



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

*“Burnout no Enfermeiro em Tempo Covid-19:
Revisão Scoping”*

*Relatório final em contexto de Urgência
e em contexto de Cuidados Intensivos*

Maria Clarinda Esteves Simões nº 4117
CMEMC 8ª ed.

Agosto de 2023

**“Burnout no Enfermeiro em Tempo Covid-19:
Revisão Scoping”**

***Relatório final em contexto de Urgência
e em contexto de Cuidados Intensivos***

Maria Clarinda Esteves Simões nº4117
Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica 8ª ed.

Trabalho efetuado sob a orientação:
Professor Doutor Olivério Ribeiro

Agosto de 2023

RESUMO

Introdução: A prática especializada em enfermagem Médico-Cirúrgica contribui para o desenvolvimento de competências do enfermeiro perante a pessoa em situação crítica. A pandemia COVID-19 precipitou perturbações sociais e uso excecional de serviços de saúde, transformando significativamente os ambientes de trabalho e as suas exigências tendo os profissionais de saúde de prestar cuidados num ambiente desfavorável. Baseada numa área de motivação e interesse profissional para a investigação surgiu o tema “Burnout no enfermeiro em tempo COVID-19”.

Objetivos: Descrever a prevalência para o Burnout entre os enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar em tempos de pandemia COVID-19 e identificar fatores promotores/protetores para o desenvolvimento de Burnout nesses mesmos profissionais.

Métodos: Para o estudo da temática recorremos a uma Scoping Review, utilizando a metodologia da The Joanna Briggs Institute. Os artigos foram selecionados no período de publicação de 2020 a 2022. A pesquisa foi feita através da Medline e Scopus, os estudos encontrados foram posteriormente avaliados, tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão.

Resultados: Com base na Revisão da Literatura observou-se uma proporção de enfermeiros com Burnout a variar entre os 12% e os 90%. Constatou-se um risco de Despersonalização (DP) de 29%-47,6%, de Exaustão Emocional (EE) de 38%-61,9% e de Realização Pessoal (RP) de 31%-34,3%. Ainda foi verificada uma correlação positiva entre o EE e a DP com a qualidade dos cuidados e uma correlação negativa entre RP com cuidados de saúde deficientes. Quanto aos fatores de risco para o burnout, apontam-se a carga de trabalho, falta de Equipamento de Proteção Individual, trabalho com doentes com COVID-19, insónia, depressão e rácios de cuidados em enfermagem. Como fatores protetores poder-se-ão registar o apoio social dos colegas, dos superiores, da direção e familiares, diminuição da carga de trabalho e do stress, capacidades pessoais, liderança e adequação de recursos.

Conclusão: Os enfermeiros apresentavam risco elevado de Exaustão Emocional e Despersonalização nos serviços com doentes Covid-19, sendo que, a elevada taxa de mortalidade dos doente contribuiu para uma diminuição da realização pessoal. Como fatores de risco enumeram-se características do local de trabalho e questões de saúde pessoal. Para os fatores protetores destaca-se a interação social com o ambiente e condições de trabalho positivas.

Palavras-chave: Enfermeiros; Hospitais; COVID-19; Burnout; Psicológico

Abstract

Introduction: Specialized practice in Medical-Surgical Nursing contributes to the development of nurses' skills when dealing with people in critical situations. The COVID-19 pandemic precipitated social disruption and exceptional use of health services, transforming significantly work environments and their demands, with health professionals providing care in an unfavourable environment. Based on a motivational area and professional interest, for research has emerged the theme "Burnout in nurses during COVID-19".

Objective: To describe prevalence of Burnout among nurses working in a hospital environment during COVID-19 pandemic and to identify promoting/protective factors for the development of Burnout in these same professionals.

Method: To study the theme, we resorted to a Scoping Review, using the Joanna Briggs Institute methodology. Selected articles were published between 2020 to 2022. Search was carried out through Medline and Scopus, studies found were subsequently evaluated, taking into account inclusion and exclusion criteria.

Results: Based on the Literature Review, was observed a proportion of nurses with Burnout ranging from 12% to 90%. There was a risk of Depersonalization (DP) of 29%-47.6%, Emotional Exhaustion (EE) of 38%-61.9% and Personal Fulfilment (PF) of 31%-34.3%. There was also verified a positive correlation between EE and DP with quality of care and a negative correlation between PF and poor health care. As for risk factors for burnout are highlighted workload, lack of Personal Protective Equipment, work with patients with COVID-19, insomnia, depression and nursing care ratios. As protective factors can be noted social support from colleagues, superiors, management and family members, reduction of workload and stress, personal abilities, leadership and adequacy of resources.

Conclusion: Nurses were at high risk of Emotional Exhaustion and Depersonalization in services with COVID-19 patients, and the high mortality rate of patients contributed to a decrease in personal fulfilment. As risk factors, are listed characteristics of the workplace and personal health issues. For protective factors stands out social interaction with the environment and positive working conditions.

Keywords: Nurses; Hospitals; COVID-19; Burnout; Psychological

“O exercício do silêncio é tão importante
quanto a prática da palavra.”

William James

Agradecimentos

Nesta etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, meu orientador, pela sua disponibilidade, paciência e clarividência demonstradas durante a realização deste trabalho, que me mantiveram na rota certa durante este caminho.

Aos meus sogros, pelo amor, carinho e paciência, pelas vezes que cuidaram das minha filhas, sem eles nada disto era possível. E porque sempre me incentivaram que os sonhos são para ser realizados.

À minha cunhada pela ajuda nas traduções de inglês.

Ao meu marido pelo apoio, e porque sempre me fez ver que as dificuldades são tão grandes como a importância que lhes damos. E como me costumava dizer muitas vezes: - “Arrisca”; - “Para a frente é que é caminho”; - “Tu consegues”.

Às minhas filhas, pelo seu amor. E um pedido de desculpas pelas minhas ausências. O vosso sorriso foi sempre um conforto para mim nos dias em que me sentia mais esgotada.

Aos meus amigos, e restante família por estarem presentes e compreenderem a minha ausência.

Aos enfermeiros e professores orientadores no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente e Serviço de Urgência Geral Médico-Cirúrgica pelo seu incentivo e dedicação.

A todos muito obrigado.

Sumário

	Pág.
Lista de Abreviaturas, Siglas e acrónimos	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Introdução	19
Parte I	
1. Estágio em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos	25
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	27
2.1 - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
2.2 - Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	29
2.2 - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	32
2.4 - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens	
Profissionais	33
3 - Competências específicas adquiridas	25
3.1 - Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	35
3.2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	39
3.3 - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	41
Parte II	
1 - Enquadramento Teórico	47
2 - Síndrome de Burnout	49
2.1 - Evolução Histórica do conceito de Burnout	50
2.2 - Burnout e a Enfermagem	52

	Pág.
2.3 - Burnout em Tempo COVID-19	55
2 – Metodologia	61
2.1 – Critérios de Elegibilidade	61
2.2 - Questão de Investigação e Objetivos	61
2.3 - Estratégia de Pesquisa	61
2.4 - Seleção de Evidência dos estudos	62
3 – Resultados	65
4 – Discussão	69
Conclusão	71
Referencias Bibliográficas	73
Apêndices	83
Apêndice I – Pesquisa Cateter Venoso Central	85
Apêndice II – Abordagem ao tratamento de feridas em contexto de Urgência	109
Apêndice III – Poster I Congresso Internacional de Saúde Global: Novas Abordagens	135
Apêndice IV – Formação SBV e SAV	139

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – American Psychological Association

ATB - Antibioterapia

DAE – Desfibrilador Automático Externo

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CPLEEMC – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CVC – Cateter Venoso Central

DP - Despersonalização

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Exaustão Emocional

EEEMC – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

MBI – Maslach Burnout Inventory

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBCI – Precauções Básicas no Controlo da Infeção

PEI – Plano de Emergência interno

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

RX – Raio-x

REPE – Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro

RP – Realização Pessoal

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TAC – Tomografia computadorizada

TAC-CE – Tomografia Computorizada crânio-encefálica

TAC-TAP – Tomografia Computorizada com administração de produto contraste

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMDC – Unidade médica de Cirurgia

VAT – Vacina Antitetânica

VMER – Viatura Emergência Médica e Reanimação

Lista de Tabelas	Pág.
Tabela 1: Classificação dos termos de pesquisa para a base de dados MEDLINE	62
Tabela 2: Estratégia de Pesquisa na base de dados MEDLINE	62
Tabela 3: Caracterização dos artigos selecionados	65
Tabela 4: Principais resultados do estudo	67

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1: Fluxograma da Seleção dos Estudos

63

Introdução

A elaboração deste trabalho surge no âmbito da unidade curricular estágio com relatório final em contexto de Cuidados Intensivos e Urgência Geral, que integra o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 8ª ed. (CMEMC) e curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 9ª ed. (CPLEEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Com este trabalho pretendo descrever o percurso nos dois estágios, tendo por base uma reflexão crítica e fundamentada, demonstrando o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas, face às atividades realizadas em conformidade com o que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

Os estágios decorreram no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), ao longo de dezoito semanas, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha e do Professor Doutor Olivério Ribeiro.

O estágio na UCIP do CHTV, ocorreu no período compreendido entre 28 de Novembro de 2022 e 10 de Fevereiro de 2023, correspondendo a um total de 180 horas de presença em ensino clínico. Neste ensino clínico contei com a orientação em campo de estágio da enfermeira Isabel Oliveira e a Enfermeira Teresa Andrade. No SUMC do CHTV, o estágio realizou-se no período compreendido entre 20 de Fevereiro de 2023 e 28 de Abril de 2023, correspondendo também a um total de 180 horas de presença física. Neste ensino clínico contei com a orientação em campo de estágio da enfermeira Maria José Francisco e do Enfermeiro João Batista. Em ambos os estágios, os orientadores muito contribuíram para a partilha de experiências e confronto de ideias, através de conversas informais durante a minha caminhada, no sentido de tornar a minha aprendizagem mais enriquecedora.

O Relatório Final tem como objetivos:

- Identificar uma problemática de estudo empírico cujos resultados constituam evidências científicas para a prática de enfermagem especializada em médico-cirúrgica;
- Reconhecer o estado de desenvolvimento da arte relativamente ao tema em estudo;
- Recolher os dados, observando rigor metodológico, princípios científicos e normas /critérios ético-legais;
- Elaborar um relatório final que incorpore os resultados de investigação na prática de

cuidados e delinear propostas que se traduzam em ganhos em saúde (Guia orientador de estágios (ESSV, 2022, p.9).

A elaboração deste relatório integra um instrumento de avaliação, no qual é dada uma visão global e sistematizada das atividades desenvolvidas no decorrer dos ensinamentos clínicos, é também um documento que tem como objetivo descrever e registrar as aprendizagens que o aluno teve durante o mesmo.

O estágio é considerado um período de aprendizagem por excelência, na medida em que constitui uma oportunidade de vivência concreta do papel do enfermeiro, embora não isento de problemas e dificuldades. O estágio visa o desenvolvimento de competências suportado por um projeto individual que dentro dos limites curriculares traduza os interesses pessoais e perspetive o projeto profissional do aluno (Barroso, 2009).

Compreende-se, portanto, relatar de forma crítica e reflexiva, as diferentes aprendizagens que ao longo deste percurso proporcionaram o desenvolvimento de estratégias e competências em todas as fases do processo de enfermagem, baseando a prestação de cuidados na investigação das mais recentes evidências e consolidando assim o desenvolvimento de boas práticas, de modo a adquirir mais saberes durante o estágio.

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 (REPE, 2018).

O título de enfermeiro especialista pressupõe, a partilha de um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (REPE, 2019).

No decorrer desta trajetória académica, baseamo-nos nas competências definidas pela OE para o EEEMC: a pessoa em situação crítica, segundo a qual é um enfermeiro que detém um saber diferenciado na abordagem ao doente crítico e que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2019). Foi com base nestes

princípios, que ao longo deste período, fui adquirindo competências, e desenvolvendo a capacidade de reflexão originando uma melhoria no desempenho profissional.

A competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, de uma forma gradual e temporal, e afirma que “compreender o cuidar como uma prática (...), revela o conhecimento e a competência que o cuidar de excelência requer” (Benner, 2001).

O enfermeiro assume um papel fundamental no cuidar a pessoa em situação crítica, este deve reconhecer as necessidades do doente que passam muitas vezes por melhorar as medidas de conforto nos Serviços de Urgência (SU), por ser um contexto que apresenta circunstâncias únicas relativamente à prestação de cuidados. O conforto do doente em urgência deve ser uma área de relevância para os enfermeiros, não só pela relação que estabelece com o mesmo, mas também por ser o primeiro impacto de proximidade que se cria com o utente, criando assim uma imagem de todo o Hospital.

A missão assumida dos enfermeiros é a arte de cuidar, nesta perspetiva a promoção do conforto e as diversas medidas utilizadas para o alívio do sofrimento, devem ser persistentes. A intervenção de enfermagem é a ação de confortar. Neste sentido, Kolcaba alerta para a importância de os enfermeiros procurarem ter uma perceção correta das necessidades totais de conforto do doente. Nesta teoria, o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo esta necessária para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento (Kolcaba, 2003).

Perante o exposto, e de forma a desenvolver competências com base num conhecimento específico, e no sentido de estruturar o corpo do trabalho, este está organizado em duas partes. Na primeira parte, são descritas as atividades realizadas durante os estágios e uma reflexão dos mesmos, tendo como fio condutor as competências gerais e específicas do EEEMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de acordo com o contexto profissional em que me insiro.

Na segunda parte, é apresentada a componente de investigação, subordinada ao tema “Burnout no enfermeiro em tempo Covid-19 – Revisão Scoping”. A investigação desenvolvida teve em conta os objetivos definidos para o trabalho de investigação nomeadamente as implicações para a prática clínica.

As considerações finais encerram a exposição escrita do relatório, nas quais é feita uma apreciação global dos estágios realizados, percurso académico efetuado e como ambos contribuíram no constructo da identidade de EEEMC. É apresentada a bibliografia utilizada na fundamentação da exposição realizada, manifestando a procura pela evidência científica, servindo esta de base teórica na tomada de decisão do enfermeiro. Posteriormente, são

apresentados os trabalhos produzidos, durante os ensinamentos clínicos, sob a forma de Apêndices, com o intuito de contribuir para um conhecimento novo e desenvolvimento da prática especializada nos campos de estágio.

No presente relatório foram expugnados como referência na elaboração o guia orientador de trabalhos escritos, (ESSV, 2021) e APA - 7ª edição, para uniformização de citações e referências bibliográficas.

Parte I

1 - Estágio em contexto de Cuidados Intensivos e Urgência

Dos deveres em geral, os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Especificamente, na excelência do exercício profissional, os enfermeiros devem: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que merecem mudança de atitude”, “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” e “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2020).

Os estágios constituem-se como espaços de oportunidades dado que “coloca em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional”. Os estágios complementam a formação teórico-prática, revestindo-se de grande importância, pois permitem o desenvolvimento de capacidades para a prática de enfermagem num patamar de perito, uma vez que permitem “a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Silva & Silva, 2016, p. 103 cit por Trigo, 2022).

Os cursos de especialização contribuem para o desenvolvimento das capacidades técnicas e competências inerentes à profissão de enfermagem. Na interação entre o estudante, a formação e o contexto de estágio, os processos formativos têm um potencial para o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e de pensamento crítico.

O enfermeiro especialista caracteriza a sua prática profissional através da promoção de um ambiente terapêutico seguro, manifestando capacidade de tomada de decisão ética e deontológica, na avaliação contínua das melhores práticas e nas preferências do cliente, participando de forma ativa em projetos que visam a procura da qualidade e fundamentando a sua prática na mais recente evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A investigação em enfermagem é essencial para influenciar a prática baseada em evidências, garantindo desta forma a obtenção de resultados seguros para o utente, além de contribuir para o crescente corpo de conhecimento da Enfermagem (Cleary et al., 2016).

2 - Competências comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista “é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da 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” (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

A meu ver, as competências são o somatório da aptidão e do conhecimento que se tem para executar uma atividade e da ação prática que traduz a experiência acumulada pelo enfermeiro. A aquisição de conhecimentos só por si não significa que se saiba executar, a experiência e a prática também são importantes. Assim sendo pelos meus conhecimentos e pela minha prática profissional, adquiri competências em vários domínios nestes dois campos de estágio.

A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro domínios, sendo eles:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Domínio da melhoria contínua da qualidade;
3. Domínio da gestão dos cuidados;
4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro de 2019).

Neste relatório será feita uma reflexão sobre os campos de estágio, tendo como fio condutor as competências comuns e específicas do EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

2.1 – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, é espectável que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio estruturam-se duas competências, nomeadamente: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 —

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

De acordo com o código deontológico dos enfermeiros, este deve cumprir as normas deontológicas, adotar uma conduta responsável nas suas decisões. “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”, estamos perante o dever de proteção e defesa das práticas ilegais, ilícitas e que atentem contra o bem comum (OE, Artigo 79º, 2005).

O enfermeiro ao longo do seu caminho profissional vai conseguindo adquirir determinadas habilidades, que permitem tomar decisões de forma assertiva perante determinados acontecimentos, sempre assentes no conhecimento. Todas e quaisquer estratégias implementadas na prestação de cuidados devem ter sempre em consideração que cada caso é um caso e cada doente é um doente.... Toda a nossa prestação de cuidados emerge na necessidade de uma atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos com a finalidade de fundamentar individualmente e em equipa todo o processo da tomada de decisão, tendo sempre presente o respeito aos princípios éticos.

Relativamente há humanização de cuidados e há luz dessa estratégia, percebe-se que a relação entre humanização, cuidado e enfermagem existe e cabe a cada profissional fazer com que essa relação esteja presente na prestação de cuidados de saúde. E é aqui que a enfermagem desempenha um dos papéis mais importantes: o de cuidar.

No Artigo 110º do Regulamento dos enfermeiros para a prática de Enfermagem, diz-nos que o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, deve assumir o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (REPE, 2015).

O respeito pela privacidade do utente, tratar o utente/família independentemente do seu ambiente social/familiar, religioso, ético e socioeconómico; identificar o utente pela forma como pretende ser abordado, promoção do consentimento informado, sempre que a situação clínica o permita e utilizar uma linguagem assertiva e funcional. É desta forma que os profissionais procuram dignificar a profissão de Enfermagem modelando-se por estes princípios.

O enfermeiro especialista, desempenha um papel importante na garantia de qualidade dos cuidados prestados, assegurando os cuidados globais ao doente e à sua família com conhecimentos técnicos e científicos específicos de cada situação. E foi assim que durante os meus ensinamentos clínicos tentei sempre respeitar o doente e família, Nas intervenções de

enfermagem que realizei ao longo deste estágio, tive como preocupação: nunca fazer juízos de valor.

Relativamente às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é essencial desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (OE, 2010). De facto, as competências éticas são um elemento estruturante na construção da perícia do enfermeiro especialista.

Os enfermeiros enfrentam desafios éticos e dilemas morais diários. A sua obra identifica-se com os mais elevados valores morais e sociais: a vida humana, a dignidade da pessoa e a liberdade, o que faz da enfermagem uma autêntica prática moral. Esta condição exige que os profissionais desenvolvam a competência técnica e a capacidade moral, inspiradas na dimensão solidária que surge perante a vulnerabilidade humana e que obriga o profissional a perseguir a excelência moral através da formação no conhecimento da leis e princípios morais, e adquirir e colocar em prática as virtudes que nos permitem alcançar o bem interno da profissão. Assim, o enfermeiro que adquire as virtudes de humildade, prudência, confiança, fidelidade, diligência, veracidade, discrição, empatia, sensibilidade, respeito, compaixão, altruísmo e responsabilidade poderá alcançar a excelência no cuidado (García-Garcés, et, al., 2021).

Na minha prestação de cuidados, tenho sempre como princípio o Código Deontológico, sou responsável e tento sempre adequar as minhas intervenções ao elevado grau das necessidades do indivíduo e família. Respeito as crenças, valores e costumes do doente e família. Durante a minha prática, faço muitas vezes uma reflexão sobre as minhas tomadas de decisão, e se estas vão ou não de encontro às necessidades do doente e família. O que privilegia na minha prática é sempre o respeito pelo doente, a sua segurança e privacidade. Perante isto, este objetivo foi atingido.

2.2 – Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

O Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, no âmbito deste domínio, configura três competências: “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”; “B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua” e “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4745).

A prática especializada pressupõe um corpo de conhecimentos sobre as questões relativas à promoção de um ambiente seguro e de proteção da pessoa em situação crítica.

Para isso um especialista deve estar aberto a novos conhecimentos e colaborar em programas de melhoria nos serviços de modo a uma continuidade de cuidados seguros.

De modo a facilitar a minha integração nos dois serviços onde passei UCIP e SUMC, uma das minhas primeiras atividades, foi consultar e familiarizar-me com os protocolos e normas vigentes no serviço e que orientam a atuação dos profissionais. A existência no serviço de normas e protocolos construídos de uma forma prática e objetiva, com base na realidade das necessidades dos utentes, ajudam à planificação e prestação de cuidados centrados no utente de acordo com as especificidades de cada serviço.

O Enfermeiro especialista “garante um ambiente terapêutico e seguro considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente na promoção e envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747) pelo que a sua prática deve estar sempre baseada na melhoria contínua dos cuidados prestados. Perante o exposto, na minha prática promovo um ambiente seguro para garantir a segurança na prestação de cuidados ao doente, sendo que esta segurança passa também pelos cuidados a ter na administração de terapêutica, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. Tenho sempre presente as nove certezas na administração do uso de medicação (doente certo, medicação certa, via certa, dose certa, hora certa, registo certo, conhecimento da ação, forma farmacêutica do medicamento e monitorização/vigilância do doente) (Comissão de segurança do doente, INEM, 2021). Na minha prestação de cuidados e sempre que possível envolvo a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades do doente, como também adoto medidas para a segurança de dados e registos autênticos e exatos.

A pessoa em situação crítica poderá necessitar de exames complementares de diagnóstico e terapêutica fora do serviço de internamento pelo que é necessário assegurar o seu transporte até ao local de realização do mesmo.

O transporte da pessoa em situação crítica não é isento de riscos e por vezes, pode ser um fator precipitante de instabilidade, podendo haver agravamento do estado clínico e, eventualmente surgirem complicações. Os profissionais envolvidos no transporte da pessoa em situação crítica devem antecipar todas as possíveis complicações pelo que, durante o mesmo, é necessário facultar o nível de cuidados idêntico (ou superior) ao verificado no serviço de origem (Ordem Enfermeiros, 2020).

A profissão de enfermagem exige uma constante atualização de conhecimentos e para existir uma melhoria dos cuidados prestados é necessário desenvolver formações adequadas à realidade vivida. Num contexto como a UCIP e o SUMC, em que a diversidade de situações

clínicas exige um leque vasto de conhecimentos e competências, os enfermeiros responsáveis pela formação têm de saber dar resposta a estas questões no sentido de movimentar a equipa a participar na formação em serviço com mais vigor e empenho. As formações em serviço são uma mais-valia pois levam-nos a adquirir mais conhecimentos, atualizados e muitas vezes a refletir sobre as nossas práticas e prestação de cuidados. Neste contexto e de modo a aprofundar conhecimentos fiz uma pesquisa sobre cateter venoso central (CVC). No início do estágio propus-me a realizar esta pesquisa de modo a encontrar bibliografia sobre a administração da Noradrenalina ser no lúmen distal e se poderia existir bibliografia em que pudesse ser administrada noutra lúmen. O que encontrei foi muito escasso e sem evidência científica. A falta de tempo foi também um fator condicionador da pesquisa. (Apêndice I)

Para uma melhoria continua na prestação de cuidados, no SUMC durante o estágio foi-nos solicitada uma formação em serviço. A formação em serviço pode ser entendida como uma atualização de conhecimentos, envolvendo os profissionais de saúde. Esta engloba as três áreas do saber: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-estar, o desenvolvimento de todos estes saberes contribuem para um melhor desempenho dos profissionais de saúde (Farias et, al., 2019). Nesta formação em serviço, abordamos o tratamento de feridas agudas em contexto de Urgência. O foco são as feridas mais recorrentes ao SU, e que a prestação de cuidados possa ser realizada na sala da pequena cirurgia. Deste modo a apresentação da formação no serviço foi no dia 21 de Abril de 2023. O público-alvo foram enfermeiros do SU.

Durante o estágio no SU apercebemo-nos que nem todos os profissionais estão familiarizados com a norma da DGS nº 01/2017 de comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde através do método ISBAR, nesse sentido no final da nossa formação em serviço deixamos em aberto uma proposta de melhoria no âmbito da uniformização dos registos de enfermagem na continuidade do tratamento às feridas agudas. (Apêndice II) Esta norma diz-nos que para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017).

Ainda dentro do domínio da melhoria continua da qualidade, propus-me à apresentação de um poster intitulado “Perspetivas dos enfermeiros sobre o *Burnout* em Tempo Covid – 19”, no I Congresso Internacional de Saúde Global: Novas Abordagens. Esta apresentação foi uma mais-valia uma vez que sendo o tema da minha dissertação de Mestrado, levou-me a refletir sobre e o mesmo. Na fase de discussão foram-me sugeridas algumas propostas de melhoria que eu considere de extrema importância para aperfeiçoar e diminuir falhas no trabalho final. (Apêndice III)

2.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem: Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 16 de fevereiro, 2019).

Ponderando os múltiplos contextos de atuação e a diversidade de processos terapêuticos complexos, o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção (Ordem Enfermeiros, 2019).

Durante os meus turnos pude aperceber-me que o enfermeiro que fica como responsável de turno tem um papel preponderante. As suas funções caracterizam-se pelo desenvolvimento de uma multiplicidade de atividades diversificadas, sem sequência definida e dependentes das ocorrências que vão surgindo durante o turno. Num dos turnos que realizei a enfermeira orientadora ficou como responsável de turno, e pude realizar a contabilização, controlo e reposição dos estupefacientes.

O papel do enfermeiro em funções de chefia é de grande importância, tendo este um papel acrescido e de extrema relevância para o bom desenvolvimento do serviço. É ao chefe que é solicitado a resolução de problemas que surjam durante o turno. Compete aos líderes incentivar a motivação dos seus liderados de forma a manter ou melhorar a qualidade dos cuidados. Assim sendo, a área de gestão não poderá ser negligenciada pelo enfermeiro, e muito menos pelo enfermeiro especialista cabendo-lhe, inúmeras vezes, o papel de gestor de cuidados onde zela pelo incentivo a uma melhoria contínua.

Na prática diária a atividade do "Enfermeiro Gestor" assenta em vários domínios para garantir o padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem. É o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros... (Regulamento nº101/2015).

O enfermeiro como responsável de turno, assume a responsabilidade de gerir e apropriar os recursos humanos e materiais. Perante o exposto posso afirmar que refletir sobre

as diversas funções de chefia e gestão, me proporcionou uma enorme aprendizagem. Perante o exposto, considero ter atingido este objetivo.

2.4 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes: a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Perante a complexidade de conhecimentos a exigência é cada vez maior na diferenciação dos cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica e/ou falência orgânica, e no sentido de dar resposta adequada às necessidades, procurei, ao longo do estágio, intervir de modo a alargar a dimensão das minhas aprendizagens, procurei sempre novas oportunidades de modo à excelência do cuidar.

O enfermeiro especialista “é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da 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” (OE, no regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

O enfermeiro ao longo do seu caminho profissional presta cuidados que emergem na necessidade de uma atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos com a finalidade de fundamentar individualmente e em equipa todo o processo da tomada de decisão.

Na excelência do exercício profissional, os enfermeiros devem: “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que merecem mudança de atitude”, “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” e “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos enfermeiros 2020).

O pensamento crítico-reflexivo baseado nas experiências e no conhecimento transforma-nos pessoal e profissionalmente, tornando-nos mais responsáveis pois conseguimos pensar/refletir sobre a nossa prestação de cuidados. Por tudo isto o enfermeiro especialista tem de ser um agente promotor de mudança e inovação nos seus contextos de trabalho, o ser competente não é um estado ou um dado adquirido e não se resume a um saber. Um enfermeiro competente, deverá saber transferir aquilo que aprendeu, mobilizando conhecimentos, para solucionar com qualidade um dado problema e estimular a mudanças.

Não posso ainda deixar de refletir sobre dois cursos que fiz ao longo deste estágio. O de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador (SBV) com (DAE) Automático e o de Suporte Avançado de Vida (SAV). A realização desta formação foi sem dúvida com o intuito de melhorar e desenvolver competências na área da enfermagem da pessoa em situação crítica. (Apêndice IV)

Durante o meu percurso de estágio, procurei que o meu processo formativo e de construção profissional fosse dinâmico e responsável. Considero que o desenvolvimento de competências especializadas pode ser adquirido através de uma profunda reflexão das experiências vividas ao longo de todo o processo formativo, teórico e sobretudo prático. Contudo o que foi descrito, considero este objetivo atingido.

3 - Competências específicas adquiridas

As competências específicas definem-se como as que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, apresentadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem são altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (REPE, 2018).

Apesar da OE estabelecer num futuro próximo a atual Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica seja dividida numa área de especialização direcionada para a Pessoa em Situação Crítica e outra área para a pessoa em Situação Crónica e Paliativa, o atual curso de Pós-Licenciatura de Especialização lecionado na ESSV mantém estas duas vertentes, tendo como competências a alcançar as seguintes:

- a) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa;
- b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- c) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Guia orientador de estágios, [ESSV], 2022, p.15).

3.1 - Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias (...) o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (REPE, 2018).

A abordagem ao doente crítico deve ser feita sempre numa perspetiva biopsicossocial. Existe uma grande diversidade de situações clínicas que requerem a aplicação de técnicas de sedação e ou analgesia que pela sua complexidade, quer pela dor e pelo desconforto que potencialmente podem causar ao doente (Néné et, al., 2021).

Nas situações urgentes a analgesia e sedação é utilizada como parte integrante de uma abordagem geral ao doente, com patologia aguda em evolução, que seja de etiologia traumática, cirúrgica ou médica.

O principal objetivo da sedação e analgesia é promover o conforto do doente em situações que provocam dor, agitação e desconforto (Néné et, al., 2021).

Uma das minhas preocupações foi sempre avaliar a dor no doente crítico. Era prática diária, perguntar ao doente se tinha dor, fazer a sua avaliação em escala e a sua localização. Caso o doente não comunicasse tentava avaliar segundo o “fácies”. Sempre que o doente referia dor verificava se tinha prescrito em tabela terapêutica algum medicamento para esse efeito, caso não estivesse nenhum, contactava o médico para prescrever algum analgésico para poder ser administrado.

A Gestão da Dor na Prática de Enfermagem no Serviço de Urgência, conclui que: “A complexidade do fenómeno dor e a subjetividade subjacente são as principais barreiras à sua correta avaliação”. É crucial efetuar uma avaliação cuidada, criteriosa e sistematizada, recorrendo ao uso das escalas recomendadas. A atualização da formação continua relacionada com a gestão da dor deve ser uma constante para que as práticas sejam baseadas nas melhores evidências científicas. E ainda segundo os mesmos investigadores “o nível de conhecimentos tem uma relação estreita com as boas práticas na gestão da dor (Mota et, al., 2020).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem Enfermeiros, 2015).

Uma doença grave de um familiar, coloca toda a família em situações difíceis de enfrentar e que nem sempre é fácil lidar, tornando-as muitas vezes impotentes perante estas situações. Cabe assim aos enfermeiros dar as informações necessárias, ajudando a reduzir a ansiedade e o medo, causados pela ignorância acerca da situação clínica e do desconhecimento do funcionamento hospitalar.

É de extrema importância criar um ambiente verdadeiramente terapêutico, sendo capaz de avaliar os fatores que podem ter um efeito negativo no bem-estar do doente e atuar no sentido de os corrigir. Durante o estágio tentei minimizar os efeitos perturbadores, procurando simultaneamente apresentar-me, usando uma linguagem simples, explicando ao doente os cuidados prestados e solicitando sempre que possível a sua colaboração. Dependendo da situação clínica e sempre que possível, informava o doente sobre o local onde se encontrava, informava também sobre a realização de procedimentos e administração de terapêutica.

Durante estes estágios, estabeleci com os doentes uma relação empática, demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, permitindo que exteriorizassem sentimentos e preocupações.

Para adquirir esta competência e tendo em conta o meu interesse pessoal e profissional, o meu estágio no SUMC decorreu maioritariamente na sala de emergência (SE). Este estágio foi muito rico em experiências vivenciadas e oportunidades de aprendizagem, podendo prestar cuidados de enfermagem diferenciados a pessoas com as mais diversas necessidades e situações clínicas.

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e atrasar o seu processo de recuperação (Figueira et. al., 2020).

A SE é um local onde se vivenciam muitas emoções devido ao estado crítico dos doentes. Vivenciar um processo de doença gera muitas vezes no seio familiar uma situação temporária de instabilidade e tensões que geram stress e ansiedade. Do que fui presenciando na sala de emergência, existe uma preocupação constante com o doente e família. É notório o sentido de estabelecer uma relação de ajuda, e de confiança, esclarecendo as dúvidas e receios que podem ocorrer, contribuindo assim para uma redução dos níveis de ansiedade do doente e familiares.

Um caso clínico que tive a oportunidade de acompanhar o doente desde a entrada na SE até ser transferido para o serviço de Cirurgia, foi um doente vítima de trauma.

A prestação de cuidados urgentes ou emergentes à vítima de trauma requer uma abordagem estruturada e sistematizada, avaliando, passo a passo, as lesões que podem condicionar a hipoperfusão tecidual e a disfunção multiorgânica. A avaliação da pessoa vítima de trauma e a definição de prioridades para o tratamento, são estabelecidas de acordo com qualquer condição que ameace a vida do doente (Néné, et, al., 2021).

A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE” (do inglês Airway, Breathing, Circulation, Neurological

Disability, Exposure). Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da equipa, (Circular Normativa 7/2010 da DGS), (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (DGS, 2022).

Descrevendo agora o caso clínico: Doente do sexo masculino, 24 anos, deu entrada na SE acompanhado pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) Heli por acidente de viação na A24-despiste de pesados de mercadorias, que se imobilizou lateralizado para o lado do condutor (informação cedida pela equipa da VMER). Encontrava-se encarcerado há cerca de uma hora, hemodinamicamente estável. Há chegada da VMER foi administrado 3mg de Morfina, 4mg de Ondasetrom e 1gr de Ácido Tranexâmico.

Avaliação do doente:

A - Via aérea permeável, não entubado, vem com colar cervical,

B – Ventilação espontânea, boa expansibilidade torácica, simétrica e bilateral, sem aparente enfisema subcutâneo ou crepitações ósseas. Sem dor á palpação das grelhas costais ou do esterno,

C – TA-123/72mmHg, FC-100bpm, Sat-97%, Foram realizadas colheitas de sangue(H+B+C) e foi cateterizada uma veia periférica no dorso da mão direita, já trazia cateter na flexura do braço direito,

D – ECG 15, colaborante. Glicemia-132mg/dl, Pupilas isocóricas reativas,

E – Temperatura auricular (35.9°C), frio ao toque, foi feito aquecimento periférico com cobertores.

Apresentava múltiplas escoriações no antebraço esquerdo e direito, escoriação torácica á direita, sem dor á palpação. Escoriação no quadrante inferior esquerdo com hematoma. Referiu ter VAT atualizada e nega alergias, não faz medicação habitual e nega antecedentes pessoais. Encontra-se ainda deitado em plano duro.

Após nova avaliação médica foi pedido Eco abdominal, TAC toraco-abdomino-pelvico, TAC-CE, TAC-TAP, RX torácico, RX braço esquerdo e TAC Maxilo-facial. Apresenta # 1/3 medio isolado do cubito com asa em borboleta, foi feita imobilização com tala gessada e iniciou Antibioterapia (ATB) (Cefazolina 2gr). Foi feita lavagem e desinfeção das múltiplas escoriações e feridas traumáticas. Foram realizadas suturas das feridas dos membros superiores.

No TAC abdomino-pélvico observa-se heterogeneidade difusa do realce do baço devido á presença de imagens hipodensas, de fina espessura, sobretudo periféricas e também junto ao lobo superior compatíveis com lacerações. Doente encontra-se hemodinamicamente estável e opta-se por tratamento conservador do traumatismo esplénico.

Foi trocado o Soro Polieletrólítico simples por um Polieletrólítico com glicose, que ficou em perfusão, foi administrado 4mg de Ondasetrom por doente referir sentir-se nauseado, foi ainda administrado Pantoprazol 40 mg e Ceterolac 30mg por dor. Doente permaneceu na SE até 22 horas e foi transferido para o serviço de Cirurgia (UMDC). Todos os transportes que o doente realizou intra-hospitalar eu estive presente no acompanhamento.

A prestação de cuidados de enfermagem integrados foi muito rica e possibilitou-me desenvolver competências a vários níveis. Possibilitou-me identificar as dinâmicas e metodologia de trabalho na prestação de cuidados de enfermagem na SE, desde a preparação e verificação da SE à receção e acolhimento do doente e família. O planeamento dos cuidados aos doentes em situação crítica é uma prioridade e a rápida intervenção é uma exigência. Um enfermeiro especialista tem de estar preparado para enfrentar estas situações que motivam a envolvimento, mas ao mesmo tempo acarretam uma grande responsabilidade, pelo que esperam de nós. Temos de estar à altura de cada atitude que tomamos e a cada comportamento que executamos, apelando ao juízo clínico para sustentar as tomadas de decisão que fazem a diferença.

Relativamente ao objetivo que me tinha proposto, e por tudo o que foi descrito anteriormente, este foi superado.

3.2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Perante uma situação de emergência o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (REPE, 2018).

O enfermeiro especialista “intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido de eficácia e eficiência da resposta pronta” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pág.4).

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, no artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, aprovada pela Assembleia da República Portuguesa a 3 de agosto de 2015, p.5316, catástrofe é definida como “(...) acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida.” Esta lei diz ainda que uma emergência com múltiplas vítimas vai alterar o funcionamento normal dos serviços de urgência, obrigando a um conjunto de procedimentos

médicos, usando os melhores recursos disponíveis, com o objetivo de prestar cuidados com qualidade e salvando o maior número de vítimas.

É necessário que os prestadores de cuidados tenham capacidades físicas e psicológicas e saibam como proceder, definido previamente uma evacuação e um local para a prestação de cuidados imediatos médicos/cirúrgicos, realizando uma triagem eficaz, elaborando um plano rápido e objetivo. Mas tudo isto só é possível se todos os profissionais de saúde forem detentores de formação especializada e se realizarem simulacros na instituição (Silva et, al., 2015).

Um Plano de Emergência interno (PEI) é um documento que se pretende que seja útil, prático, de fácil utilização e eficaz, permitindo que se possa planear e atuar de forma rápida e racional, tendo em conta os meios indispensáveis de gestão e resposta em caso de Emergência.

A elaboração de um PEI resulta de uma existência legal, em que se enquadra a colaboração estreita de um grupo de trabalho. Deste modo é crucial a inclusão de um EEEMC, na área de enfermagem á pessoa em situação crítica, que detém competência específica nesta matéria (Néné et, al., 2021).

As catástrofes são acontecimentos inevitáveis e imprevisíveis, mas a sua raridade não pode levar a sociedade a subtrair-se á possibilidade da sua ocorrência, voltando costas à sua prevenção (Néné et, al., 2021). Assim é necessário a elaboração de planos de emergência que promovam um conjunto de diretrizes e informações para a adoção de procedimentos estruturados, de modo a proporcionar uma resposta rápida e eficiente em situações de emergência em que as unidades de saúde se vejam envolvidas.

Os planos de emergência devem ser do conhecimento de todos os profissionais; deve ser um instrumento de trabalho que leve todos os intervenientes a refletir sobre a necessidade de planear antes de agir; deve ser frequentemente testado e corrigido de modo a avaliar as respostas em situação de catástrofe e deve criar hábitos na sua atuação.

Relativamente á organização interna os planos de emergência devem prever a constituição de um gabinete de crise, cuja missão é gerir a situação de emergência e coordenar a estrutura interna a partir da ativação do plano. Deste grupo devem fazer parte o diretor clínico, diretor de enfermagem, o diretor do serviço de urgência (coordenador dos cuidados de saúde, gestor de risco local, coordenador de comissão de catástrofe) e um gabinete de comunicação e relações-públicas. Até á sua constituição, os profissionais devem reunir o grupo de operações, que deve emergir dos profissionais em funções, após a ativação do plano de emergência que será responsável por todas as atividades de resposta á situação (Néné et, al., 2021).

Durante o meu estágio na UCIP e no SUMC do CHTV, não surgiu nenhuma situação em que fosse necessário ativar os planos de emergência em catástrofe. No entanto fui identificando os recursos disponíveis existentes nos locais de estágio, em situação de catástrofe. Fui recolhendo junto dos enfermeiros e orientadores informação sobre o plano de emergência interno. O SUMC do CHTV, dispõe de um Plano de Catástrofe elaborado para dar resposta a situações de catástrofe, que neste momento se encontra em fase de adaptação às novas instalações da Urgência. Na UCIP tive a oportunidade de verificar os protocolos existentes para uma situação de catástrofe. Tive ainda curiosidade e verifiquei também os protocolos que existem numa situação de incêndio a nível hospitalar. Fiquei um pouco estupefacta e surpreendida que nos cuidados intensivos os profissionais de saúde não eram suficientes nos turnos da noite e da tarde para evacuar todos os doentes. Com tudo isto, considero este objetivo atingido.

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

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (REPE, 2018). Atendendo a este risco aumentado de infeção, o enfermeiro especialista deve garantir e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica.

As IACS incluem-se, hoje, entre as complicações mais frequentes da hospitalização. Constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. Trata-se de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados, pelo que a prevenção é fundamental, devendo ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente (Pina, Silva & Ferreira, 2010 cit. por. Figueiredo, 2019).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema atual da maior relevância, não só pela implicação direta na morbimortalidade dos doentes, como também pelo grande impacto socioeconómico que lhes é atribuído. Por serem potencialmente preveníveis, o conhecimento da etiopatogenia e do padrão de resistência dos agentes destas infeções em diferentes contextos clínicos ajudará, certamente, à planificação das melhores estratégias de segurança, profilaxia e tratamento. No ano de 2016 assistiu-se, a nível mundial, a um aumento da consciência para os problemas das IACS, culminando com a reunião de

alto nível no âmbito da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que colocou este tema como uma das maiores ameaças à saúde das populações, justificando dotação de meios compatíveis (PPCIRA, 2017).

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) são recomendações de boas práticas cujo objetivo principal é prevenir a transmissão cruzada proveniente de potenciais fontes de infeção como o sangue e outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação, garantindo a segurança de todos os que entram em contacto com este ambiente (Ferreira et al., 2022).

As PBCI devem ser cumpridas por todos os profissionais durante a prestação de cuidados. Esta é primeira estratégia a adotar para o sucesso do controlo da infeção. Todas estas medidas devem fazer parte diariamente da prestação de cuidados de todos os profissionais de saúde. Medidas de precaução básicas como: higiene das mãos e etiqueta respiratória devem ser cumpridas por todos os doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral. De modo a minimizar a transmissão de agentes infecciosos.

Durante os ensinamentos clínicos, e na minha prática diária, na prestação de cuidados ao doente o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) está sempre presente, de acordo com o procedimento a realizar, assim como o uso da técnica asséptica de modo a evitar o risco de infeção.

De modo a prevenir riscos associados aos cuidados de saúde, O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, tem como objetivos melhorar a gestão de riscos associados aos cuidados de saúde e garantir a segurança dos cuidados prestados e determina vários objetivos estratégicos que incluem, entre outros a prevenção das IACS.

Para concretizar este objetivo foi necessária uma pesquisa sobre normas de segurança, da qualidade e protocolos existentes nos serviços. A prática especializada pressupõe um corpo de conhecimentos sobre as questões relativas à promoção de um ambiente seguro e de proteção da pessoa em situação crítica. Uma área que é bastante valorizada na UCIP é a prevenção das IACS.

O Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, procedeu à criação do PPCIRA, fundindo, assim, os anteriores programas nacionais de Controlo de Infeção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Os objetivos gerais deste Programa são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido definido como programa de saúde prioritário, no âmbito do Plano Nacional de

Saúde, pelo Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, na sua redação atual (D.R, Despacho n.º 10901/2022).

A importância desta temática está diretamente relacionada com o estado crítico da pessoa, as condutas terapêuticas agressivas e invasivas instituídas, bem como o facto de alguns doentes já se encontrarem infetados na admissão. Estes aspetos requerem atenção por parte dos enfermeiros e em particular ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Esta é uma área de intervenção dos enfermeiros que requer um vasto conhecimento sobre as medidas de prevenção, proteção e controlo das IACS. O enfermeiro especialista deve também ter conhecimentos abrangentes sobre o agente causal e a cadeia de transmissão. Deve promover práticas seguras como a higienização frequente das mãos e a utilização de equipamento de proteção individual.

O aumento exponencial de fatores de risco, como técnicas invasivas, patologias graves, imunidade diminuída, manipulações frequentes, medicação complexa e variada, a promoção de uma cultura de segurança conducente à prevenção e controlo das IACS, é fulcral nos serviços de saúde (Portugal, MS, DGS, 2015).

A prevalência de determinadas infeções é cada vez mais preocupante ao nível das instituições de saúde, uma vez que elas agravam a condição clínica do doente, aumentando a necessidade de recursos materiais e humanos, e necessariamente o tempo de internamento e os custos socioeconómicos (DGS, 2015).

O enfermeiro especialista ao deter conhecimentos sobre o plano nacional de controlo de infeção e das normas de prevenção, deve cooperar de forma ativa e sustentada para incrementar uma cultura de segurança, promovendo a formação e a mudança de atitudes. Perante tudo o que foi referido considero este objetivo atingido.

Parte II

1 - Enquadramento Teórico

No âmbito do CMEMC, surge o presente documento como passo final a concluir este curso, realizado na ESSV do Instituto Politécnico de Viseu.

O tema escolhido para o presente trabalho foi: “Burnout no Enfermeiro em tempo COVID-19” – Scoping Reviews.

Em dezembro de 2019, um novo tipo de coronavírus foi descoberto em Wuhan, China, o SARS-CoV-2, causador de Síndrome Respiratória Aguda Grave e caracterizado por alta transmissibilidade de pessoa a pessoa (Bonifácio et., al 2021).

Em 23 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” e no dia 11 de março de 2020, foi declarada a pandemia.

A COVID-19 tornou-se rapidamente uma ameaça global à saúde pública, colocando em risco a saúde e o bem-estar de todas as pessoas, mas especialmente das populações vulneráveis. A pandemia também precipitou perturbações sociais, uso excepcional de serviços de saúde e instabilidade econômica em todo o mundo. O controle da disseminação do COVID-19 tornou-se o foco singular de vários países, com colaboração internacional sem precedentes e rápida disseminação de evidências científicas emergentes (J Bone, 2020).

Rapidamente este vírus passou a ser um dos maiores problemas de saúde pública internacional do último século, atingindo praticamente todo o planeta, devido à sua extraordinária facilidade e velocidade de propagação (WHO, 2020).

Esta crise pandémica transformou significativamente os ambientes de trabalho e as suas exigências tendo os profissionais de saúde de prestar cuidados sob uma forte pressão, num ambiente desfavorável e com interações emocionalmente exigentes (Ramaci et al., 2020).

Uma das reações mais características nestes casos é experimentar o medo, uma emoção primária, que é crucial para a nossa autodefesa e sobrevivência. É este medo que pode levar os profissionais de saúde a fornecer tratamento menos preciso ou cuidadoso do que aquele que proporcionaríamos em condições normais. Neste contexto, é, portanto, essencial compreender os efeitos do estigma, relacionados com a intensidade e frequência da exposição à pandemia, às exigências do trabalho e da autoestima (Ramaci et al., 2020).

Assim, a preparação que os profissionais de saúde possuem para o seu exercício profissional, lidando frequentemente com a dor, o sofrimento, a morte, a pressão e dilemas

éticos poderão estar a colocar em causa a saúde mental destes profissionais (Dallacosta, 2019; Dyrbye et al., 2017; Gonçalves et al., 2019; Maslach & Jackson, 1982).

O profissional de saúde está exposto a vários fatores de stress, que por vezes sobrecarregam o trabalhador e levam a consequências negativas para a saúde, incluindo abuso de substâncias, depressão e burnout (Dallacosta, 2019).

São ainda defrontados com a necessidade de fazer escolhas difíceis (e.g., que doentes escolher para serem ventilados), sob uma pressão de trabalho extrema (Burdorf et al., 2020) podendo estas condições, conduzir a sintomas de depressão e ansiedade (Chen et al., 2020; Koh, 2020). A estes fatores, acrescem ainda longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, a fadiga, stresse emocional, o estigma, a violência física e psicológica (Moazzami et al., 2020; World Health Organization, 2020). Estes fatores, entre outros, podem conduzir os Profissionais de Saúde ao esgotamento físico e mental (síndrome de burnout) (WHO 2020).

O conceito de burnout ao longo das últimas décadas, tem sofrido uma evolução no sentido positivo. Isto deve-se a inúmeros estudos que se tem vindo a fazer sobre esta temática. As constantes evoluções a nível cultural e social tem vindo a alterar a visão que se tem sobre o burnout.

Com origem na expressão em inglês “*to burn out*”, a síndrome de *burnout* foi referida pela primeira vez por Freudenberger em 1974 para significar a sensação de esgotamentos à falta de estímulo que originava uma falta de energia emocional associada a fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade (Freudenberger, 1974 cit por Veloso 2020).

No estado de plena pandemia sucederam alterações profundas na rotina dos profissionais.

Esses fatores, associados ao medo de transmitir a doença para familiares e amigos, o isolamento social e a morte como parte do cotidiano aumentaram ainda mais a sobrecarga física e psicológica sobre esses profissionais, aumentando o risco de desenvolvimento de problemas psicológicos e causando efeito deletério à saúde mental (Luz 2021).

2 - Síndrome de Burnout

O *burnout* é reconhecido como um problema social importante e tem gerado muita discussão e debate sobre o fenómeno, as suas causas e consequências (Maslach, 1993). Assim, o *burnout* pode ser descrito como uma das consequências do stress profissional e caracteriza-se pela resposta a fontes crónicas de stress emocional e interpessoal no local de trabalho e atinge um elevado número de profissionais de saúde (Fernandes et al., 2017).

Neste sentido o *burnout* caracteriza-se por uma resposta adaptativa perante novas situações, especialmente aquelas percebidas como ameaçadoras, não obstante, este é um processo individual e que varia em consonância com as perceções da tensão e manifestações psicopatológicas variadas. Cada individuo apresenta uma diversidade de sintomas físicos, psíquicos e cognitivos (Fernandes et al., 2017), tais como cefaleia, insónia, disfunção social e depressão (Dayana et al., 2019).

Perceber o fenómeno do *burnout*, torna-se importante no sentido em que o homem é um ser social, historicamente determinado, que se descobre e transforma pela via do trabalho e porque os fenómenos psicossociais que envolvem o trabalho humano são ainda pouco claros (Carlotto, 2002).

Maslach (1993), definiu *burnout* como uma síndrome psicológica de esgotamento emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham em profissões orientadas para serviços a outras pessoas. A mesma autora define as três dimensões da síndrome de *burnout*: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização profissional.

A exaustão emocional é definida como uma falta de energia, entusiasmo, sobrecarga emocional e sentimento de esgotamento de recursos. Neste seguimento, a despersonalização caracteriza-se por tratar doentes, outros profissionais e a organização como objetos, ou seja, uma resposta negativa, insensível ou excessivamente distanciada a outras pessoas, que são geralmente os destinatários do serviço ou dos cuidados. Por fim, a diminuição da realização profissional consiste numa tendência do profissional se autoavaliar de forma negativa e num sentimento de infelicidade consigo próprio e de insatisfação com o desenvolvimento profissional (Fernandes et al., 2017; Maslach, 1993; Maslach et al., 2001).

Dos três componentes do *burnout*, o esgotamento emocional é o mais próximo de uma variável de stress ortodoxa. Os fatores hipotéticos relacionados com a exaustão emocional são muito semelhantes aos da literatura geral sobre o stress, pelo que os resultados semelhantes não são inesperados (Maslach, 1993).

Embora a exaustão reflita a dimensão de stress do esgotamento, não capta os aspetos críticos da relação que as pessoas têm com o seu trabalho. A exaustão não é algo que é simplesmente experienciado, suscita ações para distanciar-se emocionalmente e cognitivamente do próprio trabalho, presumivelmente como uma forma de lidar com a sobrecarga de trabalho (Maslach et al., 2001).

Quanto à despersonalização, trata-se de uma tentativa do profissional de se distanciar dos destinatários dos serviços, ignorando ativamente as qualidades que as tornam pessoas únicas e envolventes. As exigências dos destinatários são mais geríveis quando estes são considerados objetos impessoais do próprio trabalho. Fora dos serviços humanos, as pessoas utilizam o distanciamento cognitivo desenvolvendo uma indiferença ou atitude cínica quando estão exaustas e desencorajadas (Maslach et al., 2001).

A relação entre a realização profissional reduzida e outros dois aspetos do *burnout* é um pouco mais complexa. Em alguns casos parece ser uma função da exaustão ou do cinismo, ou uma combinação dos dois. Uma situação de trabalho com exigências crónicas, esmagadoras, que contribuam para a exaustão ou cinismo, é suscetível de corroer o sentido de eficácia. Além disso, a exaustão ou a despersonalização interferem com a eficácia, sendo difícil obter uma sensação de realização quando o profissional se sente exausto (Maslach et al., 2001).

Convém referir, ainda, que apesar de existirem teorias divergentes no que concerne ao *burnout*, surgem cinco elementos comuns, a saber: predominância de sintomatologia associada a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos de ordem física; os sintomas estão relacionados com o ambiente laboral; os sintomas manifestam-se em indivíduos sem historial de outros distúrbios psicopatológicos; e diminuição da efetividade e desempenho no trabalho, associado a atitudes e comportamentos negativos (Maslach et al., 2001).

2.1 - Evolução histórica do conceito de *burnout*

Os percursores do conceito de *burnout* foram descritos na década de sessenta. Um deles era a "preocupação distanciada", que se referia ao ideal da profissão médica de misturar compaixão com distância emocional, ou seja, embora o médico esteja preocupado com o bem-estar do doente, reconhece que é necessário evitar um envolvimento excessivo e manter a objetividade. O segundo conceito relevante foi "desumanização em autodefesa", que se referia ao processo de se proteger de sentimentos emocionais esmagadores, objetificando a outra pessoa. Assim, se um paciente apresentar uma condição que cause perturbação ou com a qual é difícil trabalhar, pode ser mais fácil para o profissional prestar os cuidados

necessários se pensar no doente como um "caso" ou "sintoma" particular e não como um ser humano que está a sofrer (Maslach, 1993).

Os artigos iniciais, sobre *burnout*, surgiram em meados da década de 1970 nos Estados Unidos e a sua principal contribuição foi descrever o fenómeno básico e atribuir-lhe uma designação (Maslach et al., 2001). O fenómeno que foi retratado nesses primeiros artigos não era inteiramente desconhecido, mas raramente tinha sido reconhecido ou mesmo abertamente discutido (Maslach, 1993).

O termo *burnout* surgiu pela primeira vez por Freudenberger, médico psicanalista, que o definiu como um fenómeno ou como um sentimento de fracasso e exaustão causado pelo desgaste excessivo de energia e recursos (Maslach et al., 2001; Sandra Carlotto & Gonçalves Câmara, 2004).

Freudenberger colocou particular ênfase na centralidade da exaustão por esgotamento, descrevendo-o como um estado final de exaustão causado por exigências excessivas de energia e recursos (Maslach, 1993).

Estas primeiras pesquisas são resultado do estudo sobre as emoções e a forma de lidar com elas, desenvolvidas com profissionais que, pela sua profissão, necessitavam de manter contacto direto com outras pessoas, tais como profissionais de saúde, serviço social e da área do ensino (Maslach et al., 2001; Sandra Carlotto & Gonçalves Câmara, 2004).

Vários temas emergiram destas primeiras entrevistas, sugerindo que o fenómeno de *burnout* tinha algumas regularidades identificáveis: primeiro, era evidente que a prestação de serviços ou cuidados pode ser muito exigente e que o esgotamento emocional não é uma resposta invulgar a tal sobrecarga de trabalho; a segunda componente, despersonalização, também emergiu destas entrevistas, enquanto as pessoas descreviam como tentavam lidar com as tensões emocionais do seu trabalho, nomeadamente através do distanciamento ("preocupação desinteressada") como forma de se proteger de uma intensa excitação emocional. No entanto, um desprendimento excessivo e pouca preocupação parecia levar os profissionais a responder aos clientes de forma negativa, insensível e desumanizada (Maslach et al., 2001).

No entanto apenas a partir de 1976 estes estudos adquiriram um carácter científico, através da aplicação de modelos teóricos e instrumentos capazes de registar e explicar este sentimento crónico de desânimo, apatia e despersonalização, nomeadamente os estudos conduzidos por Christina Maslach (Sandra Carlotto & Gonçalves Câmara, 2004).

Maslach (1993), define *burnout* como um tipo de stress ocupacional, relacionado com atividades que requeiram uma tenção direta, contínua e altamente emocional.

Já nos anos 80, o trabalho sobre o burnout passou para uma investigação empírica mais sistemática. Este trabalho era de natureza mais quantitativa, utilizando questionários, inquéritos e estudo de populações temáticas maiores. Um foco particular desta investigação foi a avaliação do esgotamento e foram desenvolvidas várias ferramentas de medida diferentes. Neste sentido, a escala que apresentou propriedades psicométricas mais fortes e continua a ser utilizada mais amplamente pelos investigadores é o Maslach Burnout Inventory (MBI) desenvolvido por Maslach & Jackson em 1981 (Maslach et al., 2001).

Nos anos 90, esta fase empírica continuou, mas em novas direções. Em primeiro lugar, o conceito de *burnout* foi alargado a ocupações para além dos serviços e educação (por exemplo escriturários, militares, gestores). Em segundo lugar, a investigação de *burnout* foi reforçada por uma metodologia mais sofisticada e instrumentos estatísticos (Maslach et al., 2001).

Em 1999, Harrison, define o *burnout* como um tipo de stress persistente e vinculado ao contexto laboral, resultante de constante e repetitiva pressão emocional associada ao envolvimento intenso com pessoas durante um longo período de tempo.

Atualmente a definição mais consensual de *burnout* é a fundamentada na perspetiva social-psicológica de Maslach (Carlotto, 2002).

2.2 - Burnout e a Enfermagem

No âmbito dos serviços humanos, as exigências emocionais do trabalho podem esgotar a capacidade de um prestador de serviços de se envolver e responder às necessidades dos destinatários dos cuidados (Maslach et al., 2001).

No entanto, em algumas profissões, o *burnout* é um tema tabu, porque é considerado um equivalente a admitir que, por vezes, os profissionais podem agir de forma não profissional. Desta forma a primeira reação foi negar que tal fenómeno existia, ou, se existisse, atribuí-lo a uma minoria muito pequena (mas claramente perturbada mentalmente). Esta resposta dificultou, no início, que qualquer trabalho sobre *burnout* fosse valorizado. No entanto, após a publicação dos artigos iniciais, houve uma grande mudança de opinião (Maslach, 1993).

Seguindo esta linha de pensamento, é do conhecimento geral que os profissionais de saúde se deparam diariamente com situações de stress e ansiedade. Particularmente, os Enfermeiros lidam de forma direta com sofrimento alheio e situações de alto risco o que leva ao aumento da sua vulnerabilidade em relação a patologias ocupacionais (Dayana et al., 2019).

Enquanto profissionais de saúde, os Enfermeiros, enfrentam diversos fatores que contribuem para a insatisfação profissional, tais como: indefinição salarial e como consequência o sentimento de injustiça, acumulação de tarefas, que resulta em sobrecarga, o vínculo com o doente e o seu sofrimento, enfrentando de perto a morte, risco de contaminação e violência (Dayana et al., 2019).

A Enfermagem, enquanto profissão, caracteriza-se por um contacto próximo com o doente e familiares o que gera um estado de stress crónico do ponto de vista de organização de cuidados, tendo em conta a indefinição do papel profissional e a sobrecarga laboral, frequentemente ligada à falta de pessoal, à falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões, entre outro. Devido a estes fatores a Enfermagem é tida como uma das profissões com maior incidência de *burnout* (Dayana et al., 2019).

Assim, o *burnout* é mais evidente em Enfermeiros como consequência da procura, sobrecarga de trabalho, realização de turnos duplos, riscos ocupacionais, precariedade de recursos materiais, falta de pessoal e relações interpessoais conflituosas. A exposição a estes fatores conduz ao esgotamento físico e emocional, interferindo na qualidade de vida e prejudicando as interações entre a suas funções e o ambiente profissional (Fernandes et al., 2017).

Não obstante, o desgaste físico e mental, como consequência de jornadas de trabalho excessivas, frequentemente em ambientes insalubres e sem o devido reconhecimento, leva os Enfermeiros a ficarem desmotivados, acarretando prejuízo nos cuidados (Dayana et al., 2019).

Fatores como a sobrecarga de trabalho, o número insuficiente de profissionais para a procura de cuidados existentes e o mais nível educacional parecem influenciar a propensão para desenvolver *burnout* (Fernandes et al., 2017).

O profissional é submetido a uma enorme pressão perante o desafio instalado pela relação entre as tarefas a desempenhar e o tempo disponível para as desenvolver, associado à responsabilidade de realizar um trabalho qualificado, o que aumenta a exaustão, o desgaste e o esgotamento crónico (Dayana et al., 2019).

Convém distinguir entre a satisfação no trabalho e o esgotamento, esta questão diz respeito à interpretação da correlação negativa comumente encontrada entre estes dois construtos. Embora a correlação não seja suficientemente grande para concluir que são de facto idênticos, são claramente ligados. No entanto, a natureza específica dessa ligação ainda é uma questão de especulação. Será que o *burnout* causa insatisfação nas pessoas com o seu trabalho ou será que a insatisfação é um precursor do esgotamento? Em alternativa,

ambos podem ser causados por outro facto, como as más condições de trabalho (Maslach et al., 2001).

No que concerne a insatisfação profissional, percebeu-se que o ambiente de trabalho é afetado por fatores como o tempo prolongado de trabalho, a diversidade de tarefas a realizar, o ambiente físico inadequado e a remuneração desproporcional. Estes fatores conduzem o Enfermeiro a desempenhar as suas funções de forma automática, condicionado pelo tempo e pelas condições inadequadas para aplicar as suas competências baseadas em conhecimentos científicos e éticos (Dayana et al., 2019).

Observa-se, também que os Enfermeiros cuidam da saúde do outro, deixando para segundo plano o seu próprio bem-estar, pois o profissional é submetido constantemente a situações de stress emocional desencadeando situações de esgotamento profissional e consequente despersonalização e perda de interesse pelo trabalho desenvolvido, começando a desenvolver insatisfação profissional sem se aperceber deste facto. Com o arrastar da situação e com a passagem do tempo surge o *burnout* (Dayana et al., 2019).

Neste seguimento é de extrema importância que os Enfermeiros se consciencializem da importância do autocuidado no ambiente profissional e do aprimoramento das políticas de saúde ocupacional, considerando as especificidades dos cuidados em saúde (Dayana et al., 2019).

Um fator protetor para o desenvolvimento de *burnout* é a prática de atividade física, pois permite extravasar a energia e descontentamento, atuando como uma válvula de escape da tensão diária, neste seguimento, no seu estudo Fernandes, Nitsche e Godoy (2017) concluíram que 59,5% dos inquiridos não praticavam atividade física e desses 36,2% foram avaliados como tendo desenvolvido *burnout* (Fernandes et al., 2017).

Não admira então que a Enfermagem se encontre na quarta posição das profissões mais stressantes, por se tratar de uma profissão em que as responsabilidades são crescentes e os recursos limitados (Dayana et al., 2019).

No seu estudo sobre o *burnout* em Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados intensivos, Fernandes, Nitsche e Godoy (2017) concluíram que 74,5% dos profissionais apresentaram um alto padrão de exaustão emocional, 93,7% de despersonalização e 93,6% de baixa realização profissional (Fernandes et al., 2017). Neste mesmo estudo concluiu-se que a probabilidade de desenvolver *burnout* era significativamente superior em profissionais que realizassem turnos duplos. Também os turnos de 12h parecem influenciar o desenvolvimento de *burnout* uma vez que a carga de trabalho excessiva leva a sentimentos de não realização e distanciamento do cliente na prestação de cuidados.

Noutro estudo as jornadas excessivas de trabalho foram identificadas como o principal fator responsável pelo *burnout* em Enfermeiros com 53%, seguida pela insatisfação profissional com 23% (Dayana et al., 2019).

O *burnout* está associado a ausências não programadas ao trabalho e à intenção de abandonar o emprego, no entanto, para as pessoas que permanecem no trabalho, o esgotamento leva a uma menor produtividade e eficácia. Consequentemente, está associado a uma diminuição da satisfação no trabalho e um compromisso reduzido com a organização (Maslach et al., 2001).

Por fim, as pessoas que desenvolvem *burnout* podem ter um impacto negativo nos seus colegas, tanto por causar maiores conflitos pessoais como por perturbar as tarefas laborais. Assim, o esgotamento pode ser "contagioso" e perpetuar-se através de interações informais no local de trabalho (Maslach et al., 2001).

2.3 - Burnout em Tempo COVID-19

Com já descrito, as exigências quantitativas do trabalho (por exemplo, demasiado trabalho para o tempo disponível) têm sido estudados por muitos investigadores, e os resultados apoiam a noção geral que o *burnout* é uma resposta à sobrecarga. A carga de trabalho experienciada e a pressão do tempo são fortemente e consistentemente relacionados com o *burnout*, particularmente a dimensão da exaustão (Maslach et al., 2001).

Neste sentido, os estudos sobre exigências qualitativas do trabalho têm-se centrado principalmente no conflito de papéis e ambiguidade de papéis, ambas consistentemente mostrando uma correlação moderada a elevada com o *burnout*. O conflito de papéis ocorre quando as exigências conflituosas no trabalho têm de ser cumpridas, enquanto que a ambiguidade de papéis ocorre quando há falta de informação para desempenhar a função adequadamente (Maslach et al., 2001).

Relacionando com os dois parágrafos anteriores, percebe-se que a pandemia gerou uma maior preocupação com a saúde mental da sociedade em geral e com a dos profissionais de saúde em especial, principalmente com aqueles envolvidos na linha da frente do combate à mesma, neste sentido a preocupação com *burnout* intensificou-se tendo em consideração o aumento da carga de trabalho e a desorganização nas instituições de saúde (Borges et al., 2021).

O surgimento da pandemia e o aumento crescente de novos casos e de mortes associadas, resultaram em consequências sociais, económicas e de saúde para a população (Soares et al., 2022) e durante este período os focos foram a saúde física e o combate ao

agente causador da doença o que causou a negligência da saúde mental dos profissionais (Borges et al., 2021). Por outro lado, é comum que os profissionais de saúde negligenciem a sua própria saúde o que torna premente criar mecanismo de detecção precoce da deterioração psicológica dos mesmos (Almeida et al., 2021).

As medidas adotadas para travar o avanço da pandemia, como o isolamento social, afetaram a população em muitas dimensões do quotidiano, afetando a saúde mental de forma significativa e os profissionais de saúde também foram diretamente afetados, no sentido em que existiu um aumento da carga de trabalho, os recursos eram escassos e o conhecimento sobre a doença era reduzido (Soares et al., 2022).

Como já descrito, em momentos de maior pressão, os profissionais de saúde tendem a deixar de lado a sua própria saúde e o seu bem-estar já afetado, aumentando o risco de surgimento de transtornos como o *burnout* (Borges et al., 2021).

O surgimento de uma maior percentagem de casos de *burnout*, em profissionais de saúde durante a pandemia pode ser dividido em três tipos de classes de agentes causais: impacto físico, impacto emocional e impacto psicológico (Almeida et al., 2021).

No que concerne o impacto físico, foram descritos fatores como o enorme número de hospitalizações, horário excessivo de trabalho e relatos de falta de equipamento de proteção individual (Almeida et al., 2021).

No seu estudo sobre os fatores associados ao *burnout* em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, Soares et al. (2022), perceberam que os Enfermeiros apresentavam mais sintomas de ansiedade e depressão e níveis mais elevados de *burnout* em relação a outras categorias profissionais. Estes dados emergem de fatores como turnos prolongados, devido à escassez de recursos humanos, elevado nível de tensão e contato mais próximo com o doente o que resulta em fadiga física e exaustão emocional.

Assim, entre os fatores de stress assinalam-se a carga de trabalho excessiva, a falta de recursos humanos, o elevado número de mortes, de casos de infeção, o receio de contrair a doença e de infetar os familiares e uma maior utilização de equipamento de proteção individual o que exigem maior atenção (Almeida et al., 2021; Borges et al., 2021).

Ainda, neste sentido, a sobrecarga de trabalho e a incerteza com o futuro, salienta-se que a maior exposição dos profissionais de saúde a doente com COVID-19 e a consequente carga de trabalho extraordinária levaram a um aumento do *burnout* (Almeida et al., 2021; Soares et al., 2022).

De acordo com o estudo de Borges et al. (2021), a sobrecarga de trabalho, esgotamento físico, depressão e interação social comprometida foram os principais fatores de risco para o desenvolvimento de *burnout*, em profissionais de saúde, durante a pandemia.

Acrescentado ao descrito, outra preocupação dos profissionais de saúde associa-se ao risco de lesão cutânea associado ao uso prolongado do equipamento de proteção individual, o que leva à diminuição do entusiasmo pelo trabalho e a um aumento dos níveis de ansiedade (Soares et al., 2022).

Há ainda a considerar o risco de agressão e as agressões efetivadas por doentes que procuraram as instituições de saúde e que não puderam ser atendidas devido à limitação dos recursos (Borges et al., 2021).

O impacto emocional associa-se à insatisfação dos profissionais de saúde com o local de trabalho e com a coordenação da instituição em conjunto com o medo causado pela incerteza e sentimentos de pressão causando falta de foco, perda de entusiasmo e baixa produtividade (Almeida et al., 2021).

Deste modo, os profissionais menos experientes demonstraram níveis elevados de ansiedade em questões como a utilização de equipamento de proteção individual e a qualidade e duração do sono, quando comparado com o período anterior à pandemia (Soares et al., 2022).

Também a escassez de equipamentos de proteção individual contribuiu para o aumento do stress percecionado em cerca de 85% dos profissionais (Almeida et al., 2021).

Outro fator importante para o desenvolvimento de *burnout*, durante a pandemia, foi o medo e a desconfiança devido ao conhecimento limitado sobre a doença e métodos de prevenção de disseminação da mesma o que afetou o desempenho profissional (Borges et al., 2021).

O impacto psicológico pode ser explicado pelo contágio emocional, através do qual, os profissionais experienciam sentimentos semelhantes aos dos doentes, demonstrando altos níveis de ansiedade e depressão e uma perceção do aumento da irritabilidade e raiva (Almeida et al., 2021).

A preocupação associada ao risco de infeção por um vírus de rápida disseminação e sobre qual existia pouca evidência afetou a saúde mental dos profissionais e ficou demonstrada com o aumento de sintomas como depressão, ansiedade e stress (Almeida et al., 2021; Borges et al., 2021).

Desta forma, os profissionais de saúde em contacto com doentes com COVID-19 apresentaram maiores níveis de stress na relação trabalho-família e cuidar dos filhos,

associados com o acesso a creches e encerramento das escolas, bem como com o apoio familiar tendo em conta o aumento das horas de trabalho (Soares et al., 2022).

Ficou enfatizada a importância da incerteza com o futuro, da hesitação quanto à duração da pandemia e do impacto a curto e longo prazo, como fatores stressantes associados ao desenvolvimento de *burnout* (Soares et al., 2022). Segundo os mesmos autores a redução salarial também contribuiu para o aumento deste fenómeno.

Por outro lado, o receio dos profissionais contraírem a doença e de a transmitir a familiares, foi um fator importante, principalmente para aqueles que coabitavam com pessoas de grupos de risco. Este receio contribuiu para o sofrimento psíquicos destes profissionais (Soares et al., 2022).

Por fim, a exposição a um elevado número de mortes aliada à frustração pela perda dos seus doentes e a uma forte cobertura mediática, bem como a necessidade de distanciamento da família e amigos e a consequente falta de afeto aumentaram consideravelmente os níveis de ansiedade e stress (Borges et al., 2021).

Tendo sido já apresentados os fatores que podem desencadear o *burnout*, passamos a enumerar algumas das consequências destes fenómenos para os profissionais de saúde: a redução do desempenho, má qualidade dos serviços prestados, aumento do número de eventos adversos, erros de terapêutica, aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde, aumento do número de quedas dos doentes, entre outros (Soares et al., 2022).

Desta forma, estimou-se que em 2015, o *burnout* afetava entre 10 a 70% dos enfermeiros e que este valor tem tendência a aumentar ao longo do tempo (Soares et al., 2022). Além disso, os dados apontam que as mulheres sofreram um maior impacto psicológico (Almeida et al., 2021; Borges et al., 2021).

Os sintomas emocionais mais apresentados pelos profissionais de saúde em situação de pandemia foram: depressão, insónia, medo associado à dificuldade em adormecer e ao despertar matinal, ansiedade e falta de energia (Borges et al., 2021). Neste seguimento associaram-se outros fatores como o comprometimento das relações sociais, irritabilidade, tristeza, insegurança e apreensão (Borges et al., 2021). Além dos sintomas emocionais referidos, há ainda que contabilizar os sintomas físicos como cefaleias, mialgias e astenia (Almeida et al., 2021).

Apesar do *burnout* ser um fenómeno que acarreta consequências para profissionais, doentes e para o próprio sistema, existem alguns fatores que podem minorar a sua recorrência. Como fator de proteção há a destacar a resiliência, considerando que o individuo se torna resiliente quando enfrenta situações adversas a partir das quais se fortalece e adquire competências (Soares et al., 2022).

Também o apoio psicossocial prestado por familiares e amigos demonstrou ser fundamental na promoção da saúde mental para os profissionais de saúde durante a pandemia (Almeida et al., 2021; Soares et al., 2022).

Outros fatores que não podem ser descartados são a eficácia e a disposição para trabalhar na linha da frente (Soares et al., 2022).

Outro estudo, descreve que os profissionais de saúde foram submetidos a níveis de stress mais elevados durante a pandemia, ainda, que o *burnout* se desenvolveu com maior prevalência em profissionais menos experientes, como tal, a experiência profissional surge como um fator que pode contribuir para um maior controlo em situações de stress e ansiedade e está relacionada com maior autoconfiança e capacidade de resolução de problemas (Soares et al., 2022).

Concluindo, o impacto da pandemia sobre os sistemas de saúde mundiais e as mudanças na dinâmica de trabalho, pode durar muito tempo e a exposição dos profissionais a esse novo contexto laboral pode causar consequências ainda desconhecidas (Soares et al., 2022).

Como tal, mais de 20% dos profissionais apresentaram um alto impacto psicológico, sendo que cerca de 8% referiram ideação suicida, ainda a maior percentagem de esgotamento profissional surgiu nos profissionais das linhas da frente, no combate à pandemia (Almeida et al., 2021).

Cerca de 20% dos profissionais de saúde apresentam sintomas de depressão moderada a grave, 20% de ansiedade e 29% de síndrome de stress pós-traumático (Almeida et al., 2021).

3 - Metodologia

Em termos metodológicos realizou-se uma Revisão Scoping que procurou mapear a evidência com recurso a material científico publicado em várias bases de dados, tentando-se resumir as evidências que se encontraram relacionadas com o tema em estudo, reorganizando os dados e a informação, para que assim se pudessem interpretar os resultados obtidos.

A seguinte Revisão Scoping será realizada tendo em consideração as metodologias da The Joanna Briggs Institute, capítulo 11 (Peters et al., 2020).

3.1 - Critérios de elegibilidade

Participantes: Enfermeiros de serviços hospitalares.

Conceito: Burnout.

Contexto: Serviços hospitalares durante a pandemia COVID-19.

Incluíram-se investigações empíricas de qualquer tipo de estudo (experimental, quasi-experimental, longitudinal, transversal, caso-controlo, coorte, metodologias quantitativas e qualitativas e revisões de qualquer natureza). Excluíram-se estudos de natureza qualitativa e revisões por se pretender analisar dados primários quantitativos. Ainda, foram excluídos artigos de opinião e cartas ao editor pelas mesmas razões já referidas.

3.2 - Questão de investigação e objetivos

Para a concretização da presente Revisão Scoping questionou-se sobre: “Qual o impacto do Burnout no enfermeiro em ambiente hospitalar em tempos de pandemia?” Objetivando descrever a prevalência para o elevado risco de Burnout entre os enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar em tempos de pandemia COVID-19 e identificar fatores promotores/protetores para o desenvolvimento de Burnout nesses mesmos profissionais.

3.3 - Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi feita através da Medline e Scopus, objetivando localizar manuscritos publicados em Português, Inglês, Francês e Espanhol.

Foi realizada uma pesquisa inicial limitada do Medline e Scopus para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e

os termos de índice utilizados para descrever os artigos (Tabela 1) foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa (Tabela 2). A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos de índice identificados, foram adaptados para cada base de dados, utilizando o operador booleano Nurses AND Hospitals AND COVID-19 AND “Burnout, psychological”.

Tabela 1: Classificação dos termos de pesquisa para a base de dados MEDLINE

<i>Linguagem natural</i>	<i>Linguagem Classificada MeSH</i>
<i>Nurse</i>	<i>Nurses</i>
<i>COVID-19</i>	<i>COVID-19</i>
<i>Burnout</i>	<i>Burnout, Psychological</i>
<i>Hospital</i>	<i>Hospitals</i>

Tabela 2: Estratégia de pesquisa na base de dados MEDLINE

Pesquisa	Palavras-chave	N.º Artigos
S5	Nurses AND Hospitals AND burnout, psychological AND covid-19	251
S4	Hospitals	6477418
S3	burnout, psychological	14225
S2	COVID-19	329028
S1	Nurses	476537

3.4 - Seleção de evidência dos estudos

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram recolhidas e carregadas no sistema de gestão de citações Mendeley ® e os duplicados removidos. Posteriormente, os títulos e resumos foram analisados para avaliação em função dos critérios de inclusão para a revisão.

As fontes potencialmente relevantes foram recuperadas na íntegra e foram recolhidos dados em formato de tabelas. O texto completo das citações selecionadas foi avaliado em pormenor em função dos critérios de inclusão para possível inclusão na presente Revisão Scoping.

As razões de exclusão de fontes em texto integral que não cumpram os critérios de inclusão serão registadas e enumerados. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo serão comunicados na íntegra na revisão final do âmbito e apresentados numa extensão de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses* para scoping review (PRISMA-ScR) fluxograma – Cf. figura 1 (Tricco et al., 2018).

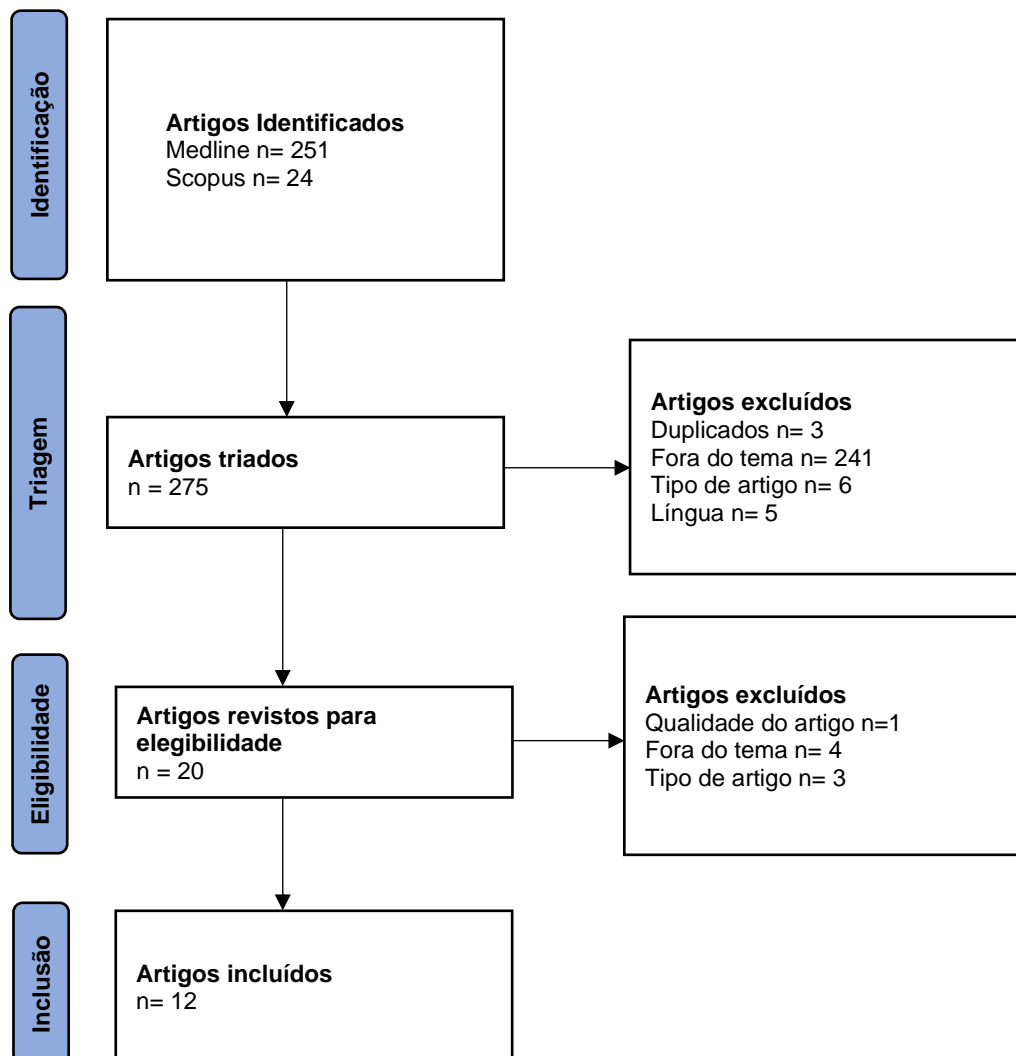


Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos

4 - Resultados

Na tabela 3 poderão ser observadas as principais características dos estudos incluídos na análise narrativa (n= 12), em que 100% dos estudos são transversais com uma amostra a variar entre os 105 e os 4552 enfermeiros e uma proporção de sexo masculino a variar entre os 11,2% e os 60%.

Tabela 3: Caracterização dos artigos selecionados

Artigo	País	Tipo de estudo	Amostra	% Sexo Masculino	Objetivo
Butera et al. (2021)	Bélgica	Transversal	2058	23,7	avaliar (1) a prevalência de risco de burnout entre enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos e departamento de emergência antes e durante o coronavírus doença de 2019 pandemia e (2) o indivíduo e relacionado com o trabalho fatores associados.
Bruyneel et al. (2021)	Bélgica	Transversal	1135	21,4	avaliar a prevalência do risco de burnout e identificar fatores de risco entre os enfermeiros da UCI durante a pandemia de COVID-19.
Kabunga e Okalo (2021)	Uganda	Transversal	395	34,9	determinar a prevalência de burnout e fatores associados entre enfermeiros durante a COVID-19
Karimi et al. (2022)	Irão	Transversal	170	60,0	avaliar as dimensões do burnout profissional e intenção de rotação entre enfermeiros que trabalham em hospitais durante a doença coronavírus Pandemia de 2019 (COVID-19)
Bellanti et al. (2021)	Itália	Transversal	293	15,7	Para identificar os potenciais preditores de burnout
Al Sabei et al. (2022)	Omã	Transversal	351	18,8	Avaliar a influência do ambiente de trabalho percebido, empowerment e stress psicológico no trabalho entre os enfermeiros que

					trabalharam na altura da pandemia da COVID-19.
Khan et al. (2022)	Bélgica	Transversal	4552	16	Estimar a prevalência do risco de burnout entre os enfermeiros durante o pico da primeira vaga da pandemia da COVID-19 na Bélgica e identificar grupos de risco e fatores de proteção
Kishi et al. (2022)	Japão	Transversal	895	11,5	Identificar grupos de enfermeiros envolvidos no tratamento da doença coronavírus (COVID-19) que mais necessitam de apoio organizacional.
Noh et al. (2022)	Coreia do Sul	Transversal	161	11,2	Identificar a prevalência e potenciais fatores que influenciam o burnout entre os enfermeiros da linha da frente.
Magalhães et al. (2022)	Brasil	Transversal	499	16,4	Identificar o esgotamento profissional e fatores associados entre trabalhadores de enfermagem na linha da frente à COVID-19.
Bisesti et al. (2021)	Itália	Transversal	105	38,1	Avaliar a prevalência de burnout em duas unidades de cuidados sub-intensivos.
Kakemam et al. (2021)	Irão	Transversal	1004	25,7	Avaliar o esgotamento dos enfermeiros e a sua associação com a sua perceção de qualidade de cuidados ao paciente e ocorrência de eventos adversos (EA) durante a COVID-19.

Na tabela 4 poder-se-ão observar os principais resultados dos estudos incluídos na análise. Desta forma, observou-se uma proporção de enfermeiros com Burnout a variar entre os 12% e os 90%, em que, no âmbito dos seus domínios, observou-se um risco de Despersonalização (DP) de 29%-47,6%, de Exaustão Emocional (EE) de 38%-61,9% e de Realização Pessoal (RP) de 31%-34,3%. Ainda neste contexto foi verificada uma correlação positiva entre o EE e a DP com a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, ao passo

que foi encontrada uma correlação negativa entre RP com elementos de cuidados de saúde deficientes.

Quanto aos fatores de risco para o burnout, apontam-se a carga de trabalho (Bruyneel, Smith, et al., 2021; Butera et al., 2021; Kabunga & Okalo, 2021; Khan et al., 2022), falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (Butera et al., 2021; Kabunga & Okalo, 2021; Khan et al., 2022), trabalho com doentes com COVID-19 (Khan et al., 2022), insónia (Noh et al., 2022), depressão (Noh et al., 2022) e rácios de cuidados em enfermagem (Noh et al., 2022).

Por outro lado, como fatores protetores para a ocorrência do Burnout poder-se-ão registar o apoio social dos colegas, dos superiores, da direção (Al Sabei et al., 2022; Bellanti et al., 2021; Butera et al., 2021), apoio familiar (Bellanti et al., 2021), diminuição da carga de trabalho (Bellanti et al., 2021), diminuição do stress (Bellanti et al., 2021), capacidades pessoais (Al Sabei et al., 2022), liderança (Al Sabei et al., 2022), adequação de recursos (Al Sabei et al., 2022) e acesso dos enfermeiros a apoio (Al Sabei et al., 2022).

Tabela 4: Principais resultados de estudo

Artigo	Resultados
Butera et al. (2021)	Mudanças na carga de trabalho e a falta de equipamento de proteção pessoal foram significativamente associados a uma maior probabilidade de risco de burnout, enquanto o apoio social dos colegas e de os superiores e a direção foram associados a uma menor probabilidade de risco de burnout.
Bruyneel et al. (2021)	A prevalência global do risco de burnout foi de 68%. Um total de 29% dos enfermeiros de UCI estavam em risco de despersonalização (DP), 31% de diminuição do risco de realização pessoal (RP), e 38% de exaustão emocional (EE). Um rácio de 1:3 de enfermeiro/doente aumentou a risco de EE e DP. Aqueles que reportaram ter uma maior carga de trabalho percecionada durante a pandemia da COVID-19 estavam em maior risco para todas as dimensões de burnout. A falta de equipamento de proteção pessoal aumentou o risco de EE e os enfermeiros que relataram ter sintomas de COVID-19 sem serem testadas estavam em maior risco da EE.
Kabunga e Okalo (2021)	Os resultados mostram que os preditores do esgotamento dos enfermeiros eram de equipamento proteção pessoal (PPE) e aumento da carga de trabalho.
Karimi et al.(2022)	Os resultados dos coeficientes de correlação entre as diferentes dimensões de burnout e a de intenção de sair mostraram que com o aumento das três dimensões do burnout a tendência para sair aumenta,

	mas a relação não é significativa. À medida que a realização do indivíduo diminui, a fadiga emocional e as dimensões de DP aumentam.
Bellanti et al. (2021)	O estudo sugere que a melhoria do apoio do empregador e da família aos enfermeiros, bem como a redução da carga de trabalho e stress relacionado com o trabalho, contribuiria para reduzir o esgotamento dos enfermeiros durante a pandemia da COVID-19.
Al Sabei et al. (2022)	Cerca de dois terços dos enfermeiros (65,6%) relataram elevados níveis de burnout. Capacidade, liderança e apoio dos gestores de enfermagem; pessoal e adequação dos recursos; e o acesso dos enfermeiros ao apoio foram fatores significativos associados a um nível reduzido de burnout.
Khan et al. (2022)	Foi encontrado um elevado risco de burnout em 70% dos inquiridos. Os principais fatores de risco de burnout foram a falta de equipamento de proteção pessoal, alterações na perceção da carga de trabalho e trabalho com pacientes da COVID-19.
Kishi et al. (2022)	Os enfermeiros que cuidam de doentes suspeitos de COVID-19 têm o mais alto nível psicológico/carga física e propensão para burnout.
Noh et al. (2022)	Entre os participantes, 90% tinham um elevado nível de burnout. Os resultados mostraram que o número atribuído de pacientes, insónia e depressão foram os principais fatores que afetaram os níveis de burnout do pessoal de enfermagem.
Magalhães et al. (2022)	Foi identificado burnout em 60 (12%) trabalhadores, sem diferença significativa entre hospitais, mas com uma diferença entre dimensões (dimensões: exaustão emocional, realização profissional). A presença de burnout era significativamente prevalente entre enfermeiros do sexo feminino.
Bisesti et al. (2021)	A prevalência de elevado burnout para enfermeiros e assistentes de saúde foi de 61,9% para exaustão emocional, 47,6% para despersonalização e 34,3% para realização pessoal. A DP foi significativamente mais frequente em enfermeiros mais jovens. Os enfermeiros tinham maior probabilidade de ter esgotamento do que os assistentes de saúde. O esgotamento era uma condição comum entre os trabalhadores do sector da saúde que operam em unidades de cuidados sub-intensivos, durante a pandemia.
Kakemam et al. (2021)	A prevalência de um elevado burnout entre os enfermeiros foi de 31,5%. Foi encontrada uma correlação positiva entre o burnout emocional e a despersonalização e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, ao passo que foi encontrada uma correlação negativa entre realização pessoal e elementos de cuidados de saúde deficientes. Um maior grau de esgotamento está correlacionado à perceção de um número mais elevado de acontecimentos adversos e à redução da perceção da qualidade dos cuidados ao doente.

5 – Discussão

Maslach et al. destacou três dimensões de Burnout: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Maslach et al., 1986). A exaustão emocional é a componente central do síndrome de Burnout e é um estado de fadiga generalizada que pode ser expressa através de sintomas emocionais, físicos e de baixo desempenho. A despersonalização é o desenvolvimento de uma atitude em relação ao trabalho e aos cuidados ao doente e, finalmente, realização pessoal é o cumprimento, pode ser revelado quando os enfermeiros avaliam repetidamente de forma negativa o seu trabalho e têm uma auto-estima profissional globalmente pobre.

O elevado risco de EE e DP pode ser explicado por diferentes características de trabalho, ambiente e população de doentes. Os serviços com doentes com COVID-19 são conhecidos por ser altamente stressantes, exigentes, e de trabalho intensivo, com um grau de dificuldade muito mais elevado em relação ao estado de doença dos doentes e à imposição de maior stress emocional tanto dos membros da família como dos doentes (Chuang et al., 2016; Curtis et al., 2014). Além disso, enfermeiros enfrentam frequentemente problemas de fim de vida e sofrimento contínuo dos doentes, juntamente com as questões éticas e a necessidade de lidar com as exigências e familiares (Curtis et al., 2014; De Villers & DeVon, 2013). Para o risco de redução da realização pessoal, uma explicação pode ser a elevada taxa de mortalidade e a longa duração da estadia para doentes COVID-19 nos serviços (Bruyneel, Gallani, et al., 2021; Taccone et al., 2021).

Relativamente aos fatores associados ao risco de burnout, os presentes resultados desta revisão confirmam outros estudos que relataram o impacto de a pandemia de COVID-19 sobre as condições de trabalho e saúde mental dos enfermeiros (Hu et al., 2020; Kisely et al., 2020; Shechter et al., 2020).

A escassez de equipamento de proteção pessoal (EPI) aumentou o risco de EE para os enfermeiros. De facto, uma escassez de EPI (por exemplo, máscaras, luvas, solução de base alcoólica) foi observado no início da pandemia da COVID-19 (Thornton, 2020). A falta de EPI poderá conduzir a um medo de contrair o vírus e transmiti-lo aos doentes e aos seus familiares (Bruyneel & Smith, 2021). Além disso, enfermeiros que relataram ter sintomas de COVID-19, mas não foram testados estavam em maior risco para a EE. Estes resultados confirmam que ter EPI e testes suficientes para a COVID-19 podem prevenir e reduzir o risco de EE entre os enfermeiros da UCI (Kisely et al., 2020).

Para além da carga de trabalho e do stress, a atenção e o apoio do empregador por parte da família e os amigos também foram preditivos do Burnout. De facto, a atenção por

parte do empregador e assistência de colegas ou familiares foram descritos como efeitos protetores que podem diretamente ou indiretamente reduzir o Burnout (Adriaenssens et al., 2015; Hunsaker et al., 2015). Assim, estes aspetos devem ser considerados para investigações futuras.

Conclusão

A realização deste trabalho contribuiu para um ganho de competências na área da investigação, cuja pertinência do tema se assume como uma ambição *major*, que se prende com o desejo de desenvolvimento de competências práticas, no domínio da área de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica.

A COVID-19 tornou-se rapidamente uma ameaça global à saúde pública, colocando em risco a saúde e o bem-estar de todas as pessoas, mas em especial das populações vulneráveis. Esta crise pandémica transformou claramente os ambientes de trabalho e as suas exigências tendo os profissionais de saúde de prestar cuidados sob uma forte pressão sendo que a maioria das vezes num ambiente desfavorável.

Pelo referido foi importante descrever o impacto sobre os resultados dos profissionais na prestação de cuidados ao doente, quando estes tinham de lidar frequentemente com a dor, sofrimento e morte, entre outros vários agentes *stressantes* como o racionamento dos equipamentos de proteção individual, a pressão, o medo de contágio e dilemas éticos podem colocar em causa a saúde mental destes profissionais.

Com base na Revisão da Literatura observou-se uma proporção de enfermeiros com Burnout a variar entre os 12% e os 90%. Quanto aos fatores de risco para o Burnout, apontam-se a carga de trabalho, falta de EPI, trabalho com doentes com COVID-19, insónia, depressão e rácios de cuidados em enfermagem. Por outro lado, como fatores protetores para a ocorrência do Burnout poder-se-ão registar o apoio social dos colegas, dos superiores, da direção, apoio familiar, diminuição da carga de trabalho, diminuição do stress, capacidades pessoais, liderança, adequação de recursos e acesso dos enfermeiros a apoio psicológico.

Referências Bibliográficas

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Almeida, S. L. A. C., Salvaro, M. M., Geraldo, M. V. F., Guimarães, V. M. H., Fornero, L. C. de M., Amorim, A. C. C., de Carvalho, L. P. O., de Moraes, I. L., Dutra, F. R., Lana, E. H. S., & da Rocha, A. L. P. M. (2021). SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA LINHA DE FRENTE DO COVID-19. *Brazilian Journals of Development*, 7(7). <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-082>
- Al Sabei, S. D., Al-Rawajfah, O., AbuAlRub, R., Labrague, L. J., & Burney, I. A. (2022). Nurses' job burnout and its association with work environment, empowerment and psychological stress during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.13077>
- Barroso, I. (2009). *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20159/2/DissertaolsabelBarroso.pdf>
- Bellanti, F., Lo Buglio, A., Capuano, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., Kasperczyk, S., Ventriglio, A., & Vendemiale, G. (2021). Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5051. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105051>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. (Quarteto, Ed.). Coimbra
- Bisesti, A., Mallardo, A., Gambazza, S., Binda, F., Galazzi, A., Pazzaglia, S., & Laquintana, D. (2021). Facing COVID-19 Pandemic in a Tertiary Hospital in Milan: Prevalence of Burnout in Nursing Staff Working in Sub-Intensive Care Units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6684. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136684>
- Bonifácio, M, C, S; Silva, A, C, S, S; Goes, F, G, B; Santos, A, S, T; Pinto, L, F; Coelho, Y, C, C, B. (2021) CONTEÚDOS TEMÁTICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO MÓVEL SOBRE COVID-19. coronaviruse/who-china-joint-mission-on-

[COVID-19-final-r](#)

- Borges, F. E. de S., Borges Aragão, D. F., Borges, F. E. de S., Borges, F. E. S., Sousa, A. S. de J., & Machado, A. L. G. (2021). Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
- Bruyneel, A., Gallani, M.-C., Tack, J., D'Hondt, A., Canipel, S., Franck, S., Reper, P., & Pirson, M. (2021). Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102967. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102967>
- Bruyneel, A., & Smith, P. (2021). Comparison of the prevalence of burnout risk between ICU and non-ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French-speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 66, 103086. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103086>
- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103059. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103059>
- Burdorf, A., Porru, F., & Rugulies, R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(3), 229–230. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3893>
- Butera, S., Brasseur, N., Fillion, N., Bruyneel, A., & Smith, P. (2021). Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Belgium. *Journal of Emergency Nursing*, 47(6), 879–891. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.08.007>
- Carlotto, M. S. (2002). A SÍNDROME DE BURNOUT E O TRABALHO DOCENTE. *Psicologia Em Estudo*, 1, 21–29.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*. The Lancet Psychiatry. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Chuang, C.-H., Tseng, P.-C., Lin, C.-Y., Lin, K.-H., & Chen, Y.-Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals. *Medicine*, 95(50), e5629. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005629>

- Cleary, M., Sayers, J., & Watson, R. (2016). Essentials of building a career in nursing research. *Nurse Researcher*, 23(6), 9–13. <https://doi.org/10.7748/nr.2016.e1412>
- Curtis, J. R., Sprung, C. L., & Azoulay, E. (2014). The importance of word choice in the care of critically ill patients and their families. *Intensive Care Medicine*, 40(4), 606–608. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3201-8>
- Dallacosta, F. M. (2019). Stress and burnout syndrome in health professionals. *International Journal of Family & Community Medicine*, 3(5), 179–183. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2019.03.00154>
- Dayana, J., Paiva, M., Cordeiro, J. J., Medeiros Da Silva, K. K., Souza De Azevedo, G., Alves, R., Bastos, A., Bandeira Bezerra, C. M., Mayara De Oliveira Silva, M., Maria, M., & De Martino, F. (2019). BURNOUT SYNDROME TRIGGERING FACTORS IN NURSES FACTORES DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMEROS. *Rev Enferm UFPE*, 13(1), 483–490. <https://doi.org/oi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a235894p483-490-2019>
- De Villers, M. J., & DeVon, H. A. (2013). Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics*, 20(5), 589–603. <https://doi.org/10.1177/0969733012452882>
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C. P., & Meyers, D. (2017). Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *NAM Perspectives*, 7(7). <https://doi.org/10.31478/201707b>
- Fernandes, L. S., Nitsche, M. J. T., & Godoy, I. de. (2017). Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva Burnout syndrome in nursing professionals from an intensive care unit. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 551–557. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.551-557>
- Ferreira, M., Nogueira, M., Ferreira, C. (2022). *Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados de Saúde*. Medikabook. Lisboa
- Figueira, I. R., Pereira, M. (2020). **Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score**. Critically ill patient assessment: Application of the National Early Warning Score. *Projetar Enfermagem. Revista Científica de Enfermagem*, 3(32). 2184-4402. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34813/1/2020_ARTIGO_Rev%20Projetar%20Enfermagem_Av%20PSC_Aplicac%CC%A7a%CC%83o%20NEWS.pdf

- Figueiredo, C.M.R. (2019). Prevalência das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Continuados[Relatório Final, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6161/1/CarlaManuelaRibeiroFigueiredo_RelatorioFinal.pdf
- García-Garcés, L., Gerónimo-Llopis, A. (2021) La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.05>
- Gonçalves, A., Fontes, L., Simões, C., & Gomes, A. R. (2019). Stress and burnout in health professionals. In P. Arezes et al. (Ed.), *Occupational and Environmental Safety and Health* (pp. 563–571). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3>
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H.-G., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- INEM. (2021) SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Comissão de Segurança do Doente <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/seguranca-doente-1.pdf>
- Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021) Centro de Documentação e Informação Guia orientador de trabalhos escritos
- Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu. (2022) Guia Orientador de Estágios 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica Viseu
- J Bone Joint Surg Am. (2020) 102:734-44 d <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.20.00396>
- Kabunga, A., & Okalo, P. (2021). Prevalence and predictors of burnout among nurses during COVID-19: a cross-sectional study in hospitals in central Uganda. *BMJ Open*, 11(9), e054284. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054284>
- Kakemam, E., Chegini, Z., Rouhi, A., Ahmadi, F., & Majidi, S. (2021). Burnout and its

- relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1974–1982. <https://doi.org/10.1111/jonm.13359>
- Karimi, L., Raei, M., & Parandeh, A. (2022). Association Between Dimensions of Professional Burnout and Turnover Intention Among Nurses Working in Hospitals During Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic in Iran Based on Structural Model. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.860264>
- Khan, Y., Bruyneel, A., & Smith, P. (2022). Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1125–1135. <https://doi.org/10.1111/jonm.13624>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Kishi, H., Watanabe, K., Nakamura, S., Taguchi, H., & Narimatsu, H. (2022). Impact of nurses' roles and burden on burnout during the COVID-19 pandemic: Multicentre cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1922–1930. <https://doi.org/10.1111/jonm.13648>
- Koh, D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational Medicine*, 70(1), 3–5. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036> Downloaded from
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.* (S. P. Company, Ed.). New York
- Luz, D.C.R.P.; Campos, J.R.E.; Bezerra, P.O.S.; Campos, J.B.R.; Nascimento, A.M.V.; Barros, A.B. (2021) Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>
- Magalhães, A. M. M. de, Trevilato, D. D., Pai, D. D., Barbosa, A. da S., Medeiros, N. M., Seeger, V. G., & Oliveira, J. L. C. de. (2022). Professional burnout of nursing team working to fight the new coronavirus pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0498>
- Maslach, C. (1993). Burnout: a Multidimensional Perspective. In *Professional Burnout* (pp. 19–32). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315227979-3>

- Maslach, C., & Jackson, S. (1982). Burnout in Health Professions: A social psychological analysis. In *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 227–251). Lawrence Erlbaum Associates.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W., & Schwab, R. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators survey ad scoring guides*. Mind Garden.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leuven, K. U., & Leiter, M. (2001). *Magnet4Europe-A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health View project Retirement decision processes, and their antecedents and outcomes (REDEPRO) View project*. <https://www.researchgate.net/publication/211390827>
- Moazzami, B., Razavi-Khorasani, N., Dooghaie Moghadam, A., Farokhi, E., & Rezaei, N. (2020). COVID-19 and Telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of Clinical Virology*, 126, 104345. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345>
- Noh, E.-Y., Park, Y.-H., Chai, Y. J., Kim, H. J., & Kim, E. (2022). Frontline nurses' burnout and its associated factors during the COVID-19 pandemic in South Korea. *Applied Nursing Research*, 67, 151622. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151622>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência (ed 2 Vol. 5) 269-279 Millenium. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Néné, M. & Sequeira. C. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ª edição). ISBN 978-989-752-574-2
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico: Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2005) Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 79º. Dos Comentários á Análise de casos
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 07/2020.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & M. Z (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Portugal, Despacho nº 9390/2021. (2021) (Setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República 2(187) pp.96-103.
- Portugal, Despacho n.º 10901/2022. (2022). (Setembro 8). Atualiza o Programa e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República, 2(174), pp.93-99
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017) Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017 Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1810. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). Via Verde do Trauma no Adulto. DGS. Acedido em https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2023/03/norma_012_2022via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015) Circular normativa nº 020/2015. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: DGS.
- Portugal, Regulamento alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015. (2015). (Setembro 4). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, p.86
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019). (Fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2(26), pp.4744 – 4750
- Portugal, Regulamento n.º 101/2015. (2015) (Março 10). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. Diário da República, 2(48), pp.5948-5952. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Portugal, Regulamento n.º 135/2018. (2018) (Julho 16). *Regulamento de Competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, 2(135), pp. 19362-19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Portugal, Regulamento n. º429/2018. (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), pp. 19359-19370
- Ramaci, T; Barattucci,M; Ledda,C; Rapisarda,V. (2020) **Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes**, *Sustainability*, 12(9), 3834. <https://doi.org/10.3390/su12093834>
- Sandra Carlotto, M., & Gonçalves Câmara, S. (2004). ANÁLISE FATORIAL DO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) EM UMA AMOSTRA DE PROFESSORES DE INSTITUIÇÕES PARTICULARES FACTORIAL ANALYSIS OF THE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) IN A SAMPLE OF TEACHERS FROM PRIVATE SCHOOLS. *Psicologia Em Estudo*, 3, 499–505.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J., ... Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Silva, R. M., Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima (249th-266 ed. ed., Vol. 22). Territorium. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Soares, J., Oliveira, N., Mendes, T., Ribeiro, S., & Castro, J. (2022). Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19_ revisão integrativa. *SAÚDE DEBATE*, 46(1), 385–398.
- Taccone, F. S., Van Goethem, N., De Pauw, R., Wittebole, X., Blot, K., Van Oyen, H., Lernout, T., Montourcy, M., Meyfroidt, G., & Van Beckhoven, D. (2021). The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. *The Lancet Regional Health - Europe*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100019>
- Thornton, J. (2020). Covid-19: Care homes in Belgium and Spain had “alarming living conditions,” says MSF report. *BMJ*, m3271. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3271>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters,

- M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Trigo, I.J.R. (2022). Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos Perfil (nível de risco clínico e índice de gravidade de trauma) da pessoa vítima de acidente de viação admitida no serviço de urgência. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7171/1/InesJoaoRodriguesTrigo_RM.pdf
- Veloso, S. da, S.R. (2020) Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia. Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.
- World Health Organization. (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0

APÊNDICES

Apêndice I
Pesquisa CVC



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

PESQUISA
Cateter Venoso Central

Maria Clarinda Esteves Simões nº 4117

CPLEEMC 9ª ed.

Fevereiro, 2022

Pesquisa Cateter Venoso Central

Maria Clarinda Esteves Simões nº4117

Curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem

Médico-Cirúrgica 9ª ed.

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Enfermeira Isabel Oliveira e a Enfermeira Teresa Andrade.

Fevereiro, 2022

Sumário	Pág.
Lista de Figuras	
Introdução	7
1 – Feixes de Intervenção	9
2 – Administração Medicamentosa por CVC	13
Conclusão	17
Referencia Bibliográficas	19

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1: Algoritmo Clínico “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção
Relacionada com CVC - Momento de colocação de CVC.....9

Figura 2: Algoritmo Clínico “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção
Relacionada com CVC - Manutenção de CVC.....11

Introdução

Encontrando-me a realizar estágio numa unidade de Cuidados intensivos, deparei-me com algumas dúvidas sobre cateter venoso central. Tanto na sua colocação como na sua manipulação, inclusive nos lumens e qual a medicação a ser administrada em cada lúmen. Não sendo uma realidade com a qual me deparo diariamente na minha prestação de cuidados senti a necessidade de fazer uma breve pesquisa para compreender melhor este procedimento.

O cateterismo venoso central, é a inserção de um cateter numa das grandes veias do pescoço, tórax ou virilha. Este procedimento é usado mais frequentemente para administração de grandes fluidos ou medicamentos, ou quando um doente não tem acessos venosos devido a uma patologia subjacente ou ainda quando estas veias (braço, mão, perna) são de difícil acesso para puncionar.

A utilização do CVC é um procedimento bastante frequente e utilizado em doentes críticos que necessitam de cuidados complexos com recurso ao sistema intravascular para administração de fluidoterapia, de fármacos, infusão de derivados sanguíneos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica, terapia renal substitutiva, entre outros, permitindo a sua utilização por períodos temporais médios a longos (Pires, et al., 2020, p.3).

No que diz respeito ao local de inserção do CVC, este deve ser preferencial o acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do profissional de saúde, realçando ainda que o acesso jugular interno deverá ser considerado no caso de alterações anatómicas na região subclávia, a existência de lesão cutânea, de alterações pulmonares significativas ou ainda a diminuta experiência do profissional de saúde no acesso subclávio (DGS, 2015).

As medidas de prevenção relacionadas com a infeção são uma das maiores preocupações. A prestação de cuidados encontra-se cada vez mais rodeada de maiores exigências para o aumento dos níveis de qualidade e, conseqüentemente, a diminuição dos números da mortalidade. Relativamente às IACS, e particularmente no contexto associado à utilização do CVC, atualmente, tem vindo a ser investigado por organizações internacionais no sentido de evitar os dados alarmantes de mortalidade associada a este tipo de infeções.

Em 2011 o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomenda um conjunto de diretrizes que têm como objetivo fornecer recomendações baseadas em evidências para a prevenção de infeções associadas a CVC. As principais áreas de ênfase incluem educar e treinar profissionais de saúde que inserem e mantêm cateteres, usando precauções máximas de barreira estéril durante a inserção do CVC, utilizar clorexidina com álcool para a antisepsia

da pele e higienização das mãos e evitar a substituição rotineira do CVC como estratégia de prevenção de infecção.

1 - Feixes de Intervenção

Os resultados das investigações internacionais foram sendo fornecidos e englobados, paulatinamente, nas orientações emanadas pela DGS, e incluem os algoritmos clínicos e as orientações, quer aquando da inserção do CVC, quer na sua manutenção (DGS, Norma nº 022/2015).

A DGS define os feixes de intervenção associados ao CVC como “um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente”. Tem como objetivo primordial “assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente” (DGS, 2015, p.9).

Considera que a aplicação de medidas de prevenção das infeções associadas ao CVC incluem os feixes de intervenções ou *bundles* necessárias e implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido, ocorrendo num tempo e num local ou área específicos e que demonstraram melhoria de qualidade de cuidados e melhores resultados clínicos através da implementação destas estratégias (DGS, 2015).

No momento da colocação do CVC, as orientações da DGS (2015, p. 1 e 2) indicam que as *bundles* ou feixes de intervenção devem ser executadas de forma planificada e cumprindo determinados procedimentos, como se observa na figura seguinte (figura 1 e figura 2) que ilustra o algoritmo clínico.

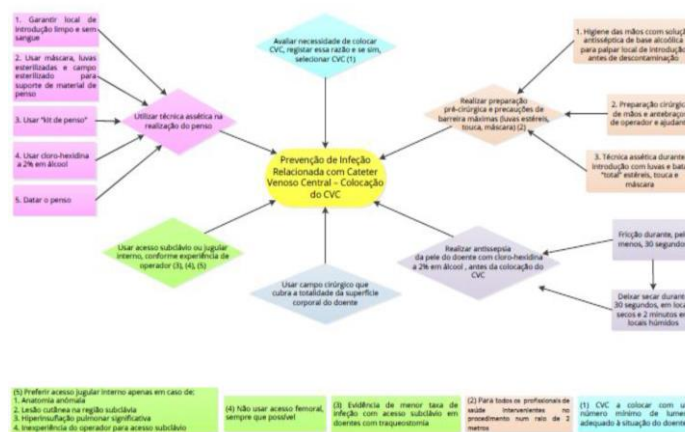


Figura 1 – Algoritmo Clínico “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com CVC - Momento de colocação de CVC

Fonte: DGS (2015, p. 4)

Norma DGS

- 1 - Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação do cateter venoso central:
- 2 Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumensadequado à situação do doente (Categoria IC)
- 3 Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros (Categoria IC)
- 4 Higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele
- 5 Preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes;
- 6 Técnica assética durante introdução, com luvas e bata" total" estéreis, touca e máscara.
- 7 Realizar antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central (Categoria IA)
- 8 Fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos
- 9 Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente (Categoria IIC)
- 10 Não usar acesso femoral, sempre que possível
- 11 Registrar razões de utilização de acesso femoral;
- 12 Usar acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador; (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia).
- 13 Preferir acesso jugular interno apenas em caso de:
 1. Anatomia anómala na região subclávia;
 2. Lesão cutânea na região subclávia;
 3. Hiperinsuflação pulmonar significativa;
 4. Inexperiência do operador para acesso subclávio.

5. Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Categoria IIaC)
6. Garantir local de introdução limpo e sem sangue;
7. Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
8. Usar “kit de penso”;
9. Usar cloro-hexidina a 2% em álcool;
10. Datar o penso.

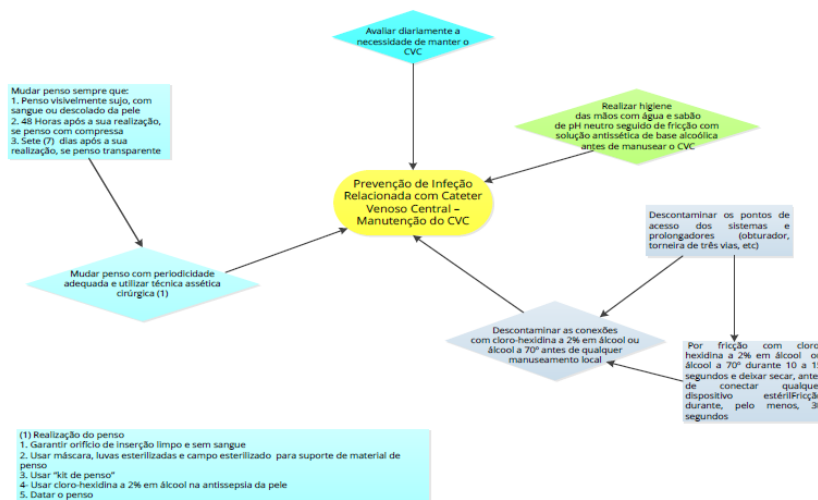


Figura 2 – Algoritmo Clínico “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC - Manutenção de CVC

Fonte: DGS (2015, p. 5)

Norma DGS

- 1- Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso central:
- 2- Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central (Categoria IIaC)
- 3- Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central (Categoria IIaC)

- 4- Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local (Categoria IIaC)
- 5- Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
- 6- Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica
 1. Para realização de penso
 2. Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue;
 3. Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
 4. Usar “kit de penso”;
 5. Usar cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele;(v).
 - 1 - Datar o penso.
 - 2 Em relação ao momento de mudança de penso:
 - 3 Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:
 - 4 Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - 5 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
 - 6 7 Dias após a sua realização, se penso transparente.

Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico

2 - Administração Medicamentosa por CVC

Sendo também um dos motivos de pesquisa, a administração de medicação em cada lúmen, e conseguindo pouca bibliografia neste sentido dirigir a minha pesquisa pelo protocolo do serviço, onde faz a descrição de qual o lúmen para administração de medicação.

Via distal (doente): Aminas vassopressoras (lúmen único), PVC, Fluidos espessos ou a alta velocidade, derivados do sangue, medicação urgente.

Via proximal (enfermeiro): colheitas de sangue (outro lúmen fechado), medicação (rotina) e soluções eletrolíticas.

Via medial: Nutrição Parenteral (lúmen único), fluidos espessos, medicação urgente, Aminas vassopressoras em medial 1 se distal ocupada por PVC.

Efeitos relacionados com a administração de aminas

Ainda numa breve pesquisa que fiz sobre medicação vasoativa, encontrei um estudo transversal, publicado na revista de enfermagem referência (2022), que aproveitei para me esclarecer sobre este assunto. O objetivo geral do estudo era investigar as práticas relacionadas com a administração de aminas vasoativas e tinha como objetivos específicos descrever a administração de aminas e analisar os eventos clínicos indesejáveis relacionados com a administração destes fármacos em doentes críticos.

As aminas vasoativas tem um papel importante na terapia endovenosa, mas, direta ou indiretamente, apresentam efeitos vasculares periféricos, pulmonares ou cardíacos. (Rodrigues & Cruz, 2019 cit. Faria, et al., 2022). Devido a sua ação rápida e potente, um dos critérios inerentes à segurança da sua utilização é a monitorização dos sinais vitais do doente, com vista ao controlo rigoroso dos seus efeitos (Biricik, et al., 2020 cit. Faria, et al., 2022). Assim, as boas praticas relacionadas com a administração de aminas vasoativas estão inseridas no contexto e conceito de segurança do cliente ou doente.

Nas unidades de cuidados intensivos os enfermeiros devem ter conhecimento sobre estes fármacos e propriedades farmacológicas. Isto deve ser feito por toda a equipa. Nestas unidades os enfermeiros são responsáveis pela supervisão da preparação e administração do fármaco, uma vez que estes acarretam um risco acrescido, muitas vezes com efeitos indesejáveis. As administrações de aminas requerem uma supervisão acrescida. A

intervenção imediata perante qualquer alteração do quadro clínico do doente crítico é fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos. O conhecimento sobre as propriedades farmacológicas destes fármacos é essencial e deve ser feito por toda a equipa.

Os eventos clínicos indesejáveis mais comuns relacionados com a administração destes fármacos incluem alterações, na frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigénio, fração inspirada de oxigénio, perfusão tecidual, entre outras (Melo et al., 2016; Kastrup et al., 2013; cit Faria, et al., 2022).

O uso seguro de fármacos é, por conseguinte, uma questão complexa na segurança do doente, visto que corresponde a 30% dos erros em hospitais, sendo considerado o principal incidente que leva a eventos adversos. Por exemplo, segundo um estudo brasileiro realizado em 2016 verificou-se a ocorrência de eventos adversos relacionados com a administração de fármacos, com frequências entre os 7% e os 15,6% . (Roque et al., 2016; cit Faria, et al., 2022)

Num outro estudo transversal, envolvendo 58 hospitais de cinco países latino-americanos, em que se pretendeu medir a prevalência de eventos adversos (EA) concluiu-se que 8,2% dos doentes apresentaram, pelo menos, um evento adverso relacionado com a administração de fármacos. Entre estes, 28% resultaram em dano grave e 6% foram associados a morte do doente. (Aranaz-Andres et al., 2011; cit Faria et al., 2022).

Neste contexto, em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o terceiro desafio global de segurança intitulado “medicação sem danos” (World Health Organization, 2017).

Estas boas praticas integram um conjunto de medidas que visam a prevenção ou redução da ocorrência de incidentes nos serviços de saúde.

Ao longo de cinco anos, o PNSD 2015 -2020 fomentou a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível de questões específicas como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes de segurança (Portugal, Lei nº 187/2021).

Para o exercício da pratica de enfermagem baseada em evidencias nos cuidados aos doentes críticos com aminas vasoativas prescritas, recomenda-se: conhecer a ação, estabilidade e interação medicamentosa, estando apto para intervir em possíveis intercorrências; conhecer se o medicamento é fotossensível; administrar o medicamento em bomba infusória, que deve estar identificada com o que esta a ser administrado; realizar técnica asséptica no acesso, que deve ser venoso central; desinfetar a conexão do cateter venoso central (CVC) utilizando o método *scrub the hub* e manter os cuidados com o mesmo durante a infusão; **infundir em via exclusiva e lúmen proximal**, devidamente identificado;

monitorizar continuamente e a cada hora os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigénio e temperatura), bem como a perfusão sanguínea e o débito urinário, estando atento a possíveis variações sugestivas do agravamento do estado hemodinâmico do doente (Silva & Oliveira, 2018; Szpalher & Batalha, 2019; cit. Faria, et al., 2022, p. 2).

Conclusão

Atualmente é cada vez mais imprescindível que se identifique a relevância do enfermeiro enquanto agente primário de prestação de cuidados de saúde, e neste caso em particular na manutenção e manipulação do CVC, exigindo-se cuidados de qualidade executados de forma criteriosa.

O enfermeiro especialista tem um papel ainda mais acrescido na aplicação de conhecimentos e competências que cumpram as orientações emanadas a nível internacional e adaptadas para o nosso país, pela DGS, no contexto da execução dos feixes de intervenção e dos procedimentos que lhes estão associados.

Ainda no estudo analisado a administração de aminas não vai de encontro ao protocolo existente na UCIP, pois este diz-nos que as aminas devem ser administradas no lúmen proximal e em via exclusiva. Sendo que na UCIP as aminas são administradas em lúmen distal, mantendo a via exclusiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - Norma nº 022/2015 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Faria, T. T., Camerini, F. G., Henrique, D. M., Fassarella, C. S., Nepomuceno, R. M., Campos, J. F., & Franco, A. S. (2022). Eventos clínicos indesejáveis relacionados com a administração de aminas: Estudo transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21063. <https://doi.org/10.12707/RV21063>
- Melo, E. M., Oliveira, T. M., Marques, A. M., Ferreira, A. M., Silveira, F. M., & Lima, V. F. (2016). Caracterização dos pacientes em uso de drogas vasoativas internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4898-4904. <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4408>
- Pires, Vera Ângela Lopes. Prática Clínica dos Enfermeiros Sobre Prevenção da Infeção Associada ao Cateter Venoso Central. [Relatório Final de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica] Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2020.
- Pires, V.E., Martins, M.D.S., Correia, T.I.G. (2021) Prática clínica dos enfermeiros na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central: *Revista de Enfermagem Referência*, vol. v, núm. 7, e20163. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [doi: https://doi.org/10.12707/RV20163](https://doi.org/10.12707/RV20163)
- Portugal, Lei nº187/2021. (2021, Setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2ª Serie, p.97. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- World Health Organization. (2017). Medication without harm: Global patient safety challenge on medication safety. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>

Apêndice II

Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência

Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência

Estágio em Urgência Médico-Cirúrgica



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

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

Anabela Santos nº 6004

Clarinda Simões nº 4117

Hugo Lobo nº 1770

Joana Mendes nº1252

PLANO DE SESSÃO

Objetivo Geral: Rever e atualizar conhecimentos no tratamento das feridas em contexto de urgência.

Objetivos Específicos:

Reconhecer os diferentes tipos de feridas no Serviço de Urgência.

Compreender a importância do tratamento às feridas agudas.

Mencionar métodos de atuação uniformes perante uma ferida aguda.

	CONTEÚDO	MÉTODO	MEIOS AUXILIARES	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Contextualização e justificação do tema; 	Expositivo e interativo	Computador Diapositivos Bibliografia	2 min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de feridas; Processo de cicatrização; Anamnese; Abordagem à ferida aguda; Limpeza e desinfeção do local cirúrgico; Feridas traumáticas; Pessoa com queimadura superficial. 			35 min
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão final. 			8 min

Introdução

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

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

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

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

(Parreira et. al., 2022)

Abordagem às Feridas

Feridas Agudas

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

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

Cicatrizam sem que fatores locais originem complicações.

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

Têm origem em cirurgias ou traumatismos.

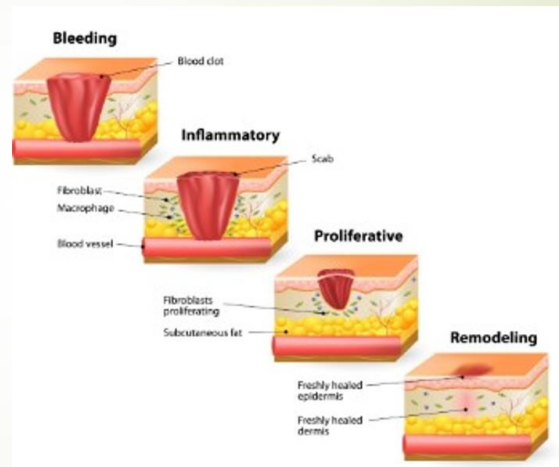


(Parreira et. al., 2022)

Fases de Cicatrização



Fonte: <https://www.souenfermagem.com>. Composição da Epiderme-Derme-Hipoderme



Fonte: Stock Imagem vetorial ID: 244322110

Processo de cicatrização

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

1ª intenção

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

2ª intenção

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

3ª intenção

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

(Parreira et. al., 2022)

Tipo de feridas



Agudas

- Traumáticas
- Abrasão/Epitelial
- Queimaduras
- Incisões Cirúrgicas

Mais comuns num serviço de urgência...



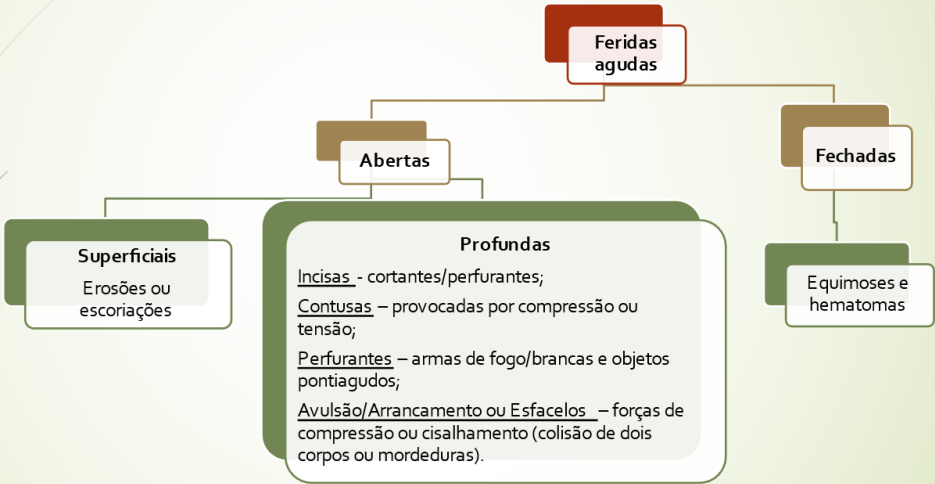
Crónicas

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

Complexas

(Parreira et. al., 2022)

Classificação - Feridas Agudas



(Mendes et. al., 2019)

Contaminação da ferida

Classificação



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

(Parreira et. al., 2022)

Preparação do leito da ferida

Fatores que impedem a cicatrização

Podem ser representado pela mnemónica **TIME**

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

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

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

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

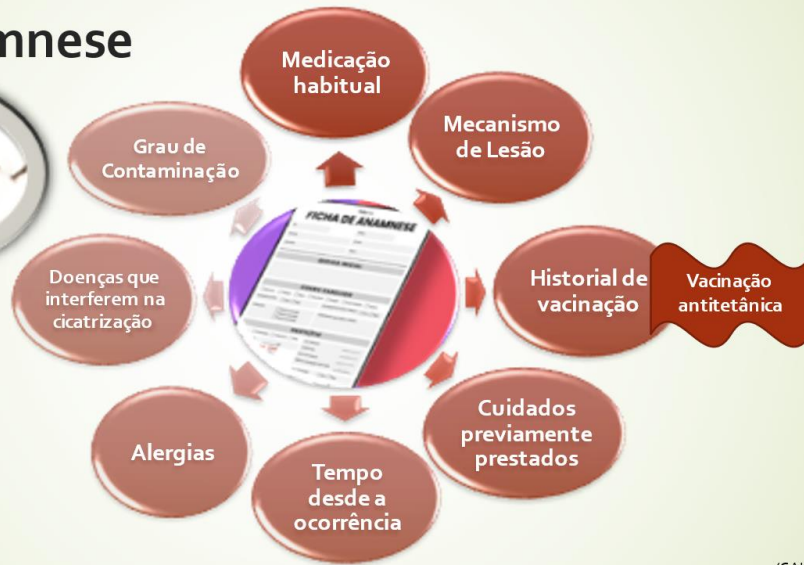
Implica o recurso a terapias avançadas.

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

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

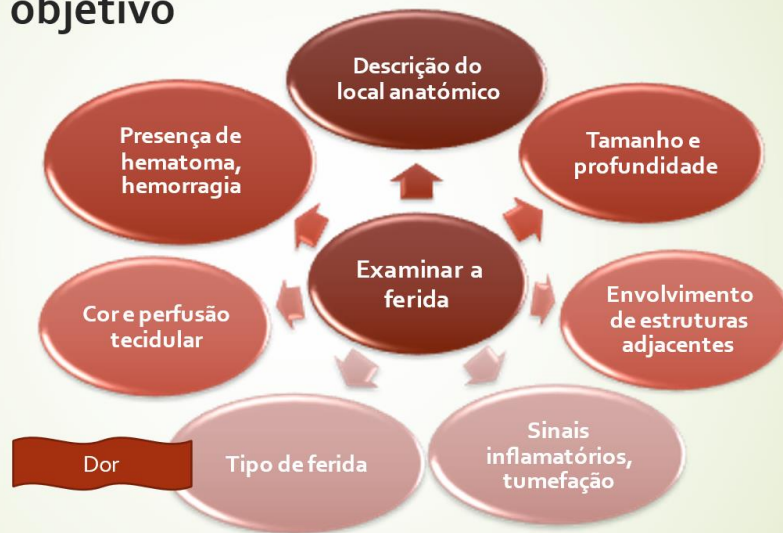
(GAIF, 2019)

Anamnese



(GAIF, 2019)

Exame objetivo



(Mendes et. al., 2019)

Profilaxia do tétano

Vacinação
antitetânica

São consideradas feridas potencialmente tetanogênicas:

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



(PNV, 2020)

Profilaxia do tétano

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



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

(PNV, 2020)

Avaliação da Dor

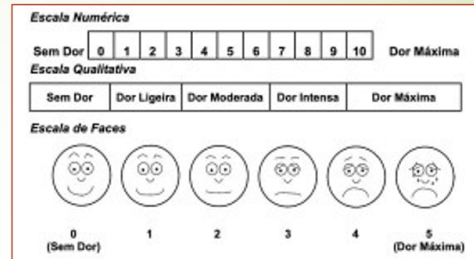
Garantir que cada avaliação da dor é individualizada.

A pessoa com ferida aguda tem dor.

Minimizar a dor nos procedimentos.

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

Administrar analgesia.



Escalas de dor (Adaptado e modificado da circular normativa nº9/DI/CG de 12/06/2003 da Direção Geral de Saúde)

Pressupor que todas as feridas são dolorosas.

(Parreira et. al., 2022)

Princípio na escolha do apósito

Avaliação precisa

Conhecimento adequado

Produto adequado

Necessidades da ferida

Manter a humidade da ferida

Permitir as trocas gasosas

Proteger de traumas

Ser impermeável a bactérias

Remover o excesso de exsudado

Ser não-aderente

Ser livre de partículas prejudiciais

Ser cosmeticamente aceitável

(GAIF, 2021)

Apósitos

Opções terapêuticas

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

(GAIF, 2019)

Abordagem terapêutica

Recomendações



A humidade equilibrada da ferida favorece a cicatrização.

Os pensos estão concebidos para manter:

Ferida húmida,

Limpar a ferida ;

Mantê-la limpa,

Protege-la de traumatismo físico ou de contaminação bacteriana .

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

(Parreira et. al., 2022)

Limpeza das feridas

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

Prática Baseada na Evidência

Mas...

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

(Parreira et. al., 2022)

Limpeza das feridas



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

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

Nível de evidência 1.a

Representando ainda uma diminuição de custos para o hospital.

Prática Baseada na Evidência

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

Limpeza das feridas

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



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

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

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

(Santos et. al., 2016)

Abordagem à ferida

Irrigação

“Baixa pressão” pode manter detritos ou corpos estranhos na ferida

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

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



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

(Parreira et. al., 2022)

Solução para limpeza e descontaminação de feridas

Vantagens:

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

Composto **antisséptico, antimicrobiano e bacteriostático** composto por betaína e polihexanida



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

(McLain et. al., 2021)

Solução para limpeza e descontaminação de feridas

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

Modo de ação:

Antisséptico e desinfetante na forma de solução cutânea.

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



(INFARMED, 2019)

A limpeza de feridas e o desbridamento químico...

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

Boa capacidade bactericida e desinfetante

Agressivo para os fibroblastos



Soluto de Dakin

Não existe evidência do benefício no tratamento de feridas

(Ordem dos enfermeiros, 2021; GAIF, 2019)

Deve ser removido e desaconselhada a sua utilização

(GAIF, 2019)

Abordagem à ferida

Tricotomia

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

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

Nível de Evidência 1.a

(DGS, 2015)



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

Prática baseada na evidência

(Marques et. al., 2020)

Anestesia local

Usar a concentração de 1% ou 2%



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

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

Lidocaína,
Mepivacaína,
Bupivacaína,
Prilocaína,
Ropivacaína

Amidas
1ª escolha devido ao bom perfil de segurança

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

(GAIF, 2019)

Encerramento da Ferida



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

natureza

Tipo de fio

- Monofilamentares
Nylon
- Multifilamentares
Seda

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

Tipo de fio

Monofilamentares

- Menor reação inflamatória
- Menor potencial de infeção
- Menor maleabilidade e segurança no nó

Multifilamentares

- Maior reação inflamatória
- Maior potencial de infeção
- Maior segurança no nó
- Mais maleável

(Pinto et. al., 2019)

Encerramento da Ferida

Tempo de permanência dos pontos

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



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



(Mendes et. al., 2019)

Encerramento da Ferida



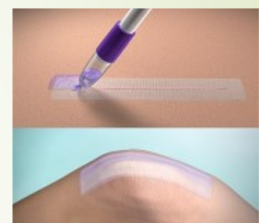
Suturas- disponíveis para todas as feridas, mas com > dificuldade técnica;



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



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



Acrilatos- Suturas Adesivas (DERMABOND)

(Mendes et. al., 2019)

Casos mais usuais - Ferida Traumática



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



(Parreira et. al., 2022)

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

Casos mais usuais - Ferida Cirúrgica



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



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

Possíveis pensos:

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

(Parreira et. al., 2022)
DGS, 2013

Casos mais usuais – Escoriações/Abrasões



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

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

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



(Oliveira et. al., 2018)

Casos mais usuais - Feridas Perfurantes



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



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



(Franco et. al., 2019)

Casos mais usuais - Mordeduras

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

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

Administrar analgésicos e iniciar profilaxia ATB;

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



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

(Mendes et. al., 2019)

Casos mais usuais - Picadas

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

(Avaliar A B C D E).



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



(Mendes et. al., 2019)

Classificação das queimaduras

Queimadura superficial/epidérmica

Queimadura de espessura parcial superficial

Queimadura de espessura parcial profunda

Queimadura da espessura total/profunda completa

Queimadura profunda completa +

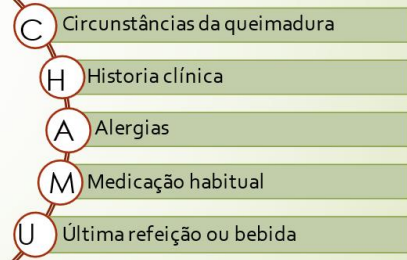
Água fria

Analgesia

Hidratação

Creme hidratante

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



(Néné et. al., 2021
(GAIF, 2019)

Tratamento Tópico

Creme Gordo - Gaze vaselinada - Gaze impregnada iodopovidona -

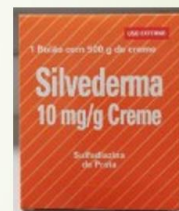
- Utilizada em queimadura superficial.

Sulfadiazina de prata

- Utilizado no tratamento de queimaduras de espessura parcial.

Flaminal - Alginogel

- Usado em queimaduras de espessura parcial a profunda.



(GAIF, 2019)

ISBAR

Identificação – dados do doente, local de proveniência;

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

B Antecedentes – Antecedentes pessoais, alergias, história relevante;

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

Recomendações – plano de cuidados, reavaliação .

ISBAR

INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

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

ISBAR

ISBAR
Identificação – dados do cliente, local de procedimento;
Situação – Gravidade do ferido, avaliação inicial do ferido, características do ferido (tamanho, profundidade e localização);
B Antecedentes – Antecedentes pessoais, alergias, história relevante;
Avaliação – Estado vital, material sobre utilizado, agente recomendado, tipo de penso aplicado;
Recomendações – plano de cuidados, reavaliação

Esta informação deve ser atualizada e não somente na hora de notificação. A falta de informações pode ser utilizada nos casos de falta de conhecimento ou falta de dados em processos administrativos com a falta de atualização.

RECOMENDAÇÃO DE EXERCÍCIO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Identificação	
Situação	
B Antecedentes	<u>Antecedentes pessoais:</u> <u>Alergias:</u>
Avaliação	<u>Material sobre:</u> absorvente [] não absorvente [] aglutinante [] outro [] <u>Agente recomendado:</u> Dressing [] Tampão [] Reforço [] Compensador [] <u>Medicamento:</u>
Recomendações	<u>Remover material de sobre o:</u>

Conclusão

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



Florence Nightingale

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

Referências Bibliográficas

- Bertoncello, K., Cavalcanti, C., Ilha, P., & Nascimento, E. (2013). Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. Vitória. Revista Brasileira Pesquisa Saúde, 15 (2), 23-31
- Direção-Geral da Saúde Circular Normativa Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor N° 09/DGCG Data: 14/06/2003
- Direção Geral de Saúde .https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenção-da-Infecao-do-Local-Cirurgico.pdf
- EMA/COMP/264905/2010, Committee for Orphan Medicinal Products Public summary of opinion on orphan designation Octenidine dihydrochloride for the prevention of late-onset sepsis in premature infants of less than or equal to 32 weeks of gestational age
- Franco, D., Vicente, H. (2019) Artigo profissional . **Feridas traumáticas - incisões, cortes, lacerações, abrasões** . *Artigo atualizado a 9/11/2019.*
- Grupo Associativo de investigação em Feridas (GAIF). (2019). *Parecer técnico sobre a utilização do Hipoclorito de sódio(apresentação Sólido de Dakin)*
- INFARMED (2019). Titular da Autorização de Introdução no Mercado e Fabricante . APROVADO EM 25-01-2019
- Marques, A., Osório, C., Aguiar, C., Lopes, G., Rodrigues, T. Implementação de uma bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia . Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020 ; 43(1): 97-103
- McLain, N. E., Moore, Z. E., & Avsar, P. (2021). Wound cleansing for treating venous leg ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011675 . <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011675.pub2>
- Mendes, J. & Ponce P. (2019). Manual de Urgências e Emergências (3ª edição) . Lisboa : Edições Lidel

Referências Bibliográficas

- Monteiro, M., André, C., Barbosa, N., Santos, M., Antunes, L., & Pimentel, J. (2010). Lesões por arma de fogo em ORL: Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial, 48(2)
- Néné, M. & Sequeira, C. (2021). Enfermagem de Urgência e Emergência. (1ª edição). ISBN 978-989-752-574-2
- Oliveira, L. de C., Valle, L. S. E. M. B., Silva, M. A. da, Couto, J. N., Figueiredo, C. M. B. F., Machado, T., Bassi, A. P. F., & Ponzoni, D. (2018). Lesões traumáticas em tecidos moles: abrasão, contusão e laceração. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 6. Recuperado de <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/2785>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Utilização de Hipoclorito de Sódio 0,5% (soluto de Dakin) na limpeza de feridas. Parecer n.º 152/2009
- Ordem dos enfermeiros (2021) PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 81/2021 Utilização do soluto de Dakin para tratamento de feridas
- Parreira, A. & Marques, R. (2022). FERIDAS - manual de boas práticas. Lisboa: Edições Lidel
- Pinto, N. T., Silva, R. P. (2019) Suturas Fundamental e Ferida Cirúrgica. Manual de Apoio. Entidade Formadora Certificada. GAIF
- Plano Nacional de Vacinação (2020) p.62,63
- Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015) Circular normativa nº 020/2015. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: DGS.
- Santos, E., Queirós, P., Cardoso, D., Cunha, M., & Apóstolo J. (2016). A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. Revista de Enfermagem Referência, (Série IV – N.º 8 – abr./mai./jun.), 133-144
- Santos, E., & Silva, M. (2011). Tratamento de feridas colonizadas/infectadas com utilização de polihexanida. Revista de Enfermagem Referência, 4, 135-142 <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200014&script>

Apêndice III

Poster apresentado no I Congresso Internacional de Saúde Global:
Novas Abordagens

Perspetiva dos Enfermeiros sobre o Burnout em Tempo Covid-19

Autores: Simões, Clairinda Ribeiro, Olivéirb

¹Aluna Curso Mestrado Enfermagem Médica e Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu

²Professor Adjunto, Área Científica Enfermagem Médica e Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu

INTRODUÇÃO

A pandemia trouxe exigências e pressões excecionais sobre os sistemas de saúde em todo o mundo e, em particular, sobre os profissionais de saúde.

Durante a pandemia os enfermeiros estiveram expostos a vários fatores de stress, que levaram a consequências negativas para a saúde como depressão e burnout. Face a este quadro, é essencial conhecer melhor as condições que mais contribuíram para a emergência do burnout nos enfermeiros.

Como objetivo pretendemos descrever a prevalência de burnout entre os enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar em tempos de pandemia COVID-19.

Burnout

Sindrome psicologica de esgotamento emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham em profissões orientadas para serviços a outras pessoas (Maslach, 1993). A mesma autora define as três dimensões da síndrome de burnout a exaustão emocional (estado de fadiga generalizada que pode ser expressa através de sintomas emocionais físicos de baixo desempenho) a despersonalização (desenvolvimento de uma atitude em relação ao trabalho e aos cuidados do doente e a diminuição da realização profissional) e a realização pessoal (revelada quando os enfermeiros avaliam repetidamente de forma negativa o seu trabalho e têm uma auto-estima profissional baixa (Maslach, et al., 1986).

CONCLUSÕES

Os enfermeiros apresentavam sintomas de ansiedade, depressão e níveis mais elevados de burnout em relação a outras categorias profissionais. A escassez de equipamentos e proteção individual aumentou o risco de EE para os enfermeiros. No entanto para além da carga de trabalho e do stress, a atenção e o apoio por parte da família, colegas e amigos, assim como apoios psicológicos foram preditivos do burnout.

Referências Bibliográficas

- Al-Sabei, S. D., Al-Bawab, O., Al-Jabbar, R., Laage, L. J., & Bamey, J. A. (2023). Nurses' job burnout and its association with work environment, empowerment, and psychological distress during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/inj.12711>
- Bellani, F., LoBuglio, A., Capurro, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., Vengelió, A., & Vandemale, G. (2021). Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease 2019 in a University Hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105021>
- Bruyneel, A., Smith, P., Tackx, J., & Pison, M. (2021). Prevalence of burnout, risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French-speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 66, 103093. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103093>
- Bunao, S., Bisschop, N., Fliet, H., Bruyneel, A., & Smith, P. (2021). Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Belgium. *Journal of Emergency Nursing*, 27(6), 879-881. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.05.005>
- Khan, Y., Bruyneel, A., & Smith, P. (2022). Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1123-1135. <https://doi.org/10.1111/jonm.14544>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators' survey and scoring guide*. Mind Garden.
- Noh, E.-Y., Park, Y.-H., Cha, Y.-J., Kim, H.-J., & Kim, E. (2022). Frontline nurses' burnout and its associated factors during the COVID-19 pandemic in South Korea. *Applied Nursing Research*, 67, 153822. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.153822>

MATERIAIS E MÉTODOS

Scoping Review, tendo sido incluído a 2 estudos na análise narrativa. Destes 100% são transversais com uma amostra a variar entre os 105 e os 455 enfermeiros.

Critérios de elegibilidade: Participantes: Enfermeiros de serviços hospitalares; Conceito: burnout; Contexto: Serviços hospitalares durante a pandemia COVID-19.

Esta revisão scoping foi realizada tendo em consideração as metodologias da The Joanna Briggs Institute e apresentados num extenso de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses para scoping review (PRISMA-ScR).

Os artigos foram selecionados no período de publicação de 2020 a 2022, nas bases de dados (Medline e Scopus), que incluíam artigos publicados em Português, Inglês, Francês e Espanhol. A estratégia de pesquisa, incluíndo as palavras-chave e termos de índices identificados, foram adaptados para cada base de dados, utilizando o operador booleano Nurses AND Hospitals AND COVID-19 AND Burnout psicológico.

Fatores protetores para a ocorrência do burnout: Apoio social dos colegas, dos superiores, da direção, apoio familiar, diminuição da carga de trabalho, diminuição do stress, capacidades pessoais, liderança, adequação de recursos e acesso dos enfermeiros a apoios psicológicos (Al-Sabei, et al., 2022; Bellani et al., 2021; Butera, et al., 2021).

Fatores de risco para o burnout: Carga de trabalho, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); trabalho com doentes com COVID-19; insónia, depressão e raios de cuidados em enfermagem (Bruyneel, et al., 2021; Butera, et al., 2021; Kabunga & Okalo, 2021; Khan, et al., 2022; Noh et al., 2022).

RESULTADOS

Com base na Revisão observou-se uma proporção de enfermeiros com Burnout a variar entre os 12% e os 90%. Em que, no âmbito dos seus domínios, observou-se um risco de Despersonalização (DP) de 29%-47,6%, de Exaustão Emocional (EE) de 38%-61,9% e de Realização Pessoal (RP) de 31%-34,3%. Ainda neste contexto foi verificada uma correlação positiva entre o EE e a DP com a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, ao passo que foi encontrada uma correlação negativa entre RP com elementos de cuidados de saúde deficientes.

Apêndice IV

SBV com DAE

SAV

Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 509 822 940

Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que MARIA CLARINDA ESTEVES SIMOES, natural de Viseu, nascida a 26/04/1979, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 11711239-9ZY9, frequentou a 5 de dezembro de 2022, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Básico de Vida - DAE

Duração Total: 7 horas

Horas assistidas: 7 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **19** valores.

Viseu, 6 de dezembro de 2022

O Vogal do DEP

O Presidente do DEP



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

A formação é válida por 5 anos

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



Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte
3504-509 Viseu
NIF 509 822 940
Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que MARIA CLARINDA ESTEVES SIMOES, natural de Viseu, nascida a 26/04/1979, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 11711239-9ZY9, frequentou a 12 e 13 de dezembro de 2022, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Avançado de Vida

Duração Total: 16 horas
Horas assistidas: 16 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **17,1** valores.

Viseu, 12 de janeiro de 2023

O Vogal do DEP

Certificado EA N.º 11EA.SAV.06/2018

O Presidente do DEP



A formação é válida por 5 anos

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

