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos. Estas pessoas, devido à sua situação de saúde e/ou outras barreiras à comunicação, encontram-se muitas vezes impedidos de comunicar verbalmente, sendo premente que o Enfermeiro consiga identificar e tratar atempadamente os focos de dor.

Assim, relativamente à pessoa internada no SMI, considero a avaliação da dor como algo desafiador dada a condição clínica em que se encontram a maioria das pessoas. Assim, neste serviço, para a avaliação da dor em pessoas entubados (hetero-avaliação) utiliza-se a escala BPS (Behavioral Pain Scale), onde se avaliam três itens: expressão facial, tónus dos membros superiores e adaptação ao ventilador e se o resultado na pontuação for  $\geq 4$  pontos, significa que a pessoa tem dor ou está desconfortável. O objetivo é sempre um valor inferior a 4 e, portanto, quando o valor é superior ou se administra medicação que está em SOS ou segue-se o protocolo de analgesia e ajusta-se até se conseguir o valor inferior a 4, no caso da pessoa com uma perfusão de fentanil ou remifentanil,

Esta monitorização e a sua gestão de forma correta é crucial neste tipo de unidade onde a pessoa para além do incidente que a levou ali, está sujeita a um sem número de procedimentos dolorosos e que, caso tenha dor, pode acarretar alterações hemodinâmicas indesejáveis.

Relativamente à pessoa entubada, desenvolvi conhecimentos na aplicação da escala de agitação e sedação de Richmond (RASS) que varia num score de -5 (pessoa incapaz de ser desperto) a 4 (pessoa agressiva e violenta). O espetável para a escala de RASS é a pessoa se situar entre o -1 e o 1 (que vai do sonolento ao inquieto). Após a avaliação, segue-

se o protocolo que nos permite aumentar ou diminuir o propofol e o midazolam, por forma a mantermos a pessoa o menos sedada possível.

É importante estarmos atentos para um dos fenómenos que muitas destas pessoas experienciam - o *delirium*. Este não é mais do que uma disfunção cerebral aguda, caracterizada por alterações do estado de consciência transitórias e flutuantes, acompanhadas de compromisso cognitivo, que afeta frequentemente os pessoas internados em unidades de cuidados intensivos. O *delirium* é alvo da nossa atenção pois ele é um preditor de intercorrências e de mau prognóstico, nomeadamente: autoextubação, remoção de cateteres, tempo de internamento hospitalar prolongado e conseqüente aumento dos custos (Faria e Moreno, 2013).

Assim, durante o estágio, tive oportunidade de desenvolver conhecimentos e aplicar a escala Confusion Assessment Method-ICU (CAM-ICU). Caso a pessoa apresente *delirium*, são aplicadas medidas farmacológicas ou não farmacológicas com a finalidade de diminuir a ansiedade e instabilidade provocada por esta condição.

No decorrer do estágio do SMI, foi-se tornando cada vez mais notória a importância de fazer o controlo das três escalas anteriormente referidas, uma vez que o correto controlo da dor e do *delirium* e a pessoa devidamente sedado é fundamental para manter o pessoa tranquilo e, conseqüentemente, adaptado ao ventilador, aumentando a drasticamente a segurança dos cuidados.

Um dos maiores desafios que vivi no estágio do SMI, foi quando no primeiro dia de estágio, o meu enfermeiro tutor ficou responsável por um pessoa sob terapia de ECMO. Embora, dada a conjectura atual que se vive (devido à pandemia), todos teremos ouvido falar imenso sobre ECMO no último ano, não era de todo uma técnica que eu dominasse, admitindo mesmo que sabia muito pouco sobre ela. Também tenho de admitir desde já que embora o enfermeiro tutor (que faz parte da equipa de ECMO) tenha demonstrado toda a disponibilidade para me esclarecer as dúvidas e eu tenha dedicado muito tempo à pesquisa e leitura sobre esta técnica, ECMO é de facto um mundo e seria de todo impossível em nove semanas ter a pretensão de querer dominar um tema como este.

Contudo, eu precisava e queria muito poder perceber um pouco mais sobre a técnica e em especial os cuidados de enfermagem a uma pessoa submetida a uma técnica destas.

A ECMO constitui-se como uma técnica de suporte de vida extracorporeal, internacionalmente consagrada pela Extracorporeal Life Support (ELSO), tendo emergido da tecnologia inerente ao bypass cardiopulmonar. Com esta técnica consegue-se um suporte cardiopulmonar temporário que permite que o coração e/ou o pulmão recuperem de uma situação reversível perante o insucesso dos tratamentos convencionais (ELSO, 2017).

Esta técnica pode ser utilizada em pessoas com falência respiratória aguda como Extracorporeal Membrane Oxigenation – Veno-Venoso, assim como, na falência cardíaca aguda como Extracorporeal Membrane Oxigenation – Veno-Arterial (ECMO VA).

Segundo ELSO (2013), a modalidade ECMO VA é utilizada na falência cardíaca ou na falência cardio e pulmonar. O sangue é drenado a partir da circulação venosa sendo posteriormente devolvido à circulação arterial, ocorrendo em paralelo a função cardíaca e pulmonar, assegurando assim o suporte de um ou ambos os órgãos e conferindo um suporte hemodinâmico direto.

Durante a prestação de cuidados, realizei a monitorização não invasiva das funções cardiorrespiratórias, sendo essencial avaliar se a ventilação, a perfusão periférica, a oxigenação, a frequência cardíaca e a pressão arterial são adequadas. É importante salientar que neste tipo de pessoas, segundo Mossadegh e Combes (2017), o objetivo numa pessoa com suporte de ECMO é manter a pressão arterial média entre 65 e 80 mmHg em adultos, com a finalidade de proporcionar pouca atividade ao coração e pulmão mantendo a pré-carga adequada para que se consiga reduzir e/ou suspender os inotrópicos precocemente. A linha arterial deve ser colocada no membro superior direito dado traduzir de forma mais fidedigna a disponibilidade de oxigénio para o cérebro e para o miocárdio.

Relativamente à oximetria de pulso, Quintas (2015) defende que ao sabermos que a maior parte do oxigénio que é transportado no sangue se encontra ligado à hemoglobina, uma saturação acima de 90% é satisfatória do ponto de vista do fornecimento de oxigénio aos tecidos, desde que a hemoglobina e o débito cardíaco estejam adequados. Cabe ao enfermeiro a vigilância deste parâmetro, bem como assegurar que o consegue relacionar com todos os outros parâmetros e com o próprio pessoa em si.

Outra das funções do enfermeiro é o controlo da temperatura nestas pessoas, que preferencialmente deve ser central através de uma sonda vesical com dispositivo de temperatura, uma vez que circula uma enorme quantidade de sangue no circuito extracorpóreo deixando a pessoa suscetível à hipotermia. De salientar também que a importância da monitorização da temperatura prende-se com o minimizar ou mesmo evitar complicações nomeadamente alterações dos parâmetros de coagulação e consequentemente aumento da resistência vascular sistémica, aumento do consumo metabólico de oxigénio.

O Índice Bispectral (BIS) é monitorizado e é uma escala numérica que decresce de 100 a 0, sendo que uma pontuação de 90 a 100 correlaciona-se com um estado de vigília, pontuações de 70 para 80 indica sedação, escores de 60 a 70 sedação profunda, e escores de 40 a 60 estão presentes na anestesia geral (Nunes, et al. 2012). Foi importante para mim perceber que numa fase inicial as pessoas submetidas a ECMO necessitam de elevado nível de sedação, com a finalidade de diminuir consumo de oxigénio. Consequentemente,

melhorava-se a oxigenação global promovendo uma ventilação protetora e conseqüentemente prevenindo a lesão induzida pela ventilação (Sangalli, Patroniti e Pesenti, 2014). Contudo, a membrana extracorpórea vai retendo fármacos, o que altera a farmacocinética e farmacodinâmica de analgésicos e sedativos, como propofol, midazolam ou opioides. Assim, o BIS surge nestas pessoas para um melhor ajuste das doses de sedativos e analgésicos para obter uma sedação e conforto adequados à pessoa (Mossadegh e Combes, 2017; Sangalli et al., 2014).

Tal como na TSRC, na abordagem a este tipo de pessoas é facultada pela utilização da tríade de AvMA. Estas pessoas têm acessos vasculares de grande calibre que exigem uma vigilância apertada e um cuidado extremo na manipulação da pessoa. Daí, que sempre que a equipa chegava à decisão de pronar/despronar uma pessoa em ECMO, para além dos cinco elementos fundamentais para executar o posicionamento, o perfusionista tinha de estar sempre presente. Numa das situações em que despronávamos uma pessoa em ECMO, percebemos que havia bolhas de ar no sistema extracorpóreo, situação em que colaborei de imediato com a colocação das pinças clampe para percebermos o que teria acontecido. Segundo o que foi percebido pela equipa multiprofissional aquelas bolhas de ar tinham surgido da própria pressão dentro dos tubos que possivelmente ficaram ligeiramente clampados quando rodávamos a pessoa. Era, portanto, seguro desclampar o sistema e prosseguir com a técnica.

A pessoa em situação crítica *per si* já apresenta um risco elevadíssimo de desenvolvimento de lesões oftálmicas, uma vez que vê os seus mecanismos protetores do olho afetados e devido à exposição ao ambiente e aos agentes patogénicos do meio envolvente. A alteração do estado de consciência, o uso de sedação e relaxantes musculares, imunossupressores, ou as alterações metabólicas, entre outros são todos fatores que contribuem para o anormal funcionamento dos mecanismos protetores do olho (pestanear e lacrimejar). Assim, os cuidados oftálmicos ao pessoa crítico tornam-se, portanto, cruciais para a prevenção de lesões da córnea.

Durante o estágio, refleti algumas vezes com o enfermeiro tutor sobre esta situação, em particular na pessoa que se encontram em posição prone sem proteção ocular. Tive como prática corrente seguir o procedimento dos cuidados oftálmicos para prevenção da úlcera da córnea na pessoa em estado crítico.

Tendo em conta os objetivos a que me propus nos projetos de estágios no que diz respeito às aprendizagens, estes foram estágios bastante ricos, tendo superado as minhas expectativas. Acredito que consegui atingir este domínio de competência, com a certeza que todos os dias contactarei com algo novo que me despertará o interesse de ter a melhor fundamentação e refletir continuamente pois só assim caminharemos no sentido da perícia e da excelência do cuidar.

## 2.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

De seguida, irei fazer referência às atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas:

### **2.2.1- Prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Como já referido anteriormente, segundo o regulamento nº 124/2011, a pessoa em situação crítica é aquela cuja a vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Assim, esta pessoa necessita de cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, dando reposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Desta forma, planeei as intervenções, executei-as e avaliei-as, com a melhor qualidade possível, em tempo útil e de forma autónoma. Procurei garantir o conhecimento da existência de protocolos terapêuticos e a sua interpretação, por forma a dar resposta de forma eficaz e eficiente às necessidades da pessoa, otimizando a resposta em situação de maior instabilidade hemodinâmica.

Segundo Sequeira (2016), a comunicação é fundamental constituindo-se como a base na relação de ajuda. É esta que permite que a confiança entre o Enfermeiro e a pessoa se instale e que trará consequências muito positivas na qualidade de vida da pessoa durante o internamento. A relação de ajuda permite ao enfermeiro otimizar as condições para que a pessoa satisfaça as suas necessidades o mais autonomamente possível.

Quer no SU quer no SMI, a transmissão de más notícias é frequente. Sequeira (2016), entende como má notícia qualquer informação obtida que envolve uma modificação drástica no recetor na mensagem. Assim, a transmissão de más notícias exige um trabalho treino e um trabalho interior enorme. Exige do enfermeiro não só uma excelente capacidade para comunicar, como também deter uma boa capacidade empática, situação que vai contribuir para a sensibilidade com que se transite a informação.

É notório que o fato das visitas estarem suspensas naquele SMI é um fator de grande ansiedade não só para a pessoa como também para a família. Assim, numa tentativa de colmatar esta situação, é uma preocupação constante da equipa de enfermagem facultar o

número direto da unidade aos familiares o mais rapidamente possível. Assim, tal como pude observar aquando da admissão de um jovem de 37 anos, consciente e orientado, após a acomodação do mesmo na unidade respetiva e estar assegurada a qualidade dos cuidados e a segurança do pessoa, foi preocupação da equipa de Enfermagem ligar para a esposa do pessoa na tentativa de podermos diminuir a ansiedade do mesmo (que estava preocupado com o facto da esposa também estar pessoa em casa) e também prestar algum apoio à esposa facultando-lhe informação sobre o estado de saúde e número direto da unidade. Tão importante como tudo isto ou ainda mais, foi potenciada uma videochamada no imediato entre os dois. Situações que foi notória na diminuição da ansiedade dos dois.

Verifiquei, efetivamente, que existe uma enorme preocupação quer da equipa de Enfermagem quer da equipa médica tentar minimizar esta consequência que adveio da pandemia – a suspensão das visitas. Assim, quer uma equipa quer outra, têm uma preocupação extrema em manter o familiar de referência atualizado sobre as alterações que vão existindo.

Ainda relativamente à transmissão de más notícias, deu entrada no SU um homem de 50 anos de idade, em paragem cardio-respiratório, trazido pela viatura de emergência médica. A vítima foi de imediato transportada para a sala de emergência e mantidas a as manobras de suporte avançado de vida, contudo pouco tempo depois, dado as co-morbilidades da vítima e o tempo decorrido desde o início da PCR, o médico de serviço declarou o óbito.

Foi de consenso geral encaminhar o filho que se encontrava no exterior da unidade para um gabinete resguardado para lhe ser transmitida a notícia. Inicialmente, tentou-se perceber se estava acompanhado, o que é que ele já sabia sobre a situação do pai (visto trabalhar no mesmo local) e o que ele imaginava que daí ia resultar. É sem dúvida um momento de tensão e para o qual é necessário conseguir estabelecer empatia dada a gravidade da notícia que se vai transmitir. Para além de toda a empatia demonstrada durante esta comunicação, o papel da minha Enfermeira Tutora não se resumiu a isso e, dado que o filho referiu algumas vezes que não ia ser capaz de transmitir essa informação à mãe. Assim, a notícia foi transmitida à esposa pela Enfermeira.

### **2.2.2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;**

No âmbito do acréscimo de competências do Enfermeiro na área da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em situação crítica, está definido pela OE (2018) que Enfermeiro Especialista deve ser capaz de cuidar da pessoa em situações de

emergência, exceção e catástrofe; deve conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planeia resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Qualquer plano, para as situações anteriormente descritas, deve ser planeado de forma sistematizada e organizada, deve prever os fatores potenciadores de desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, garantindo a simplicidade e eficácia dos procedimentos. Assim, sublinha-se que todos os profissionais de saúde são tidos como cruciais e devem conhecer, antecipadamente, a função estabelecida (DGS, 2010).

Relativamente ao período de estágio no SU, não existiu nenhuma situação de catástrofe ou situação multivítimas. Contudo, dada a conjectura pandémica atual, quase que podia dizer que esta situação levou a uma adaptação do serviço, nomeadamente exigindo deste uma prontidão de resposta quer dos recursos humanos quer materiais. Assim, este SU, viu também a sua estrutura a ser constantemente posta à prova. Sofreu uma reestruturação física, criando um SU específico para a área respiratória e a equipa teve de ser também ela reestruturada para dar resposta aos dois serviços, exigindo dos novos profissionais se integrassem rapidamente e dos profissionais que já compunham a equipa uma adaptação a todo este novo contexto.

Dado tratar-se de um SU, tive oportunidade de, por várias vezes, refletir com a Enfermeira Tutora sobre a importância da prontidão da equipa e do serviço para responder a uma catástrofe ou situação multivítimas. Devido a esta importância de tudo estar pronto “quando menos se espera”, o SU tem uma sala de emergência, equipada com duas boxes: cada box está dotada de um desfibrilhador, um monitor cardíaco, um ventilador, rampas de oxigénio, de aspiração e de ar comprimido, uma seringa perfusora e uma bomba perfusora, um aquecedor de soros e um carro de acesso à via aérea. A restante sala está ainda equipada com doppler fetal, mala e seringa perfusora específicas para as situações em que seja necessária fibrinólise, armários onde se encontram todo o material de apoio, tal como: medicação, material para colheita de espécimes para análise, cateterismo periférico e central, cateterismo vesical, colocação de drenos, material de proteção individual, entre outros. Esta sala pode receber as pessoas vindas do exterior como também pode ser usada para situações de agravamento súbito ou para a realização de procedimentos, como por exemplo a cardioversão. Esta sala fica localizada sensivelmente a meio do serviço, o que de facto me levou a refletir com a enfermeira tutora sobre a importância, na minha opinião, de ter um acesso direto a partir da rua.

Esta sala fica sempre à responsabilidade do enfermeiro responsável de turno. Uma vez que a minha enfermeira tutora ficava maioritariamente como responsável de turno, permiti-me ter um papel cada vez mais autónomo na verificação da *check list* desta sala, repondo sempre que necessário o material em falta, por forma a assegurar a sua operacionalidade a qualquer altura. Após reflexão com outro colega de estágio, percebemos que poderíamos otimizar esta *check list*, introduzindo o material que ainda não constava dela e também tornando-a mais intuitiva e funcional (anexo III).

Relativamente a esta competência, refleti também junto do enfermeiro tutor do SMI sobre a importância que um plano organizado tem numa resposta rápida em caso de emergência/catástrofe, tomando conhecimento do plano de emergência interno.

Torna-se imperativo, face à imprevisibilidade de ocorrer este tipo de situações, que todas as organizações de saúde concebam uma resposta de emergência e a façam revisão da mesma com regularidade.

### **2.2.3- Maximização da intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica**

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica devem assentar em intervenções que visem a prevenção e controlo da infeção.

Como já anteriormente especificado, as IACS têm uma elevada incidência e prevalência nas instituições de saúde, devendo assim ser abordado com enorme seriedade uma vez que acarreta aumento da taxa de mortalidade e morbilidade bem como custos elevadíssimos para a economia.

O tecnicismo e a tecnologia envolvida nos cuidados à pessoa em situação crítica levam o enfermeiro especialista a necessitar de responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2017).

Prevenir e controlar a infeção é um enorme desafio, sendo-o ainda mais na pessoa em situação crítica, uma vez que as pessoas estão sujeitas constantemente a procedimentos invasivos, ficando mais suscetíveis a contrair uma IACS, apesar de na pessoa crítica o foco estar centrado em manter funções vitais o enfermeiro nunca poderá distanciar dos princípios e dos protocolos de assepsia nos procedimentos realizados. Evitar complicações tardias é fundamental e cabe ao enfermeiro preveni-las.

Ao longo dos estágios cumpri com aquela que é a base da prevenção e controlo de infeções, a lavagem das mãos seguindo os cinco momentos.

Para além dos feixes de intervenção já anteriormente falados relativamente ao cateter venoso central, cateter urinário e pneumonia associada à intubação, existe no SMI diversos procedimentos e protocolos que procuram dar resposta à prevenção da infeção.

Assim, durante esse estágio, tive o cuidado de avaliar a necessidade e, conseqüentemente proceder à sua substituição dos sistemas e prolongadores tendo em conta o protocolo que define que: a substituição do soro fisiológico da manga de pressão da pressão venosa central, o sistema de pressão positiva e a rampa deve ser substituído a cada 72 horas, tendo em conta o dia de entrada do pessoa; os sistemas de administração de soros, prolongadores, torneiras de três vias e obturador, substituir a cada 72 horas tendo em conta o dia de entrada do pessoa; os sistemas de administração de medicação são substituídos a cada 24 horas e deve ser sempre realizada uma lavagem com vinte mililitros de soro fisiológico no final da administração de uma medicação; o sistema nutrição parenteral substituído a cada 24 horas; sistema e prolongadores de propofol, os sistema de hemoderivados são desperdiçados assim que termina a administração. Todos os sistemas são identificados com data e hora, que é o que permite que seja mais facilmente esta logística. Antes da administração de medicação quer as torneiras quer os obturadores são desinfetados com Cloro-hexidina 2% em álcool ou com álcool a 70% e em SOS.

Após a colocação de um cateter venoso central, executei a lavagem das vias que não ficavam em uso com 10 mililitros de soro fisiológico e coloquei um obturador de pressão positiva, sem clampar o lúmen, sendo que se repete este procedimento a cada 72h, aquando da substituição dos sistemas de administração de soros, tal como está protocolizado no serviço.

Durante da realização de técnicas invasivas, mantive o cuidado constante de seguir os princípios da assepsia e controlo de infeção, na medida que colaborei em diversos procedimentos com estas exigências. É exemplo disso a realização do tratamento ao local de inserção do acesso vascular, situação muito frequente neste tipo de unidade.

Cumpri os feixes de intervenção associados à prevenção da pneumonia associada à intubação, nomeadamente através da avaliação da pressão do cuff (situando-a entre 20 e 30 centímetro de água), elevação da cabeceira, sempre que possível igual ou superior a 30 graus, higiene da cavidade oral uma vez por turno.

Sendo uma unidade tão específica, não poderia deixar de referir que cumpri todas as normas relativamente ao uso dos equipamentos de proteção individual, quer no fardamento quer durante o processo de desfardamento.



### **3- Avaliação das competências**

Relativa à competência do domínio responsabilidade profissional, ética e legal, as decisões que tomei no contexto do estágio para além de terem como foco central a pessoa, tiveram por base o código deontológico e os princípios éticos.

Durante a prestação de cuidados, respeitei a confidencialidade, a privacidade da pessoa bem como mantive o respeito pelas suas crença e valores. Considero, portanto, que desenvolvi ao longo do ensino clínico competências neste domínio que terão um contributo inequívoco na minha prática como Enfermeira Mestre.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvi, aprimorei e atualizei conhecimentos no sentido de uma melhoria continua na área da qualidade, não só através da prática e da partilha de informação com os Enfermeiros Tutores como também devido à constante procura da evidência científica atual para melhor fundamentação da minha prática.

Este estágio foi bastante produtivo no sentido que identifiquei várias oportunidades de melhoria na minha prática enquanto enfermeira, mas também algumas que poderei trabalhar no meu serviço com vista à excelência dos cuidados. Assim, concluo que a prestação de cuidados seguros é a base de prestação de cuidados e que acarreta tanto benefícios para a pessoa como para o próprio profissional.

O estágio demonstrou-me, uma vez mais, que cuidar da pessoa é um trabalho de equipa e que exige uma gestão de profissionais, materiais e do próprio pessoa. Assim, desenvolvi competências no domínio da gestão de cuidados, adquirindo conhecimentos para uma melhor elaboração de diagnóstico de enfermagem e conseqüentemente prescrição de intervenções, situação que irá resultar num processo de cuidar mais eficiente e eficaz.

O ambiente da prática de cuidados demonstrou-se uma vez mais crucial para o desenvolvimento de melhores e mais seguros cuidados, uma vez que cada um demonstrou conhecer e respeitar as competências que lhe estão atribuídas.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o estágio contribuiu para o desenvolvimento do meu autoconhecimento e, conseqüentemente, contribuiu de forma direta para o desenvolvimento da minha assertividade e tranquilidade em situações de maior pressão, qualidades que considero importantes quando trabalhamos num ambiente de tão grande imprevisibilidade. Para esta situação contribuiu também a minha procura de

conhecimento constante, uma vez que durante as situações de emergência não há espaço para dúvidas.

Para o desenvolvimento de competências neste domínio, foi também fundamental a reflexão sobre a prática, uma vez que me consciencializou sobre as minhas dificuldades e falhas e, conseqüentemente, aumentou a minha necessidade e interesse pela procura do conhecimento.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica remete-me de imediato para a importância da capacidade do Enfermeiro identificar precocemente os focos de instabilidade. Ao longo do ensino clínico tentei aprimorar esta competência, tendo evoluído, na minha perspetiva, de forma positiva ao longo do tempo. Ao estar mais desperta para a problemática do pessoa crítico, os cuidados implicados e a necessidade de enfermeiros diferenciadores na prestação de cuidados. Um enfermeiro devidamente formado, treinado fará com certeza a diferença na vida destas pessoas.

De salientar que, embora muitas das intervenções realizadas no contexto do SU e do SMI sejam complexas e muito técnicas, é importante não cair na tentação do “tecnicismo”, uma vez que uma simples preocupação de uma pessoa pode influenciar todo o seu estado hemodinâmico.

Relativamente ao domínio da maximização da intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica, as minhas intervenções tiveram sempre como foco ser um agente ativo e até de mudança nesse sentido, uma vez que considero que a prevenção e o controlo da infeção é indissociável das boas práticas relativamente aos procedimentos realizados.

Quer o SU quer o SMI são serviços imensamente complexos e tenho consciência que durante o período de estágio não é de todo possível dominar todos os procedimentos, normas, equipamentos e patologias que estes serviços abarcam.

Especificamente o SMI, é um serviço muito bem estruturado, no qual existe normas e protocolos para assegurar todo o tipo de procedimentos e intervenções. Assim, esforcei-me no sentido de conhecer as normas específicas do serviço, pois é fundamental para uma prática de enfermagem segura. Considero que o enfermeiro deve ter consciência e informação das conseqüências que o não cumprimento das normas no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção têm na vida das pessoas, bem como os custos que isso acarreta para os serviços desnecessariamente. Torna-se, portanto, imperativo que façamos constantemente uma reflexão crítica sobre a nossa prática.

Por último, relativamente à competência da dinamização da resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítimas, tal como já referi anteriormente, esta foi uma competência pouco desenvolvida durante os estágios. No entanto, tomei conhecimento dos planos de emergências dos serviços e como agir em caso de catástrofe, nomeadamente plano de evacuação.



## PARTE II



Millenium, ()

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS INTENSIVOS**  
**MISSING NURSING CARE: PERCEPTION OF NURSES IN INTENSIVE CARE**  
**CUIDADO DE ENFERMERÍA**  
**PERDIDO: PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**RESUMO**

**Introdução:** Cuidados de Enfermagem Omissos são os cuidados de enfermagem necessários que são omissos, em parte ou na totalidade, ou significativamente adiados, levando os enfermeiros a uma encruzilhada, uma vez que estão reféns da insegurança dos cuidados e inadequada gestão e liderança que promovam ambientes de prática favoráveis e por outro lado, são esmagados pelo imperativo ético e deontológico de cuidar de acordo com a melhor evidência e qualidade.

**Objetivos:** Determinar quais os cuidados de enfermagem omissos e as razões para essa omissão.

**Métodos:** Estudo descritivo analítico e correlacional, realizado através de um questionário constituído por três partes: caracterização dos cuidados de enfermagem omissos, caracterização do ambiente da prática de cuidados e caracterização demográfica, académica e profissional. A amostra é constituída por 55 enfermeiros, 80% do sexo feminino.

**Resultados:** Os cuidados de enfermagem omissos com percentagens mais elevadas de omissão são: deambulação três vezes por dia ou conforme planeado; suporte emocional ao pessoa e/ou família; posicionar o doente a cada duas horas; ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico; documentação completa de todos os dados necessários; alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes; e assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas. Como razões mais frequentemente apontadas para a omissão de cuidados surgem a gravidade e fluxo de doentes, dotações de profissionais e a comunicação na equipa. O ambiente da prática de cuidados é considerado como razoável.

**Conclusões:** É importante desenvolver estudos mais abrangentes nesta área, com vista à melhoria da prática uma vez que todo o doente tem direito de receber os cuidados que necessita e todo o enfermeiro não devia sentir a necessidade de priorizar os cuidados que presta.

**Palavras-chave:** enfermagem; cuidados de enfermagem omissos; ambiente da prática de cuidados

**ABSTRACT**

**Introduction:** Missing Nursing Care is necessary nursing care that is omitted, in part or in full, or significantly delayed, leading nurses to a crossroads, as they are hostage to care insecurity and inadequate management and leadership that promote practice environments. favorable and, on the other hand, are overwhelmed by the ethical and deontological imperative of caring according to the best evidence and quality.

**Objetives:** Determine what nursing care is missing and the reasons for this omission.

**Methods:** Descriptive analytical and correlational study, carried out through a questionnaire consisting of three parts: characterization of missing nursing care, characterization of the care practice environment and demographic, academic and professional characterization. The sample consists of 55 nurses, 80% female.

**Results:** The missing nursing care with higher percentages of omission are: ambulation three times a day or as planned; emotional support to the patient and/or family; position the patient every two hours; teach the patient about the disease, examinations and diagnostic studies; complete documentation of all necessary data; feed the patient when the food is still hot; and attend interdisciplinary meetings whenever they are held. The most frequently cited reasons for omission of care include the severity and flow of patients, staffing and communication within the team. The care practice environment is considered to be reasonable.

**Conclusion:** It is important to develop more comprehensive studies in this area, with a view to improving practice, since every patient has the right to receive the care they need and every nurse should not feel the need to prioritize the care they provide.

**Keywords:** nursing; missed nursing care; practice environment

## RESUMEN

**Introducción:** La Falta de Cuidado de Enfermería es un cuidado de enfermería necesario que es omitido, parcial o totalmente, o retrasado significativamente, llevando a los enfermeros a una encrucijada, siendo rehenes de la inseguridad del cuidado y de la gestión y liderazgo inadecuados que favorecen los ambientes de práctica. favorable y, por otro lado, lastrada por el imperativo ético y deontológico de cuidar según la mejor evidencia y calidad.

**Objetivos:** Determinar qué cuidados de enfermería faltan y las razones de esta omisión.

**Métodos:** Estudio descriptivo, analítico y correlacional, realizado a través de un cuestionario que consta de tres partes: caracterización de los cuidados de enfermería omitidos, caracterización del entorno de la práctica del cuidado y caracterización demográfica, académica y profesional. La muestra está compuesta por 55 enfermeras, 80% mujeres.

**Resultados:** Los cuidados de enfermería faltantes con mayor porcentaje de omisión son: deambulación tres veces al día o según lo planificado; apoyo emocional al paciente y/o familia; posicionar al paciente cada dos horas; enseñar al paciente sobre la enfermedad, exámenes y estudios de diagnóstico; documentación completa de todos los datos necesarios; alimentar al paciente cuando la comida aún esté caliente; y asistir a las reuniones interdisciplinarias cuando se celebren. Las razones citadas con más frecuencia para la omisión de la atención incluyen la gravedad y el flujo de pacientes, el personal y la comunicación dentro del equipo. El entorno de la práctica asistencial se considera razonable.

**Conclusiones:** Es importante desarrollar estudios más completos en esta área, con miras a mejorar la práctica, ya que todo paciente tiene derecho a recibir los cuidados que necesita y todo enfermero no debe sentir la necesidad de priorizar los cuidados que brinda.

**Palabras Clave:** enfermería; atención de enfermería perdida; ambiente de practica

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, assiste-se uma crescente exigência dos serviços de saúde sobre o papel dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2007), os enfermeiros são os profissionais responsáveis pela maioria dos serviços de saúde e poucos são os cuidados que não passam, nomeadamente em primeiro lugar, pelas mãos do enfermeiro (Jones et al., 2015).

Com este estudo pretende-se saber quais os cuidados de enfermagem mais vezes omissos e os fatores relacionados com esta omissão, por forma a poder equacionar-se mudanças numa perspetiva de atingir os cuidados de excelência.

### 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

É de salientar que os cuidados de saúde não são mais do que um exercício de humanidade. Estes são o resultado de atos de humanos que recaem sobre humanos. Assim, se por um lado, os enfermeiros são desafiados a demonstrar que os seus cuidados são de elevada qualidade, adequados, eficientes e eficazes e que resultam na produção dos melhores resultados, utilizando apenas os recursos que estão disponíveis; por outro lado, o atual contexto político e económico tem conduzido a uma diminuição da qualificação das equipas hospitalares, existindo a tentativa de substituição dos enfermeiros por outros profissionais menos qualificados, o que resulta no aumento da insegurança na prestação de cuidados e no aumento em 21% na probabilidade de morte das pessoas (Amaral, 2014 cit. por Paiva et al., 2020).

Segundo a literatura, encontram-se várias designações para o fenómeno da ocorrência da omissão de cuidados, tal como é enumerado por Loureiro (2019): “cuidados de enfermagem omissos” (Kalisch et al., 2009), “tarefas deixadas por fazer” (Sochalski, 2004), “priorização/racionalização de cuidados” (Schubert et al., 2008) ou “cuidados incompletos” (Jones et al., 2015). Assim, no decorrer deste trabalho iremos utilizar a expressão de cuidados de enfermagem omissos para designarmos este fenómeno.

Embora pareça uma realidade incontestável e os enfermeiros estarem conscientes que existe efetivamente cuidados de enfermagem que não são prestados, esta omissão de cuidados não deixa de ser um tópico sobre o qual ainda existe alguma relutância em se falar abertamente (Kalisch et al., 2009, citada por Loureiro, 2019). Porém, Zeleníková et al. (2020) e Willis et al. (2021, cit. por Gurková et al., 2021) defendem que esta questão começa a ser reconhecida como um problema oculto e significativo na enfermagem, facto que é corroborado com um aumento significativo do número de artigos que surgiu nos últimos anos relacionados com os cuidados de enfermagem omissos.

Segundo Kalisch et al (2009, cit. por Campbell et al., 2020), a quantidade de cuidados de enfermagem omissos é, sem dúvida, um aspeto que irá afetar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Esta omissão, segundo Carthon et al. (2015) e Lake et al. (2016) citados por Campbell et al. (2020) e Park et al. (2018), é uma ameaça real não só à qualidade dos cuidados prestados, mas também à segurança das pessoas.

Em 2009, Kalisch et al. citados por Zeleníková et al. (2020), definiu como cuidados de enfermagem omissos todo e qualquer aspeto no âmbito do cuidar que, em parte ou na totalidade, é omitido ou significativamente atrasado.

Jones et al. (2015) citados pelos mesmos autores, demonstraram através de um estudo numa unidade de cuidados intensivos que 55% a 98% dos enfermeiros referiam não serem capazes de cumprir o plano de cuidados do doente, demonstrando assim que os cuidados de enfermagem omissos são também uma realidade preocupante neste tipo de unidades de elevada complexidade.

Segundo Kalisch et al. (2009, cit. por Campbell et al., 2020), quando um enfermeiro decide atrasar ou omitir (parcial ou totalmente) a prestação de um cuidado ao doente, este tem por base quatro fatores: a perceção do enfermeiro sobre as normas institucionais e do serviço; o seu julgamento sobre a importância da atividade assistencial em relação às demais responsabilidades para com o doente; os seus valores, atitudes e crenças pessoais; e a sua prática profissional (que tem em consideração as condições organizacionais que de certa forma podem promover a normalização da omissão de determinado cuidado de enfermagem).

A relevância deste tema é indiscutível, pois os cuidados de enfermagem omissos acarretam implicações que se manifestam de formas distintas e nos diferentes intervenientes dos cuidados de saúde. A omissão de cuidados de enfermagem pode ter implicações como o aumento do risco de deterioração clínica do doente (já referido anteriormente) e também a colocação de questão internas nas instituições que confiam na qualidade dos cuidados prestados, enfrentando a (in)segurança dos mesmos. Para além disso, é importante sublinhar que, aquando destas situações, o enfermeiro depara-se com questões ético-legais e morais quando sabe que não atingiu o que entende como a excelência no cuidar (Harvey et al., 2018).

Assim, a decisão tomada pelo enfermeiro para atrasar ou omitir um qualquer cuidado deve ser objeto de uma cuidada, individualizada e profunda reflexão ética, sem nunca esquecer que esta necessidade de priorização das necessidades e a gestão de expectativas/conflitos vai, sem dúvida, desafiar os valores profissionais e morais dos enfermeiros (Suhonen e Scott, 2018).

A deontologia da profissão sustenta uma posição clara sobre a temática e, segundo o artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro tem o dever de assegurar, conjuntamente com os outros profissionais de saúde, o atendimento da pessoa em tempo útil, assegurando que não há atrasos no diagnóstico da doença nem no respetivo tratamento. Posteriormente, o artigo 88.º refere que o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício profissional, recorrendo à adequação das normas da qualidade dos cuidados, assegurando as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia e comunicando as carências que possam interferir na qualidade dos cuidados.

Park et al. (2018) e Campbell et al. (2020) citando Duffy et al. (2018), Kalisch et al. (2011), Lake et al. (2017) e Smith et al. (2018) referem que ambientes de trabalho que comportem o número de profissionais e recursos adequados, um modelo de cuidados de enfermagem adaptado e profissionais de enfermagem com competência contribuem para um ambiente de trabalho de excelência irá traduzir-se na diminuição da probabilidade da ocorrência de cuidados de enfermagem omissos.

Segundo Dutra e Guirardello (2021), a segurança do doente é influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente os fatores organizacionais como o processo de cuidados de enfermagem (Liu et al., 2018) e o ambiente da prática de cuidados, relacionando-se diretamente com a qualidade do atendimento e bem-estar do doente (Aiken et al., 2011).

Assim, o ambiente da prática de cuidados é definido por Lake (2009, cit. por Zeleníková et al., 2020), como o conjunto de fatores do ambiente de trabalho que de alguma forma contribuem positiva ou negativamente para o desenrolar da prestação de cuidados de enfermagem ao doente.

Segundo Newbold (2008, cit. por Amaral et al., 2012), os cuidados de enfermagem comportam uma grande diferenciação, exigindo formação e competências acrescidas para se atingir excelentes resultados. Porém também são alvo das más decisões relativamente à gestão dos ambientes onde se realiza a prática de cuidados, resultando na diminuição dos resultados e no aumento dos custos. Assim, existem evidências suportam a ideia de que um ambiente favorável à prática de cuidados é responsável por uma maior satisfação entre os profissionais, níveis mais baixos de burnout e um menor número de profissionais que deseja mudar de local de trabalho ou até mesmo abandonar a profissão (Aiken et al., 2002, 2008; Hayes et al., 2006 cit. por Amaral et al., 2012).

Para Aiken et al. (2002), Estabrooks et al. (2005) e Upenieks (2003) citados por Amaral et al. (2012), nos serviços de saúde torna-se imperativo um ambiente favorável à prática de cuidados, uma vez que influencia não só os cuidados prestados mas também tem uma influencia direta na segurança do doente, verificando-se um menor número de quedas, de erros na administração de medicação, de desenvolvimento de úlceras de pressão e de infeções associadas aos cuidados de saúde, nos serviços onde os profissionais percebem o ambiente como favorável para a prática de cuidados.

Zeleníková et al. (2020) concluem que ambientes favoráveis à prática de cuidados funcionam como um excelente suporte para que a equipa de enfermagem desempenhe as suas funções prestando cuidados de elevadíssima qualidade, resultando num ambiente mais seguro para o doente e numa equipa mais motivada. Desta forma, podemos concluir que o ambiente da prática de cuidados é considerado um fator de impacto significativo na omissão de cuidados de enfermagem. Lake et al. (2019), Kim et al. (2018) e Smith et al. (2017) citados por Dutra e Guirardello (2021), admitem que as evidências demonstram que um ambiente da prática de cuidados favorável e uma percepção positiva sobre este por parte dos enfermeiros tem um elevado impacto na diminuição da ocorrência dos cuidados de enfermagem omissos.

## **2. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo analítico e correlacional, abrangendo os enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados intensivos. Este estudo obteve o parecer positivo nº 53/SUB/2021 da Comissão de Ética do Politécnico de Viseu a 22 de junho de 2021.

### **2.1 Amostra**

A amostra é um subgrupo da população de interesse enfermeiros a exercer funções em unidades de cuidados intensivos. Como critério de inclusão era ter mais de um ano de experiência profissional. A participação dos enfermeiros foi voluntária e expressamente assumida no questionário.

Os dados e resultados que constituem a tabela 1 permitem-nos conhecer as características da amostra do estudo.

Verifica-se que os 55 enfermeiros apresentavam idades compreendidas entre 27 e 59 anos, tendo como idade média  $41.05 \pm 7.34$  anos. Metade dos elementos da amostra tinha, pelo menos, 40 anos e a distribuição de frequências pode ser considerada normal.

Relativamente à experiência profissional constata-se que os inquiridos indicaram valores entre 5 e 33 anos, sendo que metade exercia a profissão há, pelo menos, 18 anos. O tempo médio de experiência profissional situou-se nos  $18.25 \pm 7.33$  anos. A distribuição de frequências pode ser considerada normal.

Quanto à experiência no atual serviço, verifica-se que os enfermeiros referiram tempos entre 0 e 31 anos, tendo metade indicado 9 ou mais anos. Em média, os enfermeiros trabalhavam no atual serviço há  $11.15 \pm 9.10$  anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal.

O número de doentes atribuídos no último turno da manhã variou entre 0 e 20, sendo a mediana 3 pessoas. Em média, a cada enfermeiro foram atribuídos  $3.36 \pm 2.80$  pessoas e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal.

Quanto ao número de admissões no último turno, verifica-se que se situaram entre 0 e 30. Em média o número de admissões foi  $1.24 \pm 4.08$  pessoas.

Relativamente ao número de altas/transferências no último turno foram referidos valores compreendidos entre 0 e 20 pessoas, sendo a média  $1.00 \pm 2.78$  pessoas. Também nesta variável a distribuição de frequências não pode ser considerada normal.

Na amostra predominam os profissionais do sexo feminino (80%).

Em termos de habilitações académicas verifica-se que 49.1% possuíam a Licenciatura em Enfermagem, seguidos de 27.3% com o Mestrado em Enfermagem e de 21.8% que tinham a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

A maioria dos profissionais inquiridos, 60.0%, ocupava a categoria profissional de Enfermeiro e a mesma percentagem possuía o vínculo profissional de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado. Todos os elementos da amostra tinham horário de trabalho de 35 horas semanais; 50.9% trabalhavam em turnos rotativos e igual percentagem referiu que o turno que realizavam com maior frequência tinha a duração de 12 horas.

Nos últimos 3 meses, 40.0% dos enfermeiros realizaram entre 1 e 20 horas extraordinárias, seguindo-se 32.7% que fizeram entre 20 e 50 horas para além do seu horário normal de trabalho.

Questionados acerca da intensão de deixar a profissão ou o serviço onde exerciam funções atualmente, a grande maioria dos profissionais (72.7%) responderam que não planeavam essa mudança.

Tabela 1a - Variáveis demográficas e profissionais (n = 55)

Variáveis demográficas e profissionais	Min	Máx	Md	M	DP	p
Idade	27	59	40.00	41.05	7.34	0.200
Experiência profissional (anos)	5	33	18.00	18.25	7.33	0.200
Experiência profissional no atual serviço (anos)	0	31	9.00	11.15	9.10	0.000
N.º de doentes atribuídos no último turno da manhã	0	20	3.00	3.36	2.80	0.000
N.º de admissões no último turno	0	30	0.00	1.24	4.08	0.000
N.º de altas/transferências no último turno	0	20	0.00	1.00	2.78	0.000

Tabela 1b - Variáveis demográficas e profissionais - continuação (n = 55)

		n	%
Sexo	Feminino	44	80.0
	Masculino	11	20.0
Habilitações académicas	Bacharelato em Enfermagem	0	0.0
	Licenciatura em Enfermagem	27	49.1
	Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem	12	21.8
	Mestrado em Enfermagem	15	27.3
	Doutoramento em Enfermagem	0	0.0
	Outra (Pós-Graduação em Emergência)	1	1.8
Categoria Profissional	Enfermeiro	33	60.0
	Enfermeiro Especialista	21	33.2
	Outra (Enfermeiro Gestor)	1	1.8
Vínculo profissional com a Instituição onde exerce funções	Contrato por funções públicas por tempo indeterminado	21	38.2
	Contrato por funções públicas por tempo certo	0	0.0
	Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	33	60.0
	Contrato individual de trabalho por tempo certo	1	1.8
	Contrato individual de trabalho por tempo incerto	0	0.0
	Outro	0	0.0
N.º de horas de trabalho	35h/semana	55	100.0
	40h/semana	0	0.0
	Outra (Mais de 40h/semana)	0	0.0
Turno que faz com maior frequência	Turno da Manhã	21	38.2
	Turno da Tarde	4	7.3
	Turno da Noite	2	3.6
	Turnos rotativos	28	50.9
Duração do turno que faz com maior frequência	7 horas	13	23.6
	8 horas	10	18.2
	10 horas	3	5.5
	12 horas	28	50.9
	Outra	1	1.8
N.º de horas extraordinárias realizadas nos últimos 3 meses	Nenhuma	7	12.7
	1 a 20 horas	22	40.0
	20 a 50 horas	18	32.7
	Mais do que 50 horas	8	14.5
Planeia deixar a profissão ou o serviço onde exerce funções atualmente	Nos próximos 6 meses	6	10.9
	No próximo ano	9	16.4
	Não planeia	40	72.7

## 2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento para a recolha de dados foi um questionário google forms, cujo link foi disseminado pelos contatos do investigador sendo o recrutamento de participantes de efeito acumulativo.

Este questionário é constituído por três partes: Parte I – Caracterização dos Cuidados de Enfermagem Omissos (CEO), utilizou-se a Escala MISSCARE, validada por Loureiro (2019). É um instrumento constituído por 41 itens, dividido em 3 partes que avaliam: satisfação profissional (três perguntas) (Secção A); Cuidados de Enfermagem Omissos (Secção B) e razões para a omissão (Secção C). A secção B é constituída por 24 afirmações sobre cuidados de enfermagem em que os indivíduos respondem, numa escala de tipo Likert de 5 itens (sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente e nunca), qual a sua perceção sobre a frequência com que aquele cuidado é omitido, por toda a equipa de enfermagem. Na secção C, constituída por 17 afirmações, os indivíduos reportam a sua perceção se esta é uma “razão significativa”, “razão moderada”, “razão menor” ou “não é razão para CEO”.

Parte II – Para a caracterização do Ambiente da Prática de Cuidados, utilizou-se a Escala Practice Environment Scale of the Nursing Work Index - PES-NWI (Amaral et al., 2012) (secção D). Foi adaptada da versão original de Lake (2002), por Amaral et al. (2012), mantendo as características originais, tem 31 itens agrupados pelas seguintes dimensões: participação nas políticas hospitalares (9 itens); fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados (10 itens); capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros (5 itens); adequação dos recursos humanos e materiais (4 itens); relação colegial entre médicos e enfermeiros (3 itens).

Parte III - Caracterização demográfica, académica e profissional (secção D), que nos permite obter informação sobre idade, sexo, categoria profissional, número de horas de trabalho semanal, vínculo profissional, número de anos de experiência profissional, número de anos de experiência profissional no atual serviço e habilitações. Foi ainda questionado qual o turno realizado com maior frequência, duração do mesmo, número de horas extraordinárias realizadas nos últimos três meses, número de faltas por doença, número de doentes atribuídos no último turno, número de admissões e altas e uma questão sobre a intenção de deixar o atual trabalho.

Através do estudo da consistência interna dos itens que constituem uma escala, ou as suas dimensões/subescalas/domínios, procura-se “medir” o grau de homogeneidade desses mesmos itens e, deste modo, avaliar uma das propriedades psicométricas.

Para o estudo da consistência interna das escalas e respetivas subescalas utilizadas no presente estudo utilizámos o coeficiente *Alpha* de *Cronbach* ( $\alpha$ ). Este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1, sendo que a maioria dos autores refere que são aceitáveis resultados iguais ou superiores a 0.70 (Marôco, 2021). No entanto, alguns autores referem ser admissíveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido (Marôco, 2021).

Os resultados que constituem a tabela 2 permitem verificar que nas escalas utilizados no estudo e respetivas dimensões foram observados valores de  $\alpha$  que se situaram entre 0.68 e 0.95. Este facto permite-nos considerar que as escalas, assim como as suas dimensões, revelaram consistência interna aceitável, boa ou mesmo muito boa.

Tabela 2a - Consistência interna das escalas (n = 55)

Escala	Dimensão	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> ( $\alpha$ )
MISSCARE	Satisfação profissional	0.70
	Cuidados instrumentais	0.76
	Avaliação do doente e documentação	0.79
	Pontualidade na resposta ao doente/equipa	0.76
	Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	0.79
	Eficiência na alimentação e medicação	0.84
	Cuidados de enfermagem omissos (global)	0.93
	Comunicação na equipa	0.88
	Recursos materiais	0.93
	Gravidade e fluxo de doentes	0.78
	Gestão e organização	0.68
	Dotação de profissionais	0.77
	Razões para a omissão (global)	0.89

Tabela 2b - Consistência interna das escalas - continuação (n = 55)

Escala	Dimensão	Alpha de Cronbach ( $\alpha$ )
PES-NWI	Participação nos assuntos do hospital	0.91
	Fundamentos da enfermagem para a qualidade dos cuidados	0.81
	Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	0.91
	Adequação de recursos humanos e materiais	0.74
	Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	0.88
	Ambiente da prática de cuidados (global)	0.95

### 2.3 Análise estatística

Para sistematizar e realçar a informação obtida com a aplicação do questionário elaborado utilizámos técnicas estatística descritiva. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao *software* de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 27.

As técnicas estatísticas aplicadas foram:

- Frequências: absolutas e relativas;
- Medidas de Tendência Central: média aritmética, média ordinal e mediana;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, valor mínimo e valor máximo;
- Coeficientes: *Alpha* de *Cronbach* e de correlação de *Spearman*;
- Testes de hipóteses: teste da significância do coeficiente de correlação de *Spearman*, teste *Kruskal-Wallis*, teste de *Mann-Whitney*, teste *Tukey* (como teste *post-hoc*) e teste *Kolmogorov-Smirnov* (teste de normalidade).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes de hipóteses, tivemos em consideração a natureza e as características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Marôco (2021). A opção por técnicas da estatística inferencial não paramétricas justifica-se pelo facto da maioria das variáveis envolvidas não apresentarem distribuições normais ou gaussianas.

Em todos os testes fixámos o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, rejeitamos a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I era inferior a 5%, ou seja, quando o valor  $p < 0.05$ .

## 3 RESULTADOS

Observando a tabela 3 podemos verificar a distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens inerentes à satisfação profissional. Em todos os itens a maior percentagem de respostas incidiu na alternativa “satisfeito”. No entanto, esta tendência é mais notória no item «Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade?» e menos acentuada no item «Independente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a?».

Globalmente, verifica-se que, numa escala que poderia variar entre 1 e 5 pontos, a tendência de respostas situou-se ligeiramente acima dos 3 pontos, ou seja, regista-se que os enfermeiros tenderam a evidenciar uma baixa satisfação profissional.

Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens da satisfação profissional – Escala MISSCARE (n = 55)

Itens		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito está na sua situação profissional atual?		5.5	27.3	23.6	40.0	3.6
Independente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a?		7.3	20.0	14.5	38.2	20.0
Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade?		1.8	23.6	16.4	50.9	7.3
Estatísticas resumo da dimensão	Min	Máx	Md	M	DP	p
Satisfação profissional	1.33	5.00	3.33	3.30	0.86	0.000

Analisando os dados que constituem a tabela 4 podemos verificar que nos itens «Banho do doente/cuidados à pele», «Cuidados à boca», «Lavar as mãos», «Monitorização da glicémia conforme planeado», «Avaliações do doente realizadas em cada turno» e «Cuidados à pele/feridas» a tendência de respostas ocorreu nas alternativas “Raramente omissa” e “Nunca omissa”. Nos itens «Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente», «Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado», «Sinais vitais avaliados como prescrito», «Monitorização de entradas/saídas», «Documentação completa de todos os dados necessários», «Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico», «Planeamento da alta do doente e ensino», «Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente», «Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital», «Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos», «Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos», «Avaliar a eficácia dos medicamentos», «Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas» e «Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido» as respostas dos enfermeiros tenderam a ocorrer nas alternativas “Raramente omissa” ou “Ocasionalmente omissa”. Para os itens «Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado», «Posicionar o doente a cada 2 horas», «Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes» e «Suporte emocional ao doente e/ou família» os profissionais tenderam a responder nas alternativas “Ocasionalmente omissa” ou “Frequentemente omissa”.

As percentagens de respostas na alternativa “Nunca omissa” situaram-se entre 1.8%, nos itens «Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado» e «Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas», e 47.3%, no item «Banho do doente/cuidados à pele». No sentido oposto, as percentagens na opção “Sempre omissa” situaram-se entre 0.0%, nos itens «Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico», «Banho do doente/cuidados à pele», «Monitorização da glicémia conforme planeado», «Avaliações do doente realizadas em cada turno», «Reavaliações

focalizadas de acordo com a condição do doente», «Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital» e «Cuidados à pele/feridas», e 20.0%, no item «Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas».

Considerando em conjunto os níveis de omissão “Ocasionalmente”, “Frequentemente” e “Sempre” as percentagens variaram entre 1.8% e 89.1%, nos itens «Banho do doente/cuidados à pele» e «Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado», respetivamente. Verificamos que os itens com as percentagens mais elevadas naqueles três níveis de omissão foram «Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado» (89.1%), «Suporte emocional ao doente e/ou família» (80.0%), «Posicionar o doente a cada 2 horas» (74.5%), «Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico» (74.5%), «Documentação completa de todos os dados necessários» (72.7%), «Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes» (70.9%) e «Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas» (70.9%). Por outro lado, os itens em que esta percentagem se revelou mais baixa foram «Banho do doente/cuidados à pele» (1.8%), «Cuidados à pele/feridas» (9.1%), «Monitorização da glicémia conforme planeado» (14.5%), «Avaliações do doente realizadas em cada turno» (20.0%), «Sinais vitais avaliados como prescrito» (27.3%) e «Monitorização de entradas/saídas» (27.3%).

Os resultados obtidos para as estatísticas resumo para as dimensões e global permitem-nos constatar que as maiores amplitudes de respostas ocorreram nas dimensões «Eficiência na alimentação e medicação», «Pontualidade na resposta ao doente/equipa» e «Cuidados para a capacitação/autonomia do doente» revelando maior heterogeneidade nas respostas dos profissionais. Os valores médios e medianos sugerem-nos que a tendência para a omissão de cuidados é mais elevada nas dimensões «Cuidados para a capacitação/autonomia do doente», «Eficiência na alimentação e medicação» e «Pontualidade na resposta ao doente/equipa». No entanto, é de salientar que em todas as dimensões e também no global a omissão de cuidados tende a situar-se entre os níveis “Raramente” ou “Ocasionalmente”.

Tabela 4a - Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE (n = 55)

Itens	Nunca omissos	Raramente omissos	Ocasionalmente omissos	Frequentemente omissos	Sempre omissos
Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado	1.8	9.1	38.2	38.2	12.7
Posicionar o doente a cada 2 horas	7.3	18.2	27.3	43.6	3.6
Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes	3.6	25.5	34.5	29.1	7.3
Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente	12.7	27.3	25.5	23.6	10.9
Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado	7.3	40.0	29.1	12.7	10.9
Sinais vitais avaliados como prescrito	27.3	45.5	20.0	5.5	1.8
Monitorização de entradas/saídas	32.7	40.0	25.5	0.0	1.8

Tabela 4b - Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – continuação (n = 55)

Itens	Nunca omissos	Raramente omissos	Ocasionalmente omissos	Frequentemente omissos	Sempre omissos	
Documentação completa de todos os dados necessários	7.3	20.0	43.6	27.3	1.8	
Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico	3.6	21.8	40.0	34.5	0.0	
Suporte emocional ao doente e/ou família	7.3	12.7	50.9	25.5	3.6	
Banho do doente/cuidados à pele	47.3	50.9	1.8	0.0	0.0	
Cuidados à boca	25.5	36.4	23.6	12.7	1.8	
Lavar as mãos	27.3	41.8	14.5	12.7	3.6	
Planeamento da alta do doente e ensino	5.5	29.1	38.2	21.8	5.5	
Monitorização da glicémia conforme planeado	27.3	58.2	14.5	0.0	0.0	
Avaliações do doente realizadas em cada turno	23.6	56.4	18.2	1.8	0.0	
Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente	18.2	47.3	23.6	10.9	0.0	
Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital	16.4	45.5	23.6	14.5	0.0	
Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos	12.7	32.7	34.5	16.4	3.6	
Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos	16.4	49.1	30.9	1.8	1.8	
Avaliar a eficácia dos medicamentos	16.4	40.0	30.9	10.9	1.8	
Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas	1.8	27.3	32.7	18.2	20.0	
Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido	10.9	30.9	29.1	23.6	5.5	
Cuidados à pele/feridas	32.7	58.2	9.1	0.0	0.0	
<b>Estatísticas resumo das dimensões e global</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>Md</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
Cuidados instrumentais	1.00	3.33	2.00	2.01	0.57	0.200
Avaliação do doente e documentação	1.00	4.00	2.20	2.26	0.64	0.200
Pontualidade na resposta ao doente/equipa	1.00	4.80	2.80	2.68	0.72	0.022
Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	1.00	4.60	3.20	2.98	0.62	0.006
Eficiência na alimentação e medicação	1.00	5.00	2.67	2.94	0.97	0.039
Cuidados de enfermagem omissos (global)	1.00	3.92	2.58	2.55	0.57	0.200

No que concerne às razões para a omissão de cuidados, a análise dos dados que apresentamos na tabela 5 permitem-nos verificar que os enfermeiros tenderam a considerar como “Não razão” ou “Razão menor” os aspetos relacionados com os itens «Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia)», «Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários», «Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários» e «Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado». Como “Razão menor” ou “Razão moderada” tendem a ser indicados os itens «Medicamentos não disponíveis quando necessário», «Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem», «Falta de apoio dos membros da equipa», «Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES / DE APOIO», «Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM», «Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA», «Profissional de saúde ausente ou indisponível» e «Elevada atividade de admissão e alta». Como “Razão moderada” ou “Razão significativa” tenderam a ser indicados os itens «Inadequado número de elementos na equipa», «Situações de doentes

urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente)», «Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade», «Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.)» e «Distribuição não equilibrada de pessoas».

A análise em termos de dimensões permite-nos constatar que surgem como razões mais importantes para a omissão a «Gravidade e fluxo de doentes», «Dotação de profissionais» e a «Comunicação na equipa».

Tabela 5 - Distribuição percentual das respostas dos enfermeiros aos itens das razões para os cuidados omissos – Escala MISSCARE (n = 55)

Itens	Não é razão	Razão menor	Razão moderada	Razão significativa		
Inadequado número de elementos na equipa	10.9	12.7	47.3	29.1		
Situações de doentes urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente)	5.5	16.4	36.4	41.8		
Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade	1.8	14.5	38.2	45.5		
Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.)	3.6	27.3	52.7	16.4		
Distribuição não equilibrada de doentes	7.3	25.5	40.0	27.3		
Medicamentos não disponíveis quando necessário	18.2	50.9	20.0	10.9		
Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem	16.4	58.2	20.0	5.5		
Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia)	27.3	47.3	25.5	0.0		
Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários	21.8	49.1	16.4	12.7		
Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários	23.6	45.5	18.2	12.7		
Falta de apoio dos membros da equipa	7.3	47.3	30.9	14.5		
Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES / DE APOIO	12.7	43.6	30.9	12.7		
Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM	5.5	49.1	30.9	14.5		
Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA	5.5	30.9	36.4	27.3		
Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado	21.8	40.0	18.2	20.0		
Profissional de saúde ausente ou indisponível	12.7	40.0	29.1	18.2		
Elevada atividade de admissão e alta	14.5	32.7	36.4	16.4		
Estatísticas resumo das dimensões e global	Min	Máx	Md	M	DP	p
Comunicação na equipa	1.00	4.00	2.43	2.48	0.67	0.079
Recursos materiais	1.00	4.00	2.00	2.20	0.91	0.000
Gravidade e fluxo de doentes	1.00	4.00	3.00	2.99	0.73	0.002
Gestão e organização	1.00	3.67	2.33	2.36	0.62	0.035
Dotação de profissionais	1.00	4.00	3.00	2.88	0.71	0.004
Razões para a omissão (global)	1.00	3.82	2.53	2.56	0.53	0.200

Tendo por base os resultados que apresentamos na tabela 6 referentes ao ambiente da prática de cuidados de enfermagem e que foram obtidos através da aplicação da escala PES-NWI, podemos verificar que em todas as dimensões as amplitudes de variação dos resultados são muito próximas, pelo que podemos considerar que a heterogeneidade das respostas foi semelhante. Verificamos também que os

resultados obtidos para as medidas de tendência central (média e mediana) se situam próximo do valor central da escala (2.5). Este facto permite-nos afirmar que os inquiridos tenderam a considerar que o ambiente da prática de cuidados é razoável.

Tabela 6 - Estatísticas resumo das dimensões e global da escala PES-NWI (n = 55)

Dimensões e global	Min	Máx	Md	M	DP	p
Participação nos assuntos do hospital	1.22	4.00	2.11	2.14	0.54	0.081
Fundamentos da enfermagem para a qualidade dos cuidados	1.30	4.00	2.73	2.70	0.45	0.017
Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	1.00	4.00	2.20	2.17	0.75	0.200
Adequação de recursos humanos e materiais	1.50	4.00	2.50	2.52	0.54	0.002
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	1.00	4.00	3.00	2.72	0.61	0.000
Ambiente da prática de cuidados (global)	1.29	4.00	2.39	2.44	0.48	0.200

Para avaliar a relação dos cuidados de enfermagem omissos com a satisfação profissional e com as razões para a omissão procedemos ao estudo da correlação, através do coeficiente de correlação de *Spearman*, entre os resultados das variáveis (dimensões e globais).

Os resultados que apresentamos na tabela 7 permitem-nos afirmar que com a satisfação profissional existem correlações significativas ( $p < 0.05$ ), nas dimensões «Avaliação do doente e documentação» e «Pontualidade na resposta ao doente/equipa», muito significativas ( $p < 0.01$ ), nas dimensões «Cuidados instrumentais» e «Eficiência na alimentação e medicação» e ainda no global dos «Cuidados de enfermagem omissos», e altamente significativas ( $p < 0.001$ ), na dimensão «Cuidados para a capacitação/autonomia do doente». Os valores observados para o coeficiente de correlação revelam que a correlação entre estas variáveis é fraca ou moderada e negativa em todas as dimensões e no global. Concluímos que os enfermeiros que evidenciam uma maior satisfação profissional tendem a perceber menor frequência de omissão de cuidados.

Com as razões para a omissão de cuidados, observamos algumas correlações significativas ou muito significativas. Sendo todas estas correlações fracas ou moderadas e positivas, podemos afirmar que os enfermeiros que valorizam mais as razões para a omissão tendem a perceber maior frequência dos cuidados de enfermagem omissos.

Tabela 7a - Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos com a satisfação profissional e com as dimensões e global das razões para a omissão - Escala MISSCARE (n = 55)

Dimensões e globais	SP	CE	RM	GFD	GO	DP	RO
Cuidados instrumentais	-0.35**	0.25	0.15	-0.03	0.13	0.13	0.18
Avaliação do doente e documentação	-0.36*	0.17	0.15	-0.03	0.29*	0.15	0.18
Pontualidade na resposta ao doente/equipa	-0.29*	0.36**	0.32*	0.15	0.20	0.45**	0.40**

\*  $p < 0.05$       \*\*  $p < 0.01$       \*\*\*  $p < 0.001$

SP – Satisfação profissional; CE – Comunicação na equipa; RM – Recursos materiais; GFD – Gravidade e fluxo de doentes; GO – Gestão e organização; DP – Dotação de profissionais; RO – Razões para a omissão (global)

Tabela 7b - Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos com a satisfação profissional e com as dimensões e global das razões para a omissão - Escala MISSCARE - continuação (n = 55)

Dimensões e globais	SP	CE	RM	GFD	GO	DP	RO
Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	-0.51***	0.39**	0.21	0.03	0.21	0.19	0.33*
Eficiência na alimentação e medicação	-0.42**	0.40**	0.18	0.23	0.12	0.27*	0.36**
Cuidados de enfermagem omissos (global)	-0.44**	0.37**	0.24	0.08	0.22	0.27*	0.34*

\* p < 0.05      \*\* p < 0.01      \*\*\* p < 0.001

SP – Satisfação profissional; CE – Comunicação na equipa; RM – Recursos materiais; GFD – Gravidade e fluxo de doentes; GO – Gestão e organização; DP – Dotação de profissionais; RO – Razões para a omissão (global)

Utilizando também o coeficiente de correlação de *Spearman* procedemos à avaliação da relação existente entre os cuidados de enfermagem omissos e o ambiente da prática de cuidados. Os resultados que constituem a tabela 8 permitem-nos verificar a existência de algumas correlações significativas ou muito significativas, fracas a moderadas. Todas estas correlações são negativas pelo que os dados evidenciam a tendência para que os enfermeiros que avaliam melhor o ambiente da prática de cuidados tendem a perceber menor omissão dos cuidados de enfermagem.

Tabela 8 - Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – com as dimensões e global do ambiente da prática de cuidados - Escala PES-NWI (n = 55)

Dimensões e globais	PAH	FEQC	CGLAE	ARHM	RCEM	APC
Cuidados instrumentais	-0.12	-0.19	-0.17	-0.03	-0.08	-0.14
Avaliação do doente e documentação	-0.15	-0.25	-0.21	-0.14	-0.24	-0.23
Pontualidade na resposta ao doente/equipa	-0.15	-0.34*	-0.31*	-0.19	-0.24	-0.32*
Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	-0.30*	-0.39**	-0.40**	-0.08	-0.18	-0.34*
Eficiência na alimentação e medicação	-0.16	-0.32*	-0.25	-0.17	-0.26	-0.28*
Cuidados de enfermagem omissos (global)	-0.18	-0.34*	-0.30*	-0.12	-0.18	-0.29*

\* p < 0.05      \*\* p < 0.01      \*\*\* p < 0.001

PAH – Participação nos assuntos do hospital; FEQC – Fundamentos da enfermagem para a qualidade dos cuidados; CGLAE – Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros; ARHM – Adequação de recursos humanos e materiais; RCEM – Relações colegiais entre enfermeiros e médicos; APC – Ambiente da prática de cuidados (global)

Através do teste *Kruskal-Wallis* procedemos à comparação dos cuidados de enfermagem omissos em função das habilitações académicas dos enfermeiros. Os resultados que apresentamos na tabela 9 permitem-nos constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões «Cuidados instrumentais» e «Eficiência na alimentação e medicação» e ainda no global. A aplicação do teste *Tukey*, como teste *post-hoc*, revelou que as diferenças significativas ocorrem entre o grupo de enfermeiros com Licenciatura em Enfermagem e os grupos com níveis mais elevados de habilitações. Comprando os resultados obtidos para as medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana), podemos afirmar que os profissionais que possuíam Licenciatura em Enfermagem tendem a evidenciar menor perceção da omissão de cuidados naquelas duas dimensões e no global.

Tabela 9 - Comparação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – em função das habilitações académicas (n = 54)

Dimensões e global	Habilitações académicas	n	M <sub>ord</sub>	M	Md	$\chi^2$	p
Cuidados instrumentais	Licenciatura em Enfermagem	27	21.85	1.81	1.67	7.239	0.027
	Pós-Licenciatura de Especialização...	12	34.71	2.29	2.17		
	Mestrado em Enfermagem	15	31.90	2.18	2.00		
Avaliação do doente e documentação	Licenciatura em Enfermagem	27	23.02	2.07	2.00	5.332	0.070
	Pós-Licenciatura de Especialização...	12	35.17	2.65	2.40		
	Mestrado em Enfermagem	15	29.43	2.32	2.40		
Pontualidade na resposta doente/equipa	Licenciatura em Enfermagem	27	25.28	2.55	2.80	3.300	0.192
	Pós-Licenciatura de Especialização...	12	34.71	3.00	2.80		
	Mestrado em Enfermagem	15	25.73	2.64	2.60		
Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	Licenciatura em Enfermagem	27	25.04	3.07	3.00	1.434	0.488
	Pós-Licenciatura de Especialização...	12	28.96	3.27	3.20		
	Mestrado em Enfermagem	15	30.77	3.21	3.20		
Eficiência na alimentação e medicação	Licenciatura em Enfermagem	27	22.30	2.59	2.67	6.659	0.036
	Pós-Licenciatura de Especialização...	12	35.46	3.42	3.50		
	Mestrado em Enfermagem	15	30.50	3.18	2.67		
Cuidados de enfermagem omissos (global)	Licenciatura em Enfermagem	27	22.61	2.38	2.29	6.231	0.044
	Pós-Licenciatura de Especialização...	12	35.79	2.86	2.79		
	Mestrado em Enfermagem	15	29.67	2.64	2.50		

Para compararmos a omissão dos cuidados de enfermagem em função da categoria profissional dos enfermeiros aplicámos o teste *Mann-Whitney*. Os resultados que constituem a tabela 10 permitem-nos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões «Cuidados instrumentais» e «Avaliação do doente e documentação». Da análise dos valores das medidas de tendência central podemos afirmar que os profissionais com a categoria de Enfermeiro tendem a perceber menor omissão de cuidados de enfermagem, naquelas duas dimensões, por comparação com os profissionais que ocupam a categoria de Enfermeiro Especialista.

Tabela 10 - Comparação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – em função da categoria profissional

(n = 54)

Dimensões e global	Categoria profissional	n	M <sub>ord</sub>	M	Md	z	p
Cuidados instrumentais	Enfermeiro	23	23.94	1.86	1.83	-2.095	0.036
	Enfermeiro Especialista	21	33.10	2.21	2.00		
Avaliação do doente e documentação	Enfermeiro	23	23.89	2.09	2.20	-2.124	0.034
	Enfermeiro Especialista	21	33.17	2.51	2.40		
Pontualidade na resposta doente/equipa	Enfermeiro	23	27.02	2.63	2.80	-0.286	0.775
	Enfermeiro Especialista	21	28.26	2.76	2.80		
Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	Enfermeiro	23	26.44	3.09	3.20	-0.626	0.531
	Enfermeiro Especialista	21	29.17	3.21	3.20		
Eficiência na alimentação e medicação	Enfermeiro	23	24.20	2.71	2.67	-1.948	0.051
	Enfermeiro Especialista	21	32.69	3.24	3.00		
Cuidados de enfermagem omissos (global)	Enfermeiro	23	24.64	2.43	2.50	-1.677	0.093
	Enfermeiro Especialista	21	32.00	2.73	2.63		

Procedemos ao estudo da relação dos cuidados de enfermagem omissos com o número de admissões no último turno e com o número de altas/transferências no último turno aplicando, novamente, o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Os resultados que apresentamos na tabela 11 permitem-nos verificar que existem correlações fracas, mas estatisticamente significativas entre o número de admissões no último turno e as dimensões «Pontualidade na resposta ao doente/equipa» e «Eficiência na alimentação e medicação». Com o número de altas/transferências no último turno verificamos que existem correlações moderadas com as dimensões «Pontualidade na resposta ao doente/equipa» e «Eficiência na alimentação e medicação» e correlação fraca com o global. No entanto, estas correlações são muito significativas, em duas das situações, e altamente significativa, na terceira.

Sendo todas as correlações positivas somos levados a afirmar que quando aumenta o número de admissões e o número de altas/transferências tende a ser mais elevada a perceção de cuidados de enfermagem omissos.

Tabela 11 - Correlação das dimensões e global dos cuidados de enfermagem omissos – Escala MISSCARE – com o número de admissões e o número de altas/transferências no último turno (n = 55)

Dimensões e global	N.º de admissões no último turno	N.º de altas/transferências no último turno
Cuidados instrumentais	0.15	0.19
Avaliação do doente e documentação	0.17	0.21
Pontualidade na resposta ao doente/equipa	0.33*	0.45**
Cuidados para a capacitação/autonomia do doente	-0.08	0.09
Eficiência na alimentação e medicação	0.29*	0.48***
Cuidados de enfermagem omissos (global)	0.24	0.37**

\* p < 0.05      \*\* p < 0.01      \*\*\* p < 0.001

Procedemos a estudos estatísticos envolvendo outras variáveis, mas não se verificaram relações ou diferenças estatisticamente significativas nos estudos envolvendo a idade, o sexo, o vínculo profissional, o tempo de experiência profissional, o tempo de experiência no atual serviço, o turno realizado com maior frequência, as horas extraordinárias feitas nos últimos 3 meses, a intenção de deixar a profissão ou o serviço e o número de pessoas a que prestou cuidados no último turno da manhã.

#### 4 DISCUSSÃO

Tal como já foi referido anteriormente, quer a escala Misscare quer a escala PES-NWI, através da aplicação do coeficiente de Alpha Cronbach, evidenciam que estas escalas mantêm boas propriedades psicométricas quando aplicadas à amostra em estudo.

Segundo os resultados do estudo, podemos admitir que existem cuidados de enfermagem que são omitidos durante a prestação de cuidados, tal como corrobora a evidência dos estudos realizados por Parker et al. (2018), Loureiro (2019), Paiva et al. (2021) e Gurková et al. (2021), reforçando que a evidência científica admite que o cuidado perdido é comum na enfermagem.

Com a realização desta investigação, foi possível identificar quais os cuidados de enfermagem percebidos como os mais omitidos, bem como os menos.

Assim, os cuidados de enfermagem com as percentagens mais elevadas de omissão são: deambulação três vezes por dia ou conforme planeado suporte emocional ao doente e/ou família; posicionar o doente a cada duas horas; ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico; documentação completa de todos os dados necessários; alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes; e assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas, itens sinalizados como cuidados com omissão relevante por Loureiro (2019). Também num estudo realizado por Gurková et al. (2021) é descrito que os cuidados de enfermagem omitidos mais prevalentes passam pelos anteriormente referidos mas contempla também a higiene oral. Num estudo datado de 2015, foram descritos como cuidados menos priorizados e omitidos o banho do doente/cuidados à pele, cuidados à boca e a higienização das mãos (Jones et al.), sendo que na percepção dos enfermeiros de cuidados intensivos que participaram no estudo, estes três aspetos situam-se entre os 25.5 e os 50.9% de cuidados nunca ou raramente omitidos.

Por outro lado, relativamente aos cuidados menos vezes percebidos como omitidos, estes recaem sobre o banho do doente/cuidados à pele; cuidados à pele/feridas; monitorização da glicemia conforme o planeado; avaliações do doente realizadas a cada turno; sinais vitais avaliados como prescrito e monitorização de entradas/saídas. Situação que é sobreponível ao estudo de Gurková et al. (2021).

Em 2021, Paiva et al. identificaram os cuidados de manutenção com os dispositivos médicos como sendo reportados pela primeira vez como um cuidado de enfermagem omitido. No presente estudo, podemos concluir que este cuidado é percebido como ocasional ou frequentemente omitido em 38,1% dos casos.

Podemos constatar também que existem vários itens em que nenhum enfermeiro percebeu como sendo sempre omitido como por exemplo: ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico, banho do doente/cuidados à pele, monitorização da glicemia capilar conforme planeado.

Relativamente às razões mais frequentemente apontadas para a omissão de cuidados surgem nas dimensões da gravidade e fluxo de doentes, dotações de profissionais e a comunicação na equipa, que incluem os itens inadequado número de elementos na equipa, situações de doentes urgentes, aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade, número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo e distribuição não equilibrada de pessoas.

Avaliando a correlação existente entre os cuidados de enfermagem omitidos e a satisfação profissional sabemos que os enfermeiros que evidenciam uma maior satisfação profissional têm uma menor percepção da frequência de cuidados omitidos. Por outro lado, os enfermeiros que valorizam mais as razões para a omissão de cuidados tendem a perceberem uma maior frequência de omissão de cuidados.

Relativamente ao ambiente da prática de cuidados, os enfermeiros participantes no estudo consideram-no razoável e pode concluir-se que quanto melhor o ambiente da prática de cuidados menor, é a tendência para perceberem a omissão de cuidados, tal como é corroborado por Park et al. (2018). Tendo em consideração as cinco dimensões da escala do ambiente para a prática de cuidados (PES-NWI), os fundamentos para a qualidade dos cuidados bem como a capacidade de gestão, liderança e apoio dos enfermeiros são consideradas

as características com maior expressão para prever a diminuição dos cuidados omissos, enquanto que noutro estudo foi sinalizada a adequação de recursos humanos e materiais (Parker et al., 2018).

Podemos concluir que os enfermeiros com Licenciatura em Enfermagem são os enfermeiros tendem a perceber menor omissão de cuidados nas dimensões dos cuidados instrumentais e na eficiência na alimentação e medicação. Por outro lado, podemos assumir que os enfermeiros especialistas têm efetivamente maior perceção dos cuidados que são omitidos na dimensão dos cuidados instrumentais e na avaliação do doente e documentação.

Sabemos também que na amostra em estudo, aumentou a perceção de cuidados de enfermagem omissos, quando aumenta quer o número de admissões quer o número de altas/transferências.

## CONCLUSÕES

Com este estudo foi possível identificar os cuidados de enfermagem que, na perceção dos enfermeiros, são omissos no contexto analisado, percebendo-se assim que a dimensão ética do cuidar está comprometida, uma vez que todo o enfermeiro tem o dever moral de prestar cuidados seguros, de qualidade e de proteger a pessoa do dano.

Salienta-se, com vista à mudança das práticas, a importância de desenvolver mais estudos nesta área, com amostras mais representativas e que utilizem outras fontes de informação (tais como os sistemas de informação, os pessoas e familiares) e outras técnicas de recolha de dados (como a observação), por forma a cruzar-se dados provenientes dos diferentes intervenientes no processo de cuidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Amaral, A., Ferreira, P., Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.

[https://www.researchgate.net/publication/267959485\\_O\\_R\\_I\\_G\\_I\\_N\\_A\\_L\\_P\\_A\\_P\\_E\\_R\\_Validation\\_of\\_the\\_Practice\\_Environment\\_Scale\\_of\\_the\\_Nursing\\_Work\\_Index\\_PES-NWI\\_for\\_the\\_Portuguese\\_nurse\\_population](https://www.researchgate.net/publication/267959485_O_R_I_G_I_N_A_L_P_A_P_E_R_Validation_of_the_Practice_Environment_Scale_of_the_Nursing_Work_Index_PES-NWI_for_the_Portuguese_nurse_population)

Campbell, C. M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C. V., Baernholdt, M., Jones, T., & Patrician, P. A. (2020). Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *Journal of nursing management*, 28(8), 2174–2184. <https://doi.org/10.1111/jonm.12979>

Dutra, C., & Guirardello, E. B. (2021). Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 77(5), 2398–2406. <https://doi.org/10.1111/jan.14764>

Gurková, E., Mikšová, Z., & Šáteková, L. (2021). Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *International nursing review*, 10.1111/inr.12710. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/inr.12710>

Harvey, C. L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of health organization and management*, 32(3), 494–510. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>

Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>

Loureiro, A.R. (2019). *Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados* [Tese de Mestrado]. Obtido de: <http://web.esenfc.pt/?url=MSakpsHf>

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com SPSS Statistics*. 8ª ed. Pêro Pinheiro: Cafilesa.

Młynarska, A., Krawuczka, A., Kolarczyk, E., & Uchmanowicz, I. (2020). Rationing of Nursing Care in Intensive Care Units. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 6944. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196944>

Paiva, I. C., Amaral, A. F., & Moreira, I. M. (2021). Cuidados de enfermagem omissos: percepção de enfermeiros de um hospital de oncologia português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20075. <https://doi.org/10.12707/RV20075>

Park, S. H., Hanchett, M., & Ma, C. (2018). Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(6), 722–730. <https://doi.org/10.1111/jnu.12434>

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementariedade do SPSS*. 6ªEd. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Suhonen, R., & Scott, P. A. (2018). Missed care: A need for careful ethical discussion. *Nursing Ethics*, 25(5), 549-551. <https://doi.org/10.1177/0969733018790837>

Zeleníková, R., Jarošová, D., Plevová, I., & Janíková, E. (2020). Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3805. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113805>

## Conclusão

O enfermeiro é, sem dúvida, o profissional privilegiado no decorrer quer da sua formação académica quer, posteriormente, durante a prática da sua profissão. Este é o profissional que está presente ao longo de todo o ciclo vital, deste o nascimento à morte, tendo como missão a arte do cuidar da pessoa, independentemente do seu nível de dependência e vulnerabilidade, lidando e gerindo as mais diversas respostas físicas, emocionais e psicológicas.

Com o término deste relatório final de estágio, termina mais uma longa e dura etapa nesta caminhada do que será a minha formação constante na aquisição de mais e melhores conhecimentos e competências, tornando-me uma profissional dedicada não só ao cuidar, mas também com uma visão cuidada sobre o papel do enfermeiro.

Com o aumento da esperança média de vida e o aumento da prevalência de doenças crónicas, torna-se imperativo o aumento do acesso e da disponibilidade dos cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem. Assim, e tendo consciência que não só o enfermeiro como todo o profissional de saúde se deve reger pelo princípio de não prejudicar, também é inquestionável que a omissão de cuidados por parte dos enfermeiros é uma realidade dos últimos tempos.

É indiscutível que o enfermeiro, durante a sua prática, é submetido às mais diversas solicitações quer por parte de outros profissionais, quer por parte de outros doentes e até familiares, condicionando a sua resposta às solicitações (atrasando ou até mesmo omitindo) apresentadas pela pessoa. Porém, não menos inquestionável é admitirmos que toda a pessoa tem o direito de ver satisfeitas as suas necessidades.

Sabemos que a ocorrência de omissão de cuidados abrange não só as intervenções autónomas como as interdependentes.

Na dimensão autónoma, os enfermeiros referenciam como cuidados omissos a deambulação três vezes por dia ou conforme planeado, o suporte emocional ao doente e/ou família, o posicionar a doente a cada duas horas, a alimentação da doente, entre outras. Por outro lado, também ocorre omissão de cuidados nas intervenções interdependentes tais como monitorização da glicemia conforme o planeado, avaliações da doente realizadas a cada turno, sinais vitais avaliados como prescrito e monitorização de entradas/saídas.

Como razões para a existência de cuidados de enfermagem omissos são referidas a gravidade e fluxo de doentes, dotações de profissionais e a comunicação na equipa. Porém, considerem o ambiente da prática de cuidados razoável.

Considero que os objetivos inicialmente delineados foram alcançados, permitindo dar resposta à questão de investigação.

Este relatório constitui-se um enorme desafio uma vez que me exigiu uma grande dedicação na sua realização, especialmente devido à minha necessidade de desenvolver as minhas competências no domínio da investigação.

## Referências Bibliográficas

- Amestoy, S. (2020). Inteligência Emocional: Habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha da frente contra o novo Coronavírus. *Journal of Nursin & Health*, 10 (4),1-11. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18993>
- Band, J., & Gaynes, R. (2018). Intravascular cateter-related infetion: Prevention of intravascular cateter-related infetions. *UpToDate*. Recuperado Outubro 20, 2021, em <http://www.uptodate.com/contents/intravascular-catheter-related-prevention>
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principi di etica biomedical*, (Fifth Edition). New York, Oxford University Press.
- Bellver Capella, Vicente. (2020). Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 46-50. Epub 19 de outubro de 2020. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es&tlng=es).
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Guia Geral para Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Faria, R., & Moreno, R. (2013). Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 25(2), pp. 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Gomes, J. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. *Livro de resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica*. (pp. 27-30). Lisboa: Ordem dos enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroResumos3EncontroEEEMC\\_site\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroResumos3EncontroEEEMC_site_proteg.pdf)
- Melo, A., Almeida, R., & Oliveira, C. (2014). A mecânica da ventilação mecânica. *Revista Medica Minas Gerais*, 24 (8), 43-48. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1679>
- Mossadegh, C., & Combes, A. (2017). *Nursing Care and ECMO* (1ª Edição). Switzerland: Springer.

- Mostardinha, A. (2016). A Díade Educação/Formação contínua e Práticas de Enfermagem no contexto de Supervisão Clínica. *Revista Nursing*. <http://www.nursing.pt/a-diade-educacaoformacao-continuae-praticas-de-enfermagem-no-contexto-de-supervisao-clinica/>
- Nunes, R., Chave, I., Alencar, J., Franco, S., Oliveira, Y., & Menezes, D. (2012) Índice Bispectral e outros parâmetros processados do eletroencefalograma: uma atualização. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 62(1) 111-117. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000100014>
- Oliveira, J., Zagalo, C., & Cavaco-Silva, P. (2014) Prevention of ventilator-associated pneumonia. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(3). <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2014.01.002>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro\\_cj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. *Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nobrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Medicina Intensiva: Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. Ministério da Saúde - República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pinho, J., Carneiro, H., Alves, F., Nunes, M., & Duarte, J. (2016). Resultados Plano nacional de avaliação da dor. Sociedade Portuguesa de cuidados intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2011). *Circular Normativa nº 017/2011 de 19/05/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. DGS. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Circular Normativa nº 029/2012 de 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. DGS. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia->

[aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 022/2015 de 16/12/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). *Circular Normativa nº 019/2015 de 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). *Circular Normativa nº 021/2015 de 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2019). *Circular Normativa nº 008/2019 de 09/12/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Portugal, Regulamento nº 122/2011. (2011, Fevereiro 18). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(35). <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Portugal, Regulamento nº 124/2011. (2011, Fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2(35). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124\\_2011\\_competenciasespecifenfpressoasituacaocritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfpressoasituacaocritica.pdf)

Portugal, Regulamento nº 429/2018. (2018, Julho 16). 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*, 2(135).  
<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Quintas, F. (2015). *Desenvolvimento de um oxímetro com comunicação bluetooth*. [Dissertação de Mestrado]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra.  
[https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29964/1/Ox%c3%admetroPulsoBluetooth\\_FQ.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29964/1/Ox%c3%admetroPulsoBluetooth_FQ.pdf)

Sangalli, F., Patroniti, N., & Pesenti, A. (2014). *ECMO-Extracorporeal Life Support in Adults*. Italia: Springer.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Portugal: Lidel;

Silva, P., Santos, A., Rodrigues, B., Novi, B., Ramos, D., Rocha, P., Cruz, P., & Pereira, L. (2019). Aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. *Journal of Management & Primary Health Care*, 10. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.334>

Sonneborn, O., & Williams, A. (2020). How does the 2020 revised definition of pain impact nursing practice? *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4), 25–28.  
<https://doi.org/10.26550/2209-1092.1104>



## **Apêndices**



## **Apêndice I**

Cuidados de Enfermagem na Administração de Hemoderivados



**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS**

**Aprovação:**

**Data:** 10 de Maio de 2021

**Modificações:**

**Objetivos:**

- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem para garantir a segurança no processo transfusional;
- Manter a qualidade dos componentes sanguíneos;
- Evitar erros na administração dos componentes sanguíneos;
- Garantir a utilização boas práticas no processo de transfusão de componentes sanguíneos

**Responsabilidade:** Todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hdff, EPE.

**Descrição:** Considera-se transfusão de hemoderivados a administração por via endovenosa de componentes sanguíneos de um dador para um recetor, o pessoa. Pode ter como finalidade aumentar a capacidade de transportar oxigénio, restaurar o volume de sangue, melhorar a imunidade e/ou corrigir problemas de coagulação.

De salientar: é um procedimento em que a **segurança transfusional** depende de todos os intervenientes no processo



**Minimizar os riscos e aumentar os benefícios para o pessoa.**

Procedimento	Aspectos relacionados
1) Verificação do componente logo que este é recebido no Serviço de Urgência.	<p>Verificar se a rotulagem do componente sanguíneo cumpre os seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente sanguíneo coincide com a prescrição médica;</li> <li>• Data de validade;</li> <li>• Grupo sanguíneo ABO compatível (eventual Rh D);</li> <li>• Identificação <b>inequívoca</b> do pessoa/recetor: <u>nome completo, data de nascimento e número do processo.</u></li> </ul> <p>Manter o rótulo do hemoderivado íntegro até ao final da transfusão;</p>
2) Identificação do pessoa.	<p>Fazer sempre a identificação “positiva” do pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar ao pessoa os dados referentes à sua identificação (nome completo e data de nascimento) e conferir com pulseira de identificação;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>No caso do pessoa inconsciente, desorientado ou com impossibilidade de comunicar, confirmar com os elementos presentes no processo clínico e pulseira de identificação;</li> </ul>
3) Verificar novamente a concordância, entre a identificação do pessoa e o rótulo do componente sanguíneo	Certificar-se da história clínica do pessoa relativa a transfusões e possíveis ocorrências de reações anteriores, informando o médico assistente;
4) Instruir/esclarecer o pessoa sobre todo o procedimento a realizar;	O pessoa (ou seu responsável legal) tem o direito de recusar a transfusão de hemoderivados. Desta forma, o Enfermeiro deve identificar e respeitar as crenças religiosas e culturais do pessoa e certificar-se que existe consentimento informado para a sua administração;
5) Posicionar o pessoa confortavelmente, atendendo à privacidade do pessoa;	A posição de semi-sentado diminui o risco de hipervolemia;
6) Providenciar um <b>acesso venoso exclusivo</b>	<p>Utilizar um cateter 18G (ou na impossibilidade recorrer a um cateter 20G), por forma a permitir um bom débito;</p> <p>Assegurar sempre a permeabilidade do cateter antes da utilização;</p> <p><b>Nunca administrar</b> soluções ou medicamentos na mesma via em que se encontra a perfundir um componente sanguíneo, devido ao risco de hemólise (à exceção do cloreto de sódio a 0,9%);</p>
7) Colocar uma torneira de 3 vias junto ao cateter	<p>Permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocação de um soro fisiológico 0,9% em perfusão simultânea com o componente sanguíneo (não obrigatório)</li> <li>No caso de uma reação, permite a rápida administração da medicação.</li> </ul>
8) Avaliar o pessoa (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória)	<p>Impresso “Registo do Ato Transfusional” (Modelo 020):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No canto superior direito proceder à identificação do pessoa - nome completo, data de nascimento e número do processo;</li> <li>Registar os dados pré-transfusão;</li> </ul>

**URGÊNCIA GERAL**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar os dados relativos ao componente;</li> <li>• Colar a etiqueta destacável do componente sanguíneo no respetivo quadrado;</li> </ul>
<p>9) Preencher o sistema de administração com filtro (170<math>\mu</math> – 200<math>\mu</math>) com o componente sanguíneo;</p>	<p>Usar <b>sempre sistemas de administração com filtros (170<math>\mu</math> – 200<math>\mu</math>)</b> para transfundir o componente. Estes permitem a perfusão adequada do componente e a remoção de coágulos e agregados;</p> <p>Só conectar o sistema de transfusão ao componente sanguíneo após verificar a permeabilização do acesso venoso e assegurar a estabilidade hemodinâmica do pessoa para a transfusão;</p> <p>Utilizar um novo sistema de transfusão com filtro para cada unidade de componente.</p>
<p>10) Iniciar a administração a um ritmo de 20 gotas por minuto, durante 15 minutos;</p>	<p>Nos <b>primeiros 15 minutos, vigiar com regularidade o pessoa</b> - é neste período que podem ocorrer grande parte das reações;</p> <p>As reações anafiláticas graves, geralmente, acontecem após a entrada de um pequeno volume na circulação.</p>
<p>11) Informar o pessoa que deverá comunicar de imediato ao Enfermeiro o aparecimento de sinais e sintomas;</p>	<p>Sinais e sintomas de reação adversa à transfusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade, agitação, sensação de mau estar, angústia, confusão mental;</li> <li>• Náuseas, vômitos, diarreia;</li> <li>• Taquipneia, taquicardia, cianose;</li> <li>• Calafrios, hipersudorese, febre/hipertermia, hipotermia;</li> <li>• Hemoglobinúria;</li> <li>• Dor no local da punção;</li> <li>• Hipotensão, hipertensão;</li> <li>• Oligúria/anúria;</li> <li>• Cefaleias;</li> <li>• Dor lombar, dor retroesternal, dor abdominal;</li> <li>• Rubor, erupção cutânea, prurido, petéquias;</li> <li>• Dispneia, edema da laringe, broncospasmo;</li> </ul>

	<p><b>IMPORTANTE:</b> No caso do pessoa apresentar algum destes sinais/sintomas, o Enfermeiro deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. <u>suspender de imediato a transfusão;</u></li> <li>II. <u>manter a veia permeável colocando um soro fisiológico 0,9% em perfusão;</u></li> <li>III. <u>informar o médico de serviço;</u></li> <li>IV. <u>realizar nova colheita para classificação ABO e Rh</u></li> <li>V. <u>enviar de imediato a unidade suspeita junto com a colheita de sangue ao serviço de Imunohemoterapia.</u></li> </ol>
12) Após 15 minutos, reavaliar os sinais vitais;	A estabilidade hemodinâmica do pessoa pode influenciar na continuidade da administração;
13) Aumentar o débito da administração consoante a prescrição médica ou tendo em conta o componente sanguíneo a administrar;	Atender às recomendações especificações dos diferentes componentes descritas abaixo;
14) Após o término da transfusão, monitorizar sinais vitais;	Realizar o registo no processo do pessoa; Registar no Modelo 020 a hora de término;
15) Fechar o doseador do sistema de transfusão, desconectá-lo do pessoa;	Desperdiçá-lo no contentor de grupo III;
16) Realizar lavagem com, pelo menos, 10cc de soro fisiológico 0,9% e obturar o cateter.	É importante garantir que o cateter fica funcionando.

### Recomendações específicas:

a) Administração de Concentrados de Eritrócitos (CE)

CE - Componente derivado de uma dádiva de sangue, da qual foram removidos os leucócitos, contendo uma quantidade residual de plasma.

- Deixar o CE à temperatura ambiente por 5 minutos e só depois proceder à sua administração. Salvo em situações de reposição massiva de sangue, o CE não deve ser aquecido;
- O ritmo de perfusão é de, aproximadamente, 2 ml por quilograma de peso por hora, o que perfaz um ritmo de 60 a 80 gotas por minuto;
- Num pessoa sem disfunção cardiovascular, a duração da transfusão deve ser de 60 a 120 minutos.

**URGÊNCIA GERAL**

- A transfusão **nunca deve demorar mais de 4 horas**, uma vez que ultrapassado este período é favorecida a proliferação bacteriana, colocando em risco a viabilidade do componente.

b) Administração de 'Pools' de Concentrados Plaquetários e Concentrados Unitários de Plaquetas

- **Concentrado Plaquetário Standard (CP)**– é obtido a partir da camada leucoplaquetária de uma única dádiva de sangue total. Contém 0,45-0,80x10<sup>11</sup> plaquetas suspensas em 50-70ml de plasma.
- **Pool de Concentrados Plaquetários** – é obtido através da junção de 4 a 6 CP. Contém um mínimo de 2,5x10<sup>11</sup> plaquetas suspensas num volume total de 250-300ml de plasma.
- **Concentrado Unitário de Plaquetas** – é obtido a partir de um único dador por aférese de plaquetas. Contém mais de 2,5x10<sup>11</sup> plaquetas, suspensas num volume total de 250-300ml de plasma.

- Transfundir, **de imediato**, as plaquetas após a sua chegada ao serviço. Na impossibilidade de iniciar de imediato a transfusão (até 30 minutos), devolver as plaquetas ao Serviço de Imunohemoterapia até estarem reunidas as condições para a administração;
- O ritmo de perfusão deverá ser tão rápido quanto o pessoa tolere, devendo ocorrer entre 20 a 40 minutos (ritmo de 130 a 200 gotas por minuto). Caso a situação clínica do pessoa condicione o ritmo da transfusão (por exemplo, risco de sobrecarga), deve ser efetuada de acordo com a prescrição médica;
- A transfusão de plaquetas **nunca deverá exceder as 2 horas**, de modo a preservar a função plaquetar (sem agregação) e devido ao risco de proliferação bacteriana.

c) Administração de Plasma Fresco Inativado

Plasma Fresco Inativado - contém todos os fatores de coagulação, incluindo Fator V e Fator VIII;

- Iniciar a transfusão logo que a unidade chegue ao serviço. Se não for possível iniciar a transfusão até 1 hora, devolver a unidade ao Serviço de Imunohemoterapia até estarem reunidas as condições para a administração;
- A unidade de plasma deverá ser transfundida durante 30 a 60 minutos, a um ritmo de 125 a 175 gotas por minuto. No caso de pessoas com disfunção cardiovascular, administrar segundo prescrição;
- A transfusão de uma unidade de plasma **não deverá ultrapassar as 2 horas**, de modo a preservar os fatores de coagulação;

### Documentação de referência:

Barra, A., Costa, C. & Cardoso, E. (2015). Transfusão de componentes sanguíneos e derivados. Serviço de Sangue e Medicina Transfusional do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. OM Pharma. Acedido em:

<https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1429/1/I7833%20Pocketbook%20Transfus%C3%A3o%20%28110x145%29.pdf>

Brito Silva, J. D., Vieira Sabino, K. C., De Brito, L. V. B. S., Da Silva, A. M., Dos Santos Costa, E., De Sousa Brito, A. L., Duarte Morais, F. J., De Araújo Lima Costa, K. R., & Cavalcante Oliveira, G. (2018). As Hemotransfusões E Atuação Do Enfermeiro Nos Procedimentos Alternativos. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 23(1), 100–105.

Acedido em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606\\_084138.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_084138.pdf)

Forster, F., Lohn Câmara, A., Kiefer Moraes, C. L., Honório, M. T., de Mattia, D., & Delacanal Lazzari, D. (2018). Percepção Dos Enfermeiros Quanto À Assistência De Enfermagem No Processo Transfusional. *Enfermagem Em Foco*, 9(3), 71–75. Acedido em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n3.1509>

Modelo 020: Registo do Acto Transfusional. Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Orozco Reyes, O. A., Soto Arreola, M. O., Nuñez Olvera, S. I., & Pérez Castro y. Vázquez, J. A. (2016). Manejo de las transfusiones por parte de Enfermería. *Revista CONAMED*, 21, 122–126.

Acedido em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons163c.pdf>

Valderrama Sanabria, M. L., Malpica Estupiñán, F. N., & Franco Vargas, K. Y. (2015). Cuidado De Enfermería en La Administración De Hemoderivados. *Revista Cuidarte*, 6(1), 955–963. Acedido em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.155>



Hospital Distrital da  
Figueira da Foz, E.P.E.

## URGÊNCIA GERAL

Silva Amaral, J. H., Silva Nunes, R. L., Simões Rodrigues, L. M., Ribeiro Braz, M., Marcelo Balbino, C., & Silvino, Z. R. (2016). Hemotherapy: A Challenge in the Daily Team of the Nursing Team. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10, 4820–4827.

Acedido em: <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201614>



## **Apêndice II**

Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar



## PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PUNÇÃO LOMBAR

---

**Aprovação:**

**Data:**

de Maio de 2021

**Modificações:**

---

### **Objetivos:**

Uniformizar procedimentos de Enfermagem relacionados com a realização de punção lombar.

### **Responsabilidade:**

Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hdff, EPE.

### **Descrição:**

Trata-se de uma técnica invasiva que permite aceder ao espaço subaracnoideu, com propósito diagnóstico e/ou terapêutico.

Consiste na inserção de uma agulha para obter uma amostra de líquido cérebro-espinhal (também conhecido por líquido cefalorraquídeo) habitualmente entre duas vértebras lombares (habitualmente a 4ª e a 5ª, L4-L5), para exame das suas características físicas, citológicas, microbiológicas e químicas, com vista ao diagnóstico de doenças; avaliação da pressão do líquido cérebro-espinhal em doenças do Sistema Nervoso; e ainda administração de substâncias medicamentosas no licor ou medula.

### **Indicações:**

- Análise laboratorial do líquido cefalorraquidiano, para identificar e avaliar doenças;
- Diagnóstico de doenças infecciosas: meningite, encefalite, mielites
- Diagnóstico de doenças inflamatórias: esclerose múltipla, Guillain-Barré
- Diagnóstico, estadiamento ou tratamento de doenças oncológicas como leucemia e linfomas.
- Diagnóstico de doenças metabólicas
- Administração de anestesia raquidiana, epidural, quimioterápicos e antibióticos;
- Descompressão medular;
- Medição da pressão do líquido cefalorraquidiano;
- Injeção de contraste ou substâncias radioativas para realização de exames de diagnóstico;

**Contraindicações:**

- Problemas de coagulação ou uso de medicamentos que interfiram com a técnica, como é o caso de anticoagulantes;
- Presença de hipertensão intracraniana, como a causada por uma massa cerebral, devido ao risco de haver deslocamento do cérebro e herniação;
- Infeção na pele no local da punção.

**Riscos mais comuns:**

- Cefaleias;
- Tonturas;
- Dor no local da punção;
- Infeção;
- Hemorragia.

Procedimento	Aspectos relacionados
17) Preparação do material	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bata</li> <li>• Luvas esterilizadas;</li> <li>• Campo cirúrgico</li> <li>• Agulha de Punção Lombar 20-22G;</li> <li>• Compressas esterilizadas;</li> <li>• Solução desinfetante;</li> <li>• Anestésico tópico;</li> <li>• Seringas de 5cc;</li> <li>• Agulha calibre 25G;</li> <li>• Agulha calibre 21G (aspirar anestésico);</li> <li>• Lidocaína 1-2%;</li> <li>• Frascos estéreis para colheita de Líquido Cefalorraquidiano (LCR);</li> <li>• Contentor para corto-perfurante</li> <li>• Adesivo;</li> <li>• Material de penso;</li> <li>• Resguardo</li> <li>• Saco do lixo;</li> </ul>

**URGÊNCIA GERAL**

18) Realização do procedimento.

- Perguntar ao pessoa os dados referentes à sua identificação (nome completo e data de nascimento) e conferir com pulseira de identificação;
- No caso do pessoa inconsciente, desorientado ou com impossibilidade de comunicar, confirmar com os elementos presentes no processo clínico e pulseira de identificação;
- Certificar se o pessoa está informado do procedimento que vai efetuar e proporcionar as informações e/ou os ensinamentos adequados oportunos e pedir a sua colaboração, proporcionando um ambiente calmo e seguro, criando um clima de confiança;
- Ajudar o pessoa a posicionar-se em decúbito lateral com os joelhos fletidos e a cabeça fletida sobre o tórax, com os ombros paralelos, em ângulo agudo e se necessário mantê-lo nessa posição ou como posição alternativa, ajudar o pessoa a sentar-se na cama com os pés apoiados e fletir a cabeça e o peito sobre os joelhos;
- Valorizar as queixas do pessoa e solicitar a sua cooperação e avisar de imediato o médico ou enfermeiro, no sentido de prevenir complicações;
- Colaborar com o médico durante a execução da técnica;
- Recolher o material utilizado, colocando-o em contentor de resíduos do grupo IV;
- Realizar o penso compressivo local;
- Após o procedimento orientar o pessoa a manter repouso durante duas horas, preferencialmente colocar os pés mais elevados em relação à cabeça, para prevenção de cefaleias, enquanto efeito

	<p>adverso mais comum. Monitorizar outras reações, após o procedimento, como por exemplo: dor lombar, náuseas, vômitos, vertigens, sonolência, crise convulsiva, rigidez da nuca, irritabilidade e parestesias;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar (nome, data de nascimento e número de processo) e providenciar o envio das amostras de LCR recolhido, para o laboratório, o mais rápido possível;</li><li>• Providenciar a triagem adequada dos materiais;</li><li>• Lavar as mãos;</li><li>• Realizar o respetivo registo de enfermagem.</li></ul>
--	---

## Bibliografia

Jane LA, Wray AA. (2021). Lumbar Puncture. *StatPearls*. Consultado em 29 mai. 2021. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557553/>

Engelborghs, S., Niemantsverdriet, E., Struyfs, H., Blennow, K., Brouns, R., Comabella, M., Dujmovic, I., van der Flier, W., Frölich, L., Galimberti, D., Gnanapavan, S., Hemmer, B., Hoff, E., Hort, J., Iacobaeus, E., Ingelsson, M., Jan de Jong, F., Jonsson, M., Khalil, M., Kuhle, J., ... Teunissen, C. E. (2017). Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. *Alzheimer's & dementia* (Amsterdam, Netherlands), 8, 111–126. Consultado em 29 mai. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.04.007>

### **Apêndice III**

Checklist de verificação da sala de emergência







## **Anexos**



## **Anexo I**

Pedido de utilização da escala PES-NWI validada para a população portuguesa



← RE: Pedido de utilização da escala PES-NWI validada para a população portuguesa

🕒 Você respondeu em Qui, 20/01/2022 20:47



Amaral

Para: Você

Exma Sra Enfermeira Andreia Raquel Moreira Rodrigues

Claro que autorizo a utilização da Escala PES-NWI, bastando para tal que em todos os locais onde apresentar dados sobre esse instrumento faça referência ao artigo da validação.

Atentamente

António Fernando Salgueiro Amaral





## **Anexo II**

Pedido de utilização da escala Misscare validada para a população portuguesa



← Re: Pedido para utilização da Escala Misscare

AL

Ana Rita Loureiro [Redacted]

↩ ↶ → ...

Para: Você

Cara colega,

Muito obrigada pelo seu contacto.

O artigo da validação da MISSCARE para a população portuguesa encontra-se em processo de publicação. Autorizo que utilize a escala, referenciando os seus autores.

Alguma coisa que seja necessário disponha. Bom trabalho!

Cumprimentos,

Ana Rita Loureiro

Ana Rita Loureiro

MSc | RN

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, Portugal

[Redacted]

@ [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



### **Anexo III**

Parecer da Comissão de Ética






COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

## Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Cuidados de Enfermagem Omissos: perceção dos enfermeiros em cuidados intensivos
Proponentes do projeto	Andreia Raquel Moreira Rodrigues Prof. Doutor António Madureira Dias
Investigador responsável	Andreia Raquel Moreira Rodrigues Prof. Doutor António Madureira Dias
Data de submissão	14/06/2021
Relatores	Dr. Luís Patrão, Prof. <sup>a</sup> Doutora Ernestina Silva e Prof. <sup>a</sup> Doutora Isabel Martins
Data da aprovação do parecer	22/06/2021
A presidente da CE do PV	 Ernestina Batoca Silva

## PARECER N.º 53/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b>



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

## REQUISITOS

*Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:*

---

*Tem como objetivos:*

- determinar a frequência e as razões para a omissão cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos,
- relacionar a influência de diversos fatores demográficos, profissionais e relacionados com os ambientes de prática de cuidados na omissão cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos.

*A ferramenta de estudo é um questionário, a divulgar pelas redes sociais e entre pares conhecidos, recorrendo à técnica de amostragem bola de neve, a aplicar a enfermeiros com mais de 1 ano de prática profissional e pelo menos 6 meses de trabalho em cuidados intensivos. É exibido e solicitado consentimento explícito para a resposta ao questionário.*

*Os dados pessoais recolhidos são adequados aos objetivos do estudo e não permitem a identificação do participante.*

---

## RECOMENDAÇÕES

*Sem recomendações.*

---

## ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

*Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?*

Não  Sim

**Motivos** (obrigatório se Sim):

**Tempo apropriado** (obrigatório se Sim):

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

## QUESTÕES ÉTICAS 1 SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas? Não  
 Sim  Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado? Não  
 Sim  Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.6. São pacientes?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos? Não  
 Sim  Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo? Não  
 Sim  Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas? Não  
 Sim  Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



## COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

## FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis. Não  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos. Não  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

## QUESTÕES ÉTICAS 2

## PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais? Não

*Sim*  *Não aplicável*

2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*

2.3. Envolve o processamento de informação genética? Não

*Sim*  *Não aplicável*

2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes? Não

*Sim*  *Não aplicável*

2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)? Não

*Sim*  *Não aplicável*

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

**2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE. Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.  
*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente  
*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

**QUESTÕES ÉTICAS 3**  
**ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável

**3.7. REQUISITOS – ANIMAIS**

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas  
*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*



## COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

## FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo. Não  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*  *já fornecido*  *detalhes adicionais*

## QUESTÕES ÉTICAS 4

## PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas? Não

*Sim*  *Não aplicável*

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

*Não*  *Sim*  *Não aplicável*

**4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**



(parecer\_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.3. O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.4. Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

## QUESTÕES ÉTICAS 5

### OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



## **Anexo IV**

Instrumento de Colheita de Dados



## Cuidados de Enfermagem Omissos: percepção dos enfermeiros em cuidados intensivos

Eu, Andreia Raquel Moreira Rodrigues, sou enfermeira e estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontro-me a realizar um estudo no âmbito do Relatório Final, intitulado "Cuidados de Enfermagem Omissos: percepção dos enfermeiros em cuidados intensivos".

Os cuidados de enfermagem omissos (CEO) são definidos como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados, o que corresponde a um erro de omissão (Kalisch, 2015). Tendo como finalidade promover o conhecimento em Enfermagem e contribuir para a melhoria dos cuidados, defini como objetivos: determinar a frequência e as razões para a omissão cuidados de enfermagem e relacionar a influência de diversos fatores demográficos, profissionais e relacionados com o ambiente de prática de cuidados na omissão cuidados de enfermagem. A população alvo são os enfermeiros a exercer em unidades de cuidados intensivos em Portugal.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, participando no preenchimento de duas escalas – MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009, validada por Loureiro, 2019), que avalia a satisfação profissional, os CEO e os fatores relacionados e PES-NWI, que avalia o ambiente da prática de cuidados (Amaral, Ferreira e Lake, 2012). Demora sensivelmente 10 minutos.

A sua participação é deveras importante, comprometendo-me desde já a cumprir rigorosamente os pressupostos da confidencialidade, anonimato e consentimento informado, encontrando-me inteiramente disponível para qualquer esclarecimento adicional pelo email [armr47@hotmail.com](mailto:armr47@hotmail.com).

O participante pode desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação ao investigador e sem prejuízo.

A enfermeira investigadora: Andreia Raquel Moreira Rodrigues

---

### \*Obrigatório

1. Declaro que tive conhecimento do âmbito e objetivos do estudo a desenvolver por Andreia Raquel Moreira Rodrigues, com o título "Cuidados de Enfermagem Omissos: percepção dos enfermeiros em cuidados intensivos" e que aceito participar no mesmo, de forma voluntária, respondendo ao questionário, permitindo a utilização dos dados que voluntariamente faculto para estudo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Aceito participar neste estudo

A| Satisfação Profissional - Escala MISSCARE  
(Kalisch & Williams, 2009; validada por Loureiro,  
2019)

Por favor, selecione uma  
resposta para cada pergunta. \*

2. Quão satisfeito está na sua situação profissional atual? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito Satisfeito  
 Satisfeito  
 Neutro  
 Insatisfeito  
 Muito Insatisfeito

3. Independente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito Satisfeito  
 Satisfeito  
 Neutro  
 Insatisfeito  
 Muito Insatisfeito

4. Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Muito Satisfeito  
 Satisfeito  
 Neutro  
 Insatisfeito  
 Muito Insatisfeito

7. Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

8. Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

9. Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

B| CEO -  
Escala  
MISSCARE  
(Kalisch &  
Williams, 2009;  
validada por  
Loureiro, 2019)

Segundo Kalisch (2015), os cuidados de enfermagem omissos são cuidados de enfermagem que deveriam ter sido prestados ao doente e que foram omitidos parcialmente ou na totalidade ou significativamente adiados. Esta omissão (parcial ou total) ou o adiamento desses cuidados corresponde a erros de omissão.

No melhor de seu conhecimento, com que frequência os seguintes elementos do cuidado de enfermagem são OMISSOS pela equipa de enfermagem (incluindo-o/a) na sua unidade? Selecione apenas uma opção para cada item. \*

5. Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

6. Posicionar o doente a cada 2 horas \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 10. Sinais vitais avaliados como prescrito \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 11. Monitorização de entradas/saídas \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 12. Documentação completa de todos os dados necessários \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

13. Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

14. Suporte emocional ao doente e/ou família \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

15. Banho do doente/cuidados à pele \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 16. Cuidados à boca \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 17. Lavar as mãos \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 18. Planeamento da alta do doente e ensino \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 19. Monitorização da glicémia conforme planeado \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 20. Avaliações do doente realizadas em cada turno \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

## 21. Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

22. Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

23. Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

24. Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

25. Avaliar a eficácia dos medicamentos \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso  
 Frequentemente Omisso  
 Ocasionalmente Omisso  
 Raramente Omisso  
 Nunca Omisso

26. Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso  
 Frequentemente Omisso  
 Ocasionalmente Omisso  
 Raramente Omisso  
 Nunca Omisso

27. Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso  
 Frequentemente Omisso  
 Ocasionalmente Omisso  
 Raramente Omisso  
 Nunca Omisso

## 28. Cuidados à pele/feridas \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre Omisso
- Frequentemente Omisso
- Ocasionalmente Omisso
- Raramente Omisso
- Nunca Omisso

C| Razões para a Omissão - Escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009; validada por Loureiro, 2019)

Pensando nos cuidados de enfermagem omissos, na sua unidade, como indicou na secção B deste questionário, indique as RAZÕES porque o cuidado de enfermagem está a ser omissos na sua unidade. Selecione apenas uma opção para cada item. \*

## 29. Inadequado número de elementos na equipa \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissos

## 30. Situações de doentes urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissos

31. Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissso

32. Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissso

33. Distribuição não equilibrada de doentes \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissso

34. Medicamentos não disponíveis quando necessário \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissso

35. Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omisso

36. Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia) \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omisso

37. Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omisso

38. Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

39. Falta de apoio dos membros da equipa \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

40. Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES / DE APOIO \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

41. Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

## 42. Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

## 43. Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

## 44. Profissional de saúde ausente ou indisponível \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

## 45. Elevada atividade de admissão e alta \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Razão Significativa
- Razão Moderada
- Razão Menor
- Não é razão para o cuidado omissa

**D| Ambiente da Prática  
de Cuidados Escala  
PES-NWI (Amaral,  
Ferreira & Lake, 2012)**

Por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas relativamente à presença desse aspeto no seu local de trabalho atual. Assinale a resposta que melhor se adequa a si. \*

46. Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

47. Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

48. Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

49. Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

50. Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

51. Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

52. Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

53. Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

54. Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

55. Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

56. O diretor de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

57. Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

58. Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

59. A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

60. A direção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

61. Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

62. São proporcionadas oportunidades de promoção \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

63. Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

64. Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

65. O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

66. A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

67. Existe um programa ativo de garantia da qualidade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

68. Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (como por exemplo: comissões de práticas e de política). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

69. Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

70. Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém -contratados \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

71. Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

72. Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

73. Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

74. Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

75. A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

76. Utilizam-se diagnósticos de enfermagem. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Concordo Totalmente  
 Concordo  
 Discordo  
 Discordo Totalmente

## E| Caracterização demográfica, académica e profissional

77. Idade \*

## 78. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

## 79. Habilitações Académicas \*

*Marcar apenas uma oval.*

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem

Doutoramento em Enfermagem

Outra: \_\_\_\_\_

## 80. Categoria Profissional \*

*Marcar apenas uma oval.*

Enfermeiro

Enf. Especialista

Outra: \_\_\_\_\_

81. Vínculo profissional com a Instituição onde exerce funções \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Contrato por funções públicas por tempo indeterminado
- Contrato por funções públicas por tempo certo
- Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado
- Contrato individual de trabalho por tempo certo
- Contrato individual de trabalho por tempo incerto
- Outra: \_\_\_\_\_

82. Número de horas semanal \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 35h/semana
- 40h/semana
- Outra: \_\_\_\_\_

83. Nº de anos de experiência profissional \*

\_\_\_\_\_

84. Nº de anos de experiência no atual serviço onde exerce funções \*

\_\_\_\_\_

85. Qual o turno que faz com maior frequência? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Turno da Manhã
- Turno da Tarde
- Turno da Noite
- Turnos Rotativos

86. Qual a duração do turno que faz com maior frequência? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 7 horas
- 8 horas
- 10 horas
- 12 horas
- Outra: \_\_\_\_\_

87. Nos últimos 3 meses, quantas horas extraordinárias fez? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nenhuma
- 1 a 20 horas
- 20 a 50 horas
- Mais do que 50 horas

88. Planeia deixar a profissão ou o serviço onde exerce funções atualmente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nos próximos 6 meses
- No próximo ano
- Não planeio

89. No seu último turno da manhã, prestou cuidados a quantos doentes? \*

\_\_\_\_\_

90. No seu último turno de trabalho, quantas admissões de doentes teve? \*

\_\_\_\_\_

91. No seu último turno de trabalho, quantas altas/transferências de doentes teve?  
\*

---

Muito obrigada pela sua participação.

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

**Google** Formulários

