

**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**  
Escola Superior de Saúde

Iolanda Marlene Martins de Sousa Oliveira

**Humanizar os Cuidados: Norma de Orientação  
Clínica para uma Unidade de Cuidados Intensivos**

**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**  
Escola Superior de Saúde

Iolanda Marlene Martins de Sousa Oliveira

## **Humanizar os Cuidados: Norma de Orientação Clínica para uma Unidade de Cuidados Intensivos**

Relatório de Estágio  
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Paula Encarnação**  
e da  
**Mestre Analisa Candeias**

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho:



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## AGRADECIMENTOS

Aprender com o outro é a melhor forma de crescer na vida. Todo este percurso não só resultou de um esforço pessoal mas concomitantemente da colaboração, apoio e motivação de diversos intervenientes aos quais manifesto o meu mais intenso apreço.

Em primeira instância, expresso o meu sincero agradecimento à enfermeira orientadora de estágio por todo o conhecimento partilhado, disponibilidade e dedicação facilitando, desta maneira, a minha integração e processo de aprendizagem ao longo de toda esta jornada.

À Professora Paula Encarnação e Professora Analisa Candeias pela motivação, acompanhamento e disponibilidade demonstrada na orientação do presente relatório. Foram, sem dúvida, excepcionais.

Aos meus pais e irmã pelo incentivo na conquista deste projeto pessoal e profissional.

À minha colega e amiga Diana Ribeiro pela longa caminhada que percorremos em conjunto.

À minha entidade patronal e colegas, por terem facilitado a conjugação dos horários para que este projeto fosse concretizado.

Por fim, um agradecimento especial a todos os profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital onde realizei o estágio, aos doentes e famílias que transformaram este estágio uma fonte de conhecimento.

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular de Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II. Cimentado por uma componente teórica, um dos objetivos deste relatório é descrever e refletir as atividades e intervenções desenvolvidas durante a evolução do estágio, analisando de forma crítico-reflexiva os saberes desenvolvidos na prática clínica bem como as competências adquiridas enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A realização do estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), bem como o desenvolvimento de um trabalho de projeto fundamentado pela metodologia de projeto suportaram o desenvolvimento destas competências.

Neste enquadramento, o desenvolvimento de competências em contexto de estágio numa UCIP centrou-se nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação, em concordância com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. No domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família pudemos integrar competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, sustentadas numa base ética. Os estudos de casos clínicos, as pesquisas de literatura científica e o debate com os profissionais do serviço, proporcionaram o desenvolvimento de estratégias face aos problemas encontrados. Sustentámos a sua organização e documentação através do Processo de Enfermagem. No domínio da formação estivemos envolvidas em diversas atividades que considerámos terem contribuído para a melhoria do desempenho profissional e para a uniformização dos cuidados. Paralelamente, permitiram uma atualização sistemática e o aperfeiçoamento dos conhecimentos e capacidades, imposta pelos avanços constantes da ciência e da tecnologia. No domínio da gestão, a utilização eficiente dos recursos existentes, com o fim de alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos, foi primordial na prestação de cuidados. Das atividades que desenvolvemos neste domínio destacamos a colaboração na gestão dos recursos humanos e materiais, gestão do risco clínico e, perante situações complexas, a aplicação dos feixes de intervenção da prevenção da infeção. No domínio da investigação, o ambiente criado numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) aliado ao elevado desenvolvimento tecnológico em que as ações são sustentadas nos seus princípios põe em tese a prática do cuidado humano e, portanto, da temática da humanização dos cuidados. Esta, é uma situação complexa, vivenciada pelos enfermeiros da UCIP onde estagiámos, que expressaram sentir uma necessidade de transformação no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem que prestam. Assim, tivemos como objetivo: desenvolver uma Norma de Orientação Clínica (NOC) centrada na humanização de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos, assente na metodologia de projeto. Pretendemos com esta NOC sensibilizar os enfermeiros para uma prática de cuidados centrados nas necessidades da pessoa em situação crítica e sua família e, deste modo, permitir uma postura ativa de forma a prestar cuidados mais humanizados, holísticos e eticamente sensíveis a fim de promover a saúde e o bem-estar da pessoa em situação crítica e família, tendo em conta as suas reais e potenciais necessidades.

A elaboração deste relatório permitiu-nos evidenciar, analisar e refletir as aprendizagens adquiridas através da exposição das atividades realizadas para a consecução dos objetivos previamente traçados. Concluído este percurso, considerámos que foram desenvolvidas as competências do enfermeiro especialista e acreditámos, no futuro, sermos capazes de prestar cuidados especializados na área de enfermagem médico-cirúrgica, assente numa prática humanizadora, refletida e baseada na evidência científica.

**Palavras-chave:** enfermagem, humanização dos cuidados, norma de orientação clínica, pessoa em situação crítica.

## ABSTRACT

This report falls within the scope of the Master's Degree in Nursing for People in Critical Situation, in the Internship Curricular Unit and Final Report or Dissertation of an Applied Nature II. Cemented by theoretical component, one of the goals of this report is to describe and reflect about the activities and interventions developed during the evolution of the Internship Curricular Unit, analysing in a critical-reflexive way the knowledge developed in the clinical practice as well as the skills acquired as future specialist nurse in medical-surgical nursing. The accomplishment of the internship in a Multipurpose Intensive Care Unit (MICU), as well as the development of a project based on the Project Methodology, supported the development of these skills.

In this context, the development of skills in the context of an internship at the MICU focused on the domains of care, training, management and research, in accordance with the skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing. In the sphere of providing care to people in critical situations and family, we were able to integrate technical, scientific, human and relational skills, supported on an ethical basis. Clinical cases studies, the research of scientific literature and debate with the professionals from the department, provided the development of strategies for the problems found.

We supported its organisation and documentation through the Nursing Process. In the area of training, we have been involved in several activities, which we considered that have contributed to the improvement of professional performance and the standardization of care. Parallely, they allowed a systematic update and improvement of knowledge and skills, imposed by constant advances in science and technology. In the management field, the efficient use of the existing resources, in order to achieve maximum quality with the lowest consumption of resources, was primordial in the provision of care. From the all activities developed in this domain, we highlight the collaboration in the management of human and material resources, clinical risk management and, face to complex situations, the application of infection prevention intervention bundles.

In the domain of research, the environment created in an Intensive Care Unit (ICU) combined with the high technology development in which the actions are based on its principles, underlines the practice of human care and therefore the theme of humanisation of care. This is a complex situation, experienced by ICU professionals, who expressed to feel a need for transformation in order to improve the care they provide. Thus, we had as goal: develop a Clinical Guidance Standard (CGS) focused on the humanisation of care in an Intensive Care Unit, according to the project work methodology, based on the assumptions of the AGREE II Instrument. With that, we intend to sensitise nurses to a care practice, focused on the needs of the critical person and their family and, therefore, allow an active posture in order to provide more humanised, holistic and ethically sensitive care, to promote, autonomously and independently, the health and well-being of the person in critical situation condition and their family, taking in account their real and potential needs.

The elaboration of this document allowed us to emphasise, analyse and reflect the knowledge acquired through the exposure of the activities carried out to achieve the objectives previously set. We believe that the skills of the specialist nurse were developed, and we consider, in the future, to be able to provide specialised care in the medical-surgical nursing area, based on a humanising and reflected practice and based on scientific evidence.

**Keyword:** nursing; critical person; humanisation of care; standard of clinical practice.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. ESTÁGIO DESENVOLVIDO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UM HOSPITAL CENTRAL DA REGIÃO NORTE .....</b>	<b>15</b>
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE... 15	
2.2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE .....	19
2.3. DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	20
2.3.1 <i>Domínio da Prestação de Cuidados.....</i>	<i>21</i>
2.3.2 <i>Domínio da Formação .....</i>	<i>31</i>
2.3.3 <i>Domínio da Gestão.....</i>	<i>33</i>
2.3.4 <i>Domínio da Investigação.....</i>	<i>35</i>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	37
3.2 PLANEAMENTO DO TRABALHO DE PROJETO.....	39
3.2.1 <i>Revisão de literatura.....</i>	<i>41</i>
3.2.2 <i>Norma de Orientação Clínica para a Humanização de Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos – versão 1.....</i>	<i>51</i>
3.2.3 <i>Painel de Peritos .....</i>	<i>64</i>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
ANEXO 1 – Convite para participação em painel de peritos .....	76
ANEXO 2 – Avaliação da Norma de Orientação Clínica: “Humanização dos Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos.....	78



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Resumo de dados extraídos dos artigos selecionados .....	43
<b>Tabela 2-</b> Norma de Orientação Clínica .....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Esquema da Humanização dos Cuidados numa UCI .....	44
--	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma de Atividades 2019-2020.....	41
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**BIS** – *Bi-Spectral Index Score*

**CA** – Cateter Arterial

**CNHQSS** – Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**e.g.** – *exempli gratia*

**et al.** – e outros

**h** – horas

**ICN** – *International Council of Nurses*

**n.º** – número

**n.d.** – sem data

**NAS** – *Nursing Activities Score*

**NOC** – Norma de Orientação Clínica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**p.** – página

**PAV** – Pneumonia associada ao Ventilador

**PCR** – Paragem Cardiorespiratória

**PE** – Processo de Enfermagem

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controle de Infecções e da Resistência aos Antimicrobianos

**PQCE** – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

**RASS** – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SBC** – *Strengths-Based Care*

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**TSR** – Técnicas de Substituição Renal

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## 1. INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto disciplina científica do conhecimento, é fundamentada na sua atividade por um processo de reflexão, pela confluência entre a componente teórica e a componente clínica (Amendoeira, 2006). Os enfermeiros produzem novo conhecimento teórico a partir da prática clínica, denotando-se, deste modo, a inseparabilidade entre a teoria e a prática. As práticas são dinâmicas e a reflexão sobre elas transforma-as, pelo significado que dá às perceções, aos juízos e aos modelos de ação. Ao intervirem na prática de cuidados, os enfermeiros implementam ou recriam procedimentos, técnicas, instrumentos, pois formulam hipóteses que validam e testam nos contextos da prática clínica e na relação com a pessoa (Nunes, 2017).

Os cuidados de saúde e, naturalmente, os cuidados de enfermagem, assumem nos dias de hoje um carácter importante e de exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). Assim, a pessoa em situação crítica espera dos profissionais de saúde uma abordagem competente, atualizada e eficaz, mas igualmente humana.

A humanização é indissociável dos cuidados de enfermagem e é essencial na relação com o outro, promovendo o desenvolvimento de atitudes, valores e comportamentos. Revela-se, por isso, um desafio para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros no sentido de transporem para a sua prática o cuidado holístico. Este cuidado considera as dimensões bio-psico-social-cultural e espiritual em ordem à excelência do cuidar. Desvia-se de um foco de atenção de um modelo dominante centrado no défice para um modelo centrado nas forças (qualidades, habilidades, competências, recursos) que honra a singularidade de cada pessoa e a coloca, a si e à sua família, como foco principal e central dos seus cuidados (Gottlieb, 2016).

A especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica elegeu-se, para nós, como uma estratégia para a aquisição de níveis elevados de conhecimento, competências e habilidades, visando o pensamento crítico e a tomada de decisão, sempre com o objetivo de melhorar e humanizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica.

O presente documento enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Em concordância com o Artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho e pelo Decreto-Lei

n.º 230/2009 de 14 de Setembro, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final. Foi nossa opção a realização de um estágio de natureza profissional objeto de relatório final.

O estágio de natureza profissional centrou-se na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e desenvolveu-se na UCIP de um hospital central (doravante designado por hospital) da região Norte sob orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, durante o período de fevereiro a maio de 2019. O percurso de desenvolvimento de competências neste domínio desenvolveu-se ao longo de 420 horas.

De forma a obter um fio condutor relativo ao estágio já mencionado, tornou-se fundamental a elaboração de um relatório que facilitasse uma abordagem às oportunidades e possibilidades de atuação durante o seu percurso. Nesta perspetiva, a elaboração do presente relatório para além de descrever e analisar de forma crítico-reflexiva o contexto da prática clínica efetuado norteou-se pela identificação de uma problemática vivenciada pelos profissionais da UCIP, e que a expressaram como uma necessidade de transformação na melhoria dos cuidados que prestam.

Enquanto problemática, constatámos que a temática da humanização dos cuidados era alvo de preocupação por parte dos enfermeiros da UCIP, uma vez que referiam não ter a noção se estavam a prestar um cuidado mais humanizador e menos tecnicista. Após diálogo com a enfermeira chefe dessa unidade de cuidados, verificámos que não existia no serviço um documento que orientasse os profissionais de saúde para uma prática de cuidados mais humanizadora, tendo-se tornado esta problemática o nosso objeto de interesse. Neste sentido, foi nosso objetivo desenvolver uma Norma de Orientação Clínica (NOC) centrada na humanização de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

O tema do trabalho de projeto desenvolvido, *Humanizar os Cuidados: Norma de Orientação Clínica para uma Unidade de Cuidados Intensivos*, visa dar resposta a essa problemática, que identificámos no local onde foi desenvolvido o estágio. Para tal, baseamo-nos na metodologia de projeto, a qual tem como objetivo fulcral "(...) centrar-se na resolução de problemas, e através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais de elaboração e concretização de projectos numa situação real." (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 3). Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto promove a prática fundamentada baseada na evidência científica. Utilizámos como referencial teórico o quadro de referência do Cuidar em

Enfermagem Baseado nas Forças (*Strenghts-Based Care - SBC*) desenvolvido por Laurie Gottlieb (2016).

De acordo com o Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, este estágio e relatório final dão resposta aos seguintes objetivos de aprendizagem: identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados adotados no local de estágio; agir em conformidade com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais; consolidar a intervenção em enfermagem da pessoa em situação crítica; perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação das práticas em enfermagem no doente crítico; realizar um relatório que tome como objeto de estudo as problemáticas dos contextos da prática de enfermagem da pessoa em situação crítica. No sentido último de obter o grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica este documento tem como objetivos:

- i) descrever e refletir as atividades e intervenções desenvolvidas durante a evolução do estágio, analisando de forma crítico-reflexiva os saberes desenvolvidos na prática clínica bem como as competências adquiridas enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica;
- ii) apresentar o processo de construção e desenvolvimento de uma NOC com vista à humanização dos cuidados de enfermagem, numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, designadamente, a presente introdução, onde abordaremos o tema, a problemática, definiremos os objetivos do relatório e apresentaremos a estrutura do documento. No segundo capítulo faremos a caracterização do percurso desenvolvido no estágio, com referência às atividades e intervenções desenvolvidas para dar cumprimento aos objetivos do mesmo. Apresentaremos, ainda, no terceiro capítulo algumas das etapas do trabalho de projeto e a construção da NOC. Por fim, no último capítulo, iremos referir as principais conclusões, refletir sobre os objetivos previamente delineados, o percurso realizado, a exposição das limitações que condicionaram a concretização deste relatório de estágio e a nossa perspetiva para traçar futuros caminhos.

## 2. ESTÁGIO DESENVOLVIDO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UM HOSPITAL CENTRAL DA REGIÃO NORTE

A integração numa equipa interdisciplinar, a noção da estrutura física organizacional de uma unidade de cuidados, bem como a perceção das metodologias de trabalho, dos protocolos de atuação, normas e regulamentos existentes, revelam-se elementos essenciais para o percurso de desenvolvimento de competências. Neste capítulo, pretendemos caracterizar o local onde efetuámos o percurso de estágio, através de uma abordagem à caracterização física da UCIP e de um enquadramento estrutural, dinâmico e funcional do hospital. O estágio decorreu no período de 8 de fevereiro a 6 de maio 2019, tendo sido realizadas um total de 420 horas de acordo com o Despacho n.º 14799/2012 do Diário da República, 2.ª série – N.º 223 – 19 de novembro de 2012.

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O hospital onde foi realizado o estágio disponibiliza, de acordo com o seu *website*, cuidados de saúde a pessoas dos distritos de Braga e Viana do Castelo. Dispõe de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência, e reúne equipamentos com tecnologias de primeira linha. Concilia, nas suas instalações, unidades de assistência médica, investigação e ensino universitário. Colabora, ainda, com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde da rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De acordo com o *website* do hospital, este é orientado por determinados valores como o Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa, Desenvolvimento Humano, Competência, Inovação e Responsabilidade. Apresenta como missão assegurar a realização das prestações de saúde, que constituem a produção prevista para cada ano de duração do Contrato de Gestão de acordo com o perfil assistencial e a disponibilidade do Serviço de Urgência 24h por dia, realizar ações paliativas aos doentes em regime de internamento, constituir, formar e manter uma equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos. Pretende, ainda, promover a saúde, prevenir e combater a doença, colaborar no ensino e na investigação científica com a finalidade de contribuir para o bem-estar físico, mental e social da pessoa humana, garantir o acesso às prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos integrados no SNS. Por fim, prestar à população residente na área todos os cuidados



de saúde de que venha a necessitar, no âmbito do seu perfil assistencial, tendo sempre como princípio norteador o primado do doente e assegurar as condições necessárias para o exercício da atividade de ensino médico pré-graduado e de investigação científica como hospital de ensino universitário.

Uma UCI, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2003), é o serviço direcionado para a prestação de cuidados especializados e diferenciados na área da pessoa em situação crítica, cuja situação clínica é potencialmente reversível com a utilização de recursos técnicos e profissionais específicos. A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) deste Hospital é, de acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, uma unidade nível III, o que lhe confere capacidade de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários à assistência da pessoa em situação crítica, capacidade de implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, tendo programas de ensino e treino na área, compreendendo equipas funcionalmente dedicadas com assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas do dia (DGS, 2003). É uma unidade polivalente e multidisciplinar, uma vez que compreende o atendimento de doentes, com diversas patologias, características e tratamentos.

A UCIP inserida no hospital abrange diretamente, de acordo com o *website*, uma área de 275 000 habitantes, sendo esta área alargada para cerca de 1 100 000 habitantes quando referenciado para especialidades como neurocirurgia, laboratório de hemodinâmica, entre outras. Os doentes internados nesta UCIP são sobretudo pessoas instáveis do foro neurológico (e.g. traumatismo crânio encefálico e acidente vascular cerebral), cardiovascular (e.g. choque cardiogénico e hipovolémico), respiratório (e.g. insuficiência respiratória), urológico e nefrológico (e.g. lesão renal aguda e cirúrgico). Existem outros diagnósticos médicos também representativos de internamento nesta UCIP, tais como sépsis, sépsis grave, choque séptico, urgências oncológicas e trauma. É de realçar que se efetua a transferência da pessoa em situação crítica para outra unidade hospitalar sempre que se verifique que a UCIP não dispõe dos meios adequados e necessários para resolver a sua situação clínica, como por exemplo, doentes do âmbito de cirurgia cardio-torácica.

A UCIP, localizada no quarto piso do Pólo Tecnológico do hospital é, de facto, dotada de instalações, condições, equipamentos e pessoal diferenciado, que com o apoio da tecnologia avançada, proporcionam à pessoa aí admitida um tratamento eficaz, diminuindo a morbilidade e mortalidade. É constituída por uma área clínica e uma área não clínica onde, nesta última, se encontram a sala de espera dos familiares, o gabinete da enfermeira chefe, o gabinete da assistente técnica, os vestiários e três salas de *stock* de material.

No que concerne à disposição da área clínica, apesar de apenas estarem contratualizadas com a Administração Regional de Saúde (ARS) doze camas, a unidade compreende uma lotação total de catorze camas. Estas estão dispostas em forma circular com uma unidade de monitorização central, onde os profissionais conseguem visualizar todos os doentes. As unidades são amplas com uma área de cerca de 27m<sup>2</sup> a fim de permitir o acesso ao doente em 360°, ter espaço para todo o equipamento necessário, possibilitar a presença de um acompanhante e evitar o contacto com os outros doentes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). De maneira a preservar privacidade da pessoa em situação crítica internada e o controlo ambiental, estão separadas entre si por cortinas. Para situações que requerem isolamento de contacto e/ou respiratório, a UCIP dispõe de quatro unidades de isolamento, com pressão positiva e negativa, e uma antecâmara para controlar o contacto entre o interior e o exterior. Para aceder à área clínica, é necessária uma autorização para entrar ou ser portador de um cartão que permita o seu acesso direto.

No que diz respeito aos recursos humanos, a UCIP apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por um total de 37 enfermeiros: um enfermeiro-chefe, 29 enfermeiros generalistas, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e seis enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. A equipa médica é formada pelo médico diretor de serviço, dois médicos anestesistas, quatro médicos de medicina interna e um médico de cirurgia geral, em que todos possuem formação em medicina intensiva. Existe, também, uma equipa de assistentes operacionais com cerca de dez profissionais e um administrativo, o qual representa, de forma semelhante os restantes profissionais de saúde, um papel fundamental no atendimento das necessidades da pessoa e respetiva família.

Os enfermeiros encontram-se distribuídos por equipas, havendo sempre, em cada turno, a presença de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O rácio de enfermeiros é de um para cada um ou no máximo dois doentes nas 24 horas do dia, indo de encontro às normas apontadas pelo Ministério da Saúde e da DGS (DGS, 2003). Para além destes enfermeiros, está presente no turno da manhã um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que presta cuidados de enfermagem nesta área de especialidade aos doentes que deles necessitem.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), reforça que “as intervenções de enfermagem são otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)” (OE, 2001, p.11). A presença da família em meio hospitalar é uma realidade que advém de uma lógica de humanização (Gottlieb,2016), e nesta unidade não é exceção.

De acordo com Gottlieb (2016) não existem duas famílias iguais e cada uma é composta por pessoas únicas que em conjunto constroem uma identidade familiar com os seus significados e forças.

As competências de colheita de dados e de pensamento crítico são ferramentas fundamentais intrínsecas ao profissional, particularmente do enfermeiro, para a compreensão das necessidades do doente e respetiva família (Gottlieb, 2016). Por ser aquele profissional que permanece junto do doente 24 horas por dia, é o elo de ligação entre a família/doente que esclarece, informa e desmistifica a dúvida e a incerteza. O método de trabalho instituído na UCIP é o do enfermeiro de referência, o que facilita a vinculação que se vai estabelecer entre o profissional/doente/família. O estabelecimento de uma parceria colaborativa entre o profissional, a pessoa e família têm como premissa a partilha do poder. Desta parceria resulta o ganho de conhecimentos, competências e confiança necessários à prestação de cuidados (Gottlieb, 2016).

É importante retermos que cada encontro com a família é uma oportunidade para aprender mais sobre o doente e sobre ela própria (Gottlieb, 2016). A visita dos familiares, nesta unidade hospitalar pode ser realizada no período compreendido entre as 12h30' e as 19h30', e podem acompanhar a pessoa durante esse período até cinco familiares, um de cada vez. Do nosso ponto de vista, atendendo às particularidades e necessidades de funcionamento da UCIP, considerámos este horário amplo, adequado e adaptável.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige do enfermeiro uma grande integração de competências técnicas, científicas e relacionais, que lhe permitem diagnosticar adequadamente as necessidades de cada pessoa e, deste modo, criar um plano individual de cuidados em conformidade, tendo como suporte a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este plano é documentado no programa informático *B-Simple*, bem como todos os registos clínicos da pessoa. Os sistemas de informação em enfermagem assumem-se como um dos pilares promotores da tomada de decisão em enfermagem, na medida em que dão forma e visibilidade à profissão e aos cuidados, fomentam a produção de indicadores, propiciam a continuidade e qualidade de cuidados e são fator de suporte na gestão, na formação e na investigação (OE, 2007).

Tendo em conta o objetivo delineado de identificar o modelo de conceção e prestação de cuidados adotados no local de estágio, identificámos que a prestação de cuidados do Hospital tem como orientação filosófica a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Por este motivo, a mesma apresentou-se, ao longo do estágio, como uma referência relevante, encontrando-se em concordância

com os pressupostos filosóficos de Laurie Gottlieb – o cuidar em enfermagem baseada nas forças - por nós adotada.

No que diz respeito à estrutura orgânica e funcional da UCIP, a consulta e análise de diversos protocolos e documentos existentes na unidade, sustentados em evidências científicas, revelam-se fundamentais e imprescindíveis na garantia da uniformização dos cuidados. Concluímos que a unidade está organizada de modo funcional com a normalização dos cuidados de enfermagem. A ênfase na formação, através da formação em serviço ou da participação em jornadas e congressos, permite aos profissionais a atualização dos conhecimentos e a extensibilidade das temáticas à esfera dos cuidados intensivos e no contexto da sua praxis.

## **2.2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE**

As UCI configuram-se como unidades de saúde onde a tecnologia de ponta envolvida na prestação de cuidados e a eminência do risco de vida tende a sobrevalorizar as competências técnicas das equipas, estimulando o saber-fazer. Sem descurar a vertente técnica, num ambiente hostil tanto para a pessoa/família como para os próprios profissionais (Oviés & Calle, 2020), procurámos prestar cuidados de saúde mais humanizados. Durante o nosso percurso, tentámos desenvolver a nossa prestação de cuidados de acordo com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, Artigo 4.º, p.2960): “(...) o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Assim, espera-se que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos teóricos alicerçados nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística e com elevado nível de qualidade. A pessoa em situação crítica constituiu o nosso foco do cuidar enquanto futuros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

O estágio realizado afigurou-se como um tempo e espaço de excelência, em que a componente formativa foi fulcral para a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades e habilidades

profissionais, bem como para a evolução de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico reflexivas. Deste modo, no próximo subcapítulo, serão expostos e refletidos os objetivos preconizados para o estágio de natureza profissional concretizado.

### 2.3 DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE (2003), os estágios proporcionam um leque de experiências fundamentais para o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e organizacionais, conferindo um nível de desempenho profissional revelador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, das quais fazem parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste âmbito, procurámos integrar as competências do enfermeiro especialista, apresentadas pela OE no Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista, em quatro domínios fundamentais: o domínio da prestação de cuidados, o domínio da formação, o domínio da gestão e o domínio da investigação. Tivemos ainda em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica designadamente: i) cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; ii) dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à morte; e iii) maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135, 16 de julho de 2018).

Tendo conta os desafios da prática clínica, que nos permitiram a aprendizagem e a construção do conhecimento, com base nos quatros domínios e competências específicas do enfermeiro apresentadas, procurámos durante o estágio identificar e desenvolver as competências de enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica.

### 2.3.1 Domínio da Prestação de Cuidados

Tal como é apresentado no artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro, na procura da excelência do exercício profissional, assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo nº109 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p.8080). Torna-se, por isso, essencial que o enfermeiro acompanhe este progresso, pelo que o desenvolvimento de um vasto leque de conhecimentos e competências técnicas, científicas, metodológicas e relacionais, numa enfermagem especializada, é propícia a uma prestação dos cuidados mais humanizada e a um desempenho de elevada qualidade e reconhecimento.

De acordo com Benner (2001), a prática de enfermagem compreende competências e conhecimentos que devem ser adquiridos desde cedo na formação inicial do enfermeiro. Por conseguinte, na procura pela melhor qualidade e segurança dos cuidados prestados num âmbito especializado, é essencial o aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, desenvolvendo-se ao mesmo tempo um conjunto de competências mais específicas. Todas estas competências devem ser desenvolvidas no decorrer da vida profissional, delineando-se, assim, um percurso de iniciado a perito - e onde aqui se pode inserir a aquisição de competências ao nível do enfermeiro especialista.

À luz do Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, relativo à definição das Competências Comuns do enfermeiro especialista, encontra-se definido o perfil de um enfermeiro especialista, o qual, para além das competências comuns, iguais à de um enfermeiro generalista, deve ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. O enfermeiro especialista, é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

A especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica elege-se como uma estratégia fulcral para a aquisição de níveis elevados de conhecimento, competências e habilidades que visam o pensamento crítico e a tomada de decisão, sempre com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem prestados. Os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica são cuidados revestidos de grande complexidade, exigindo por parte do enfermeiro conhecimentos técnico-

científicos e uma interpretação sistemática dados, que permita prevenir complicações e intervir de forma precisa, eficaz e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 - 16 de julho de 2018). Por conseguinte, o enfermeiro especialista neste âmbito deve ser capaz de prestar cuidados de qualidade, com maior competência, empregando as tecnologias apropriadas às abordagens biopsicossociais e espirituais, visando o cuidar da pessoa de forma holística (Oviés & Calle, 2020).

Embora não apresentássemos experiência prévia na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, foi importante seguir a nossa conduta de acordo com o método de trabalho utilizado e integrado na dinâmica do serviço. De modo a sustentarmos toda a nossa *praxis* neste percurso, conduzimo-nos pelo Processo de Enfermagem (PE), que nos ajudou a orientar, conscientemente, na sistematização e organização da informação, bem como na integração de conhecimentos específicos, para sermos capazes de colaborar na implementação das melhores estratégias para a obtenção dos melhores resultados. O PE caracteriza-se como “uma série de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas” (Bolander, 1998, p. 40) e abrange cinco etapas dinâmicas e interligadas entre si: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação.

Previamente à admissão da pessoa em situação crítica na UCIP, é responsabilidade do enfermeiro verificar e/ou preparar a unidade destinada. Assim, pudemos montar e verificar a operacionalização do circuito dos ventiladores. Durante a admissão da pessoa em situação crítica, com proveniência intra-hospitalar, extra-hospitalar ou da sala de emergência, procurámos primariamente a estabilização hemodinâmica e realizámos o exame físico com incidência no sistema músculo-esquelético, neurológico, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, renal, reprodutor e tegumentar.

A primeira etapa, a avaliação inicial, constitui-se como uma das etapas mais importantes do PE, dado que, é através da sua instrumentalização, através por exemplo da colheita de dados, que é possível conhecermos a pessoa e família de uma forma holística. O primeiro contacto com a pessoa e seus cuidadores/familiares é, possivelmente, a atividade que mais afeta as suas perceções em relação ao internamento, influenciando a consecução do projeto de saúde (Bolander, 1998; Potter & Perry, 2013).

A pessoa em situação crítica não existe sozinha. Nesta lógica, é inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar da sua família pois de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica este “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (Regulamento n.º

429/2018, Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 135 - 16 de julho de 2018, p. 19359). Procurámos, acolher e integrar adequadamente a família, explicando os seus direitos e deveres, regras de funcionamento da unidade, constituição da equipa multiprofissional, cuidados e serviços prestados e, por fim, entregávamos um folheto com informações relevantes (e.g. o que é uma UCI, horário de funcionamento, contato da unidade, entre outras), utilizado habitualmente na UCIP.

Durante a visita do familiar desenvolvemos competências no âmbito dessa primeira abordagem, e também percecionámos a disponibilidade dos profissionais de saúde e, concomitantemente, sentimo-nos capazes para o esclarecimento de dúvidas, utilizando sempre uma linguagem adequada à sua compreensão adaptando o discurso, procurando transmitir disponibilidade, confiança, respeito, sem formulação de qualquer juízo de valor (Watson, 2002). É de salientar igualmente que, no decorrer de todo o estágio, procurámos manter uma postura de escuta ativa e, conseqüentemente, fomentar a possibilidade de identificação de reais e potenciais necessidades da família (Gottlieb, 2016). Em conjunto com as famílias colhemos os dados correspondentes à avaliação inicial do seu familiar internado na UCIP: história familiar, social, cultural e espiritual, historial clínico e o estado físico e psicossocial. Após a recolha, seleção e organização da informação, realizámos o seu registo no processo clínico.

Enquanto enfermeira com formação acrescida em Cuidados Paliativos, reparámos que não havia um espaço físico privado, que permitisse a realização de conferências familiares, à semelhança das que se realizam em cuidados paliativos, que permita ao familiar do doente internado, expor os seus sentimentos e emoções de forma privada. No final do estágio, foi uma das nossas sugestões apontadas à enfermeira tutora de estágio.

A documentação de registos de enfermagem é fundamental na prestação de cuidados, resultando numa vigilância contínua à pessoa em situação crítica, e contribuindo para a continuidade da prestação de cuidados de forma segura e com qualidade. A importância dos registos de enfermagem já era mencionada por Florence Nightingale, no século XIX, enquanto forma de assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem (Jesus & Sousa, 2011). A documentação de toda a informação referente à prestação de cuidados de enfermagem assume especial importância, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados é refletida na qualidade dos registos efetuados (Tareco, 2015). Durante a realização do estágio foi-nos permitido participar e realizar a admissão da pessoa em situação crítica e documentar a informação no programa *B-Simple*.



O diagnóstico de enfermagem é a “decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos de vida quer estes sejam reais quer sejam potenciais” (Bolander, 1998, p.140) e, por conseguinte, nesta fase do PE o pensamento crítico assume um papel primordial, uma vez que é fundamental que cada diagnóstico vá de encontro às necessidades e características específicas da pessoa em situação crítica que se encontra à nossa responsabilidade. O planeamento de cuidados a ser instituído na UCIP incluiu os diversos diagnósticos de enfermagem formulados (e.g. risco de úlcera de córnea; dor; expetoração ineficaz; risco de aspiração) os resultados esperados e as intervenções de enfermagem a adotar, através do estabelecimento de prioridades (Bolander, 1998; Potter & Perry, 2013). Por conseguinte, determinamos prioridades, estabelecemos metas para a pessoa em situação crítica, identificámos resultados esperados e delineámos intervenções de enfermagem específicas.

A execução integra a prestação direta de cuidados baseados no planeado anteriormente, através de competências cognitivas, técnicas e relacionais (Bolander, 1998; Potter & Perry, 2013). Para a concretização desta fase do PE, assumimos uma prática consciente e responsável baseada nos princípios de boas práticas e rigor técnico-científico, sempre com vista ao bem-estar da pessoa em situação crítica, alavancada pelo apoio dos enfermeiros especialistas da UCIP que nos permitiram crescer no desenvolvimento desta execução.

Durante este percurso, foi importante expandirmos conhecimentos no que concerne à monitorização hemodinâmica e monitorização ventilatória, onde pudemos alargar, compreender e assimilar conhecimentos relativos a procedimentos e intervenções complexas como a realização e interpretação de gasometrias, o manuseamento de Cateter Venoso Central (CVC), de Cateter Arterial (CA), a monitorização do índice de *Bi-Spectral Index Score* (BIS), da pressão intra-arterial, da pressão venosa central, da pressão intracraniana, da pressão intra-abdominal, entre outras técnicas. Todos estes procedimentos e intervenções encontram-se bem definidos em protocolos, que são rigorosamente cumpridos, a fim de garantir uma prestação de cuidados de excelência.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 - 16 de julho de 2018, p. 19359), encontrando-se intrínseco o desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade. A insuficiência renal aguda e, portanto, o uso de Técnicas de Substituição Renal (TSR) é uma condição comum na UCIP. Neste contexto, foi-nos permitido

desenvolver conhecimentos neste âmbito nomeadamente no que diz respeito aos princípios das TSR, através da aplicação rigorosa de protocolos. A hemodiafiltração veno-venosa contínua é a técnica de eleição na pessoa em situação crítica hemodinamicamente instável. A técnica é realizada por um enfermeiro da unidade com formação específica na área. Tivemos a oportunidade de montar as linhas do circuito da filtração extracorporeal, monitorizar o balanço-hídrico, monitorizar as dosagens de cálcio e citrato<sup>1</sup>, compreender as complicações do incorreto funcionamento da máquina e/ou do cateter de duplo lúmen e compreender quando seria indicado a suspensão da técnica.

Outra das técnicas que nos despertou a atenção e interesse foi a hipotermia terapêutica após Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Esta técnica tem ganho notoriedade ao longo dos últimos anos, sendo considerada como um método efetivo na redução da lesão isquémica cerebral e consequente melhoria do *outcome* do doente pós-PCR (Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group, 2002). Este procedimento consiste no arrefecimento da temperatura corporal do doente para um alvo terapêutico de 32-34°C, sendo este intervalo representante do equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos. É realizado pela colocação de bolsas de gelo e o uso de mantas de arrefecimento ou equipamentos comerciais de arrefecimento de superfície. Reconhecemos a importância do enfermeiro especialista em cuidar da pessoa em situação crítica neste caso específico, pois desempenha um papel fundamental na monitorização, vigilância rigorosa e identificação de possíveis complicações que daí possam advir.

No dia-a-dia, relativamente à execução dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, a dor é um elemento presente e central que nos remete para a vulnerabilidade do ser humano e nos coloca em confronto com a impotência, por serem doentes não comunicantes. Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica é a “(...) gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 - 16 de julho de 2018, p. 19363). A dor, enquanto 5.º sinal vital, é avaliada continuamente na UCIP. O uso de diferentes escalas, consoante o estado de consciência dos doentes, como por *exemplo* a *Behavioral Pain Score* (para doentes sedados, ventilados e não comunicantes) e a Escala Numérica da Dor (para doentes despertos com capacidade de autorrelato), revelaram-se essenciais no controlo e ajuste da analgesia. Em algumas situações tivemos necessidade de gerir a dor e o desconforto com recurso a medidas não farmacológicas, nomeadamente a musicoterapia, a massagem e posicionamentos de conforto no leito.

---

<sup>1</sup> Dosar o cálcio ionizado a cada 4 horas (informação fornecida pela máquina de hemodiafiltração) e modificação da infusão de citrato conforme protocolo. Finalidade: anticoagulação contínua e evitar hipocalcemia induzida pelo citrato.

É da nossa opinião que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de qualidade e, igualmente, um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

O *delirium* foi uma das sintomatologias presentes observadas na UCIP, habitualmente relacionada com a gravidade do estado clínico, a sedação, a agressividade das intervenções e o próprio ambiente em si. Neste âmbito, pudemos observar e colaborar na avaliação da agitação e do *delirium* na pessoa em situação crítica através da avaliação objetiva da sedação e agitação pela utilização do BIS (*Bispectral Index Score*), da avaliação subjetiva da sedação e agitação pela aplicação das escalas RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) e CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the ICU*). Com a utilização destas metodologias/escalas, que orientam os profissionais de saúde no aperfeiçoamento dos cuidados e na procura de soluções eficazes e eficientes, ficámos mais despertos para esta situação e aprendemos a valorizar mais esta sintomatologia que considerámos ter impacto na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda dentro da esfera da execução de cuidados, podemos considerar que a morte, enquanto uma etapa natural da vida é, por vezes, de difícil aceitação. A incidência da morte nas UCI ocorre com alguma frequência (DGS, 2003) e, para muitos profissionais, é emocionalmente marcante. O enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, exerce um papel fundamental neste âmbito pois “demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e “dos processos de luto” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 - 16 de julho de 2018, p. 19363). A promoção do conforto à pessoa em fase terminal engloba o alívio do desconforto físico como a dor e o sofrimento respiratório, através do uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas bem como o recurso a dispositivos tecnológicos.

O envolvimento da família neste processo foi perceptível por nós quando permitimos a sua presença junto do familiar neste processo. Fortalecemos a comunicação interpessoal com a pessoa/família, através do estabelecimento de uma relação terapêutica. A aquisição de competências neste domínio implicou saber gerir a ansiedade e o medo vivenciado pela família a fim de facilitar o seu processo de luto. Desta forma contribuímos para a dignificação do processo de morrer, da personalização, humanização e excelência dos cuidados.

A temática da suspensão de medidas terapêuticas, a morte cerebral, a doação de órgãos, entre outras, assume, no contexto da UCIP, variáveis desafiadoras, submetendo os profissionais de saúde, e tendo-nos submetido a nós durante o estágio, à adoção de mecanismos de adaptação/ *coping* de preservação

de bem-estar psicológico. A legislação Portuguesa (Lei n.º 12/93, de 22 de abril, 1993) contempla que qualquer pessoa é um potencial dador de órgãos (consentimento presumido), desde que não tenha manifestado em vida a sua vontade de não o ser no Registo Nacional de Não Dadores. Neste contexto, tivemos a oportunidade de cuidar de uma pessoa em situação crítica com a condição de morte cerebral e com potencial para ser dador de órgãos. Encontrava-se suportada com ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica e terapêutica. Pudemos observar e participar na realização dos procedimentos, exames e testes devidamente protocolados e fundamentados para o cumprimento dos requisitos médicos, éticos e legais para a doação de órgãos. No domínio desta área sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos para a sua compreensão (e.g avaliação do estado neurológico, ausência de respiração espontânea, monitorização hemodinâmica e ausência de reflexos dependentes do tronco cerebral) e dos processos ético-legais inerentes. Na prestação de cuidados, o respeito pela dignidade da pessoa e pela sua condição de ser humano esteve sempre presente.

Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica a gestão da “(...) comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 - 16 de julho de 2018, p. 19363). A comunicação surge como um instrumento básico no estabelecimento das relações humanas. A comunicação terapêutica abraça um conjunto de competências verbais e não verbais que tem como objetivo ajudar a pessoa a atingir o seu objetivo e a auto cura (Gottlieb, 2016). É por intermédio da comunicação verbal e não-verbal que o enfermeiro consegue compreender a pessoa e família, identificando as suas reais e potenciais necessidades com o objetivo de criar alternativas de ajuda e a humanizar os cuidados prestados.

Segundo a CIPE, comunicação é o “comportamento interativo: dar e receber informação utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 47). No internamento na UCIP, a ventilação mecânica invasiva por entubação orotraqueal assume-se como uma barreira às limitações da comunicação com a pessoa em situação crítica (Tembo, Higgins & Parker, 2015), sendo necessário o uso de estratégias próprias e adequadas à mesma para se expressar, como por exemplo a escrita através de papel e caneta, gestos, “pisar de olho”, acenos de cabeça ou apertos de mão. Neste contexto, foi-nos possível o desenvolvimento de capacidades ao nível da comunicação não-verbal e, assim, a possibilidade de compreensão e perceção do estado emocional da pessoa em situação crítica e respetiva família através da escuta ativa, da observação da sua postura corporal, aparência, gestos e expressões faciais.

A comunicação de más notícias é uma realidade no quotidiano de uma UCI, constituindo uma das áreas de abordagem mais difícil nesse contexto. Frequentemente, a transmissão de más notícias é realizada via telefone, todavia considerámos que este não é o meio mais adequado, pela impessoalidade e por não se saber em que condições se encontra o recetor da notícia. Na UCIP, foi-nos perceptível a presença do enfermeiro junto da família no processo de luto através da promoção do respeito das suas crenças e religiões e o silêncio.

Podemos afirmar que, no decorrer deste percurso, desenvolvemos estratégias de comunicação que considerámos adequadas face às diferentes necessidades de cada pessoa/família. Salientámos a necessidade de intervenção de outros profissionais de saúde especializados na área, nomeadamente no âmbito da Terapia da Fala, no sentido de corresponder com mais eficácia e eficiência às necessidades comunicacionais demonstradas pela pessoa em situação crítica.

Nesta jornada que realizámos, foram também aplicados conhecimentos relativos ao controlo de infeção, tal como está preconizado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica onde o mesmo “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 - 16 de julho de 2018, p.19359).

As infeções associadas a cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas atuais e de importância crescente à escala mundial culminando no aumento da morbilidade e a mortalidade, no prolongamento do tempo de internamento e no aumento de custos em saúde (DGS - Programa de Prevenção e Controle de Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos – [PPCIRA], 2018). De acordo com a mesma fonte, é possível observar progressos neste âmbito sendo que, numa análise comparativa entre 2013 e 2017 elaborada pelo PPCIRA, constatou-se que na Vigilância das Infeções em UCI a densidade de incidência de Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) por 1 000 dias de entubação reduziu 10,81% face a 2013, e a densidade de incidência de bacteriemia por 1 000 dias de cateter reduziu 30,77% face ao mesmo ano enunciado (DGS, 2018). Neste sentido, ao longo do estágio procurámos agir de acordo com o preconizado pelas *guidelines* internacionais (por exemplo: higienização das mãos e uso de equipamento de proteção individual) no combate à infeção associada aos cuidados de saúde, objetivando prestar cuidados de prevenção de infeção e tendo como finalidade a promoção da segurança nos cuidados de saúde (DGS, 2018).

Por conseguinte, ainda no decurso do estágio, para além de termos aprofundado conhecimentos nessa área, também tivemos a oportunidade de participar em diversos procedimentos, aprimorando os nossos cuidados de acordo com as recomendações do PPCIRA. Foram, por isso, atendidas as medidas de assepsia durante os procedimentos invasivos e não invasivos, o uso de equipamentos de proteção individuais e a desinfecção das mãos. Foi oportuno, perante situações complexas, aplicar os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada com o CVC, o CA, o cateter vesical, com a prevenção da infeção do local cirúrgico e na prevenção da PAV.

Encontram-se ainda bem definidos os critérios para o rastreio de microrganismos multirresistentes, e, quando confirmada a sua presença, é iniciado o processo de descolonização/tratamento e mantidas as precauções de contacto (isolamento). Observámos, por parte de toda a equipa da UCIP, a sensibilização para a adesão de boas práticas adotando uma postura de consciência, responsabilidade e pró-atividade na fomentação de estratégias que visam a prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados.

Durante o estágio procurámos, com alicerce nos fundamentos éticos da profissão, manter sempre uma conduta ética na prestação de cuidados de enfermagem especializados, em que a abstenção de juízos de valor refletisse um atendimento humano e personalizado, de reconhecimento e aceitação pelos valores e crenças sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Para além disso, estiveram presentes o respeito pela vontade da pessoa em situação crítica, pelo fazer o bem, à luz do princípio da não maleficência, o respeito pela vida e pela qualidade de vida, a promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento, a proteção da saúde, o princípio da justiça e a confiança (Nunes, 2009).

De facto, tendo em conta as características da pessoa em situação crítica assistida nesta tipologia de unidades, verificámos que, dada a sua situação de vulnerabilidade clínica, a mesma muitas vezes não apresenta capacidade para a tomada de decisão. Neste contexto, os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça bem como os princípios orientadores da deontologia em enfermagem descritos no artigo 99.º do Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, funcionaram como orientadores nas tomadas de decisão, visando o respeito, a individualidade e a dignidade do ser humano.

O princípio enunciado na Carta dos Direitos do Doente Internado "(...) o doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana" (DGS, n.d., p. 2), trata-se do primeiro e, talvez o mais importante, dos direitos da pessoa. Em consonância, o Código Deontológico do Enfermeiro contempla

o dever de todo o enfermeiro “(...) exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo nº97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p.8078). Estes devem ser base de toda a intervenção do enfermeiro. Neste âmbito, aperfeiçoámos as nossas intervenções na construção da tomada de decisão em equipa, sempre norteada pelos princípios éticos inerentes à profissão. Considerámos, por isso, que demos resposta ao objetivo previamente delineado: agir em conformidade com o conhecimento ético, normas e procedimentos legais.

Após uma ampla recolha de dados, formulação de diagnósticos, planeamento e intervenções de enfermagem efetuadas, chegou igualmente o momento em que se tornou essencial refletir sobre as nossas ações. A avaliação é uma etapa do PE que se define como um processo contínuo, que remete para a identificação e análise das respostas do doente aos cuidados prestados e, assim, do atingimento e eficácia dos resultados inscritos no plano de cuidados (Bolander, 1998; Potter & Perry, 2013).

Sendo o PE um processo contínuo e dinâmico, pode envolver modificações durante a prestação de cuidados e, por isso, surgir a necessidade de avaliar novos dados e reformular diagnósticos. Esta etapa possibilitou-nos a reflexão sobre o que foi planeado e executado, analisando a adequação dos diagnósticos definidos, dos resultados obtidos, das intervenções realizadas e da necessidade de readaptar o plano de cuidados e, deste modo, possibilitar a avaliação dos ganhos em saúde da pessoa através da observação gradual do seu processo de recuperação e evolução (Bolander, 1998). Durante o estágio foi-nos possível, de forma favorável, desenvolver o juízo diagnóstico e terapêutico, desenvolvendo ações de eficácia e eficiência na prática, uma vez que houve oportunidade de elaborar planos de cuidados de raiz e de os alterar consoante as necessidades.

Quando a pessoa em situação crítica se encontra estável em termos hemodinâmicos e já não necessita de suporte pela medicina intensiva, tem alta da unidade para outro serviço, completando aí o seu processo de recuperação/reabilitação. Neste sentido, existe a preocupação da transmissão da informação da pessoa em situação crítica, de forma pessoal, entre os profissionais de saúde. Os registos clínicos realizados afiguram-se neste âmbito, também, como base para a continuidade dos cuidados e para o sucesso do trabalho em equipa multi e interdisciplinar.

Considerámos que a presença de enfermeiros especialistas, em diferentes áreas de especialização como médico-cirúrgica, reabilitação, hemodiálise e feridas na UCIP, favoreceu o crescimento de toda a

equipa, pois permitiu-nos a partilha de diferentes saberes/conhecimentos científicos e práticos que coadjuvaram no processo de tomada de decisão na prestação de cuidados. Reconhecemos a existência do espírito de equipa e de entreatajuda entre os profissionais de saúde, aspeto que encarámos como essencial na dignificação da profissão, sob a necessidade de alcançar em sinergia a prestação de cuidados de excelência. A relação estabelecida com a equipa interdisciplinar e com a enfermeira orientadora, pertencentes à UCIP, foi positiva, pois estas sempre se demonstraram recetivas, acolhedoras e disponíveis no esclarecimento de dúvidas, na transmissão de conhecimentos e em todos os momentos de aprendizagem evidenciando aspetos a melhorar e procurando estratégias favoráveis à melhoria do nosso desempenho.

### **2.3.2 Domínio da Formação**

Tal como está preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, alínea a) o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p. 8101). A formação promove o desenvolvimento de competências e incute ao enfermeiro a reflexão sobre as suas práticas capacitando-o a enfrentar os problemas do quotidiano (Benner, 2001). Sendo a enfermagem uma profissão cuja área de intervenção comporta uma evolução tecnológica e científica constante, o investimento na aprendizagem ao longo da vida torna-se imperativo. Cada enfermeiro é responsável pela atualização do seu próprio conhecimento, pelo contributo na sua equipa de trabalho e pelo desenvolvimento da profissão.

O domínio da formação é fundamental na profissão de enfermagem, sendo que constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão a fim de contribuir para a sua dignificação (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p. 8078). O enfermeiro deve, por isso, procurar atualizar os conhecimentos através da frequência de “ações de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação” (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 97 da Lei n.º 156/2015 de



16 de setembro, p. 8078), de forma a acompanhar a mudança e a desenvolver uma resposta ativa face às necessidades da pessoa.

De acordo com os PQCE, é elemento fundamental à organização dos cuidados de enfermagem “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2001, p. 18). Neste contexto, são desenvolvidas formações internas e externas à UCIP de acordo com as necessidades da instituição e dos profissionais. Dado ser um contexto em constante mudança e atualização, a formação em serviço constitui-se como um espaço privilegiado para a atualização dos conhecimentos e satisfação das necessidades sentidas pelos profissionais de saúde, com vista à obtenção da excelência e à qualidade dos cuidados prestados. Foi possível verificar que, neste âmbito, existia uma calendarização das atividades de formação a realizar. Estas atividades são ministradas por grupos de profissionais da UCIP, em diversas áreas temáticas (e.g. tratamento a feridas, técnicas de substituição renal, alimentação).

Ao nível hospitalar, existem igualmente formações que abrangem todos os serviços e profissionais de saúde, onde tivemos a oportunidade de participar como formandos, designadamente numa formação intitulada “Transfusões Sanguíneas”, com duração de 2 horas, e em que adquirimos conhecimentos úteis no que concerne aos erros comuns na administração de uma transfusão sanguínea (e.g. a identificação correta do doente de acordo com o seu tipo de sangue e vigilância de reações adversas). Considerámos que estas atividades de formação contribuem para a melhoria do desempenho profissional e para a uniformização dos cuidados. Paralelamente, permitem uma atualização sistemática e o aperfeiçoamento dos conhecimentos e capacidades dos profissionais, que é uma exigência imposta pelos avanços constantes da ciência e da tecnologia.

Quanto maior o nível de conhecimento adquirido, maior é a noção que se tem, de se estar perante aquilo que não se sabe e o que não se domina. No decorrer desta caminhada, confrontadas com a complexidade do contexto e conhecedoras das próprias limitações, evidenciamos uma postura dinâmica e ativa para o ganho de maior destreza e agilidade técnica a fim de colmatar dificuldades e falhas e desenvolver pensamento crítico e juízo clínico. Por conseguinte, adotámos uma postura de responsabilidade na prestação de cuidados e privilegiamos a reflexão sobre as nossas práticas, como forma, de conscientemente analisarmos a nossa tomada de decisão, numa perspetiva de melhoria nos cuidados prestados.

O confronto com uma panóplia de patologias, procedimentos e tecnologias avançadas fomentou uma procura contínua de conhecimentos em bases de dados científicas que, conseqüentemente, conduziu à

mobilização dos conhecimentos adquiridos da teoria para a prática clínica. A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos permitiu-nos ganhar uma maior autonomia e segurança para a tomada de decisão e responsabilidade na execução de intervenções autónomas e interdependentes. Pensámos, ainda, ter demonstrado um papel ativo enquanto dinamizadores dos novos conhecimentos (e.g. na área da humanização dos cuidados) e cientes da necessidade de envolver toda a equipa neste processo.

### **2.3.3 Domínio da Gestão**

Relativamente à gestão e dinâmica da unidade, para além da enfermeira chefe, responsável máxima da gestão e de avaliação dos cuidados, existe a figura de um enfermeiro responsável de turno (habitualmente um enfermeiro mais experiente e, se possível, especialista) que se encontra encarregue, entre outras funções, por realizar o plano diário tendo em conta o número de elementos presentes e as suas competências, por garantir a supervisão e a continuidade dos cuidados. De acordo com o artigo n.º 7 do Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 referente às Competências Comuns do enfermeiro especialista, o enfermeiro especialista, no sentido de desenvolver competências na gestão dos cuidados, gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e estabelece articulação com a equipa multiprofissional, com a finalidade de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Analogamente, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Verificámos a importância do enfermeiro especialista no desenvolvimento da equipa que o acolhe, na construção de um ambiente favorável à prestação de cuidados e de qualidade, competindo-lhe gerir as pessoas, a segurança dos cuidados, a adequação dos recursos, a formação, a gestão do risco clínico, as relações profissionais, entre outros. Deste modo, a gestão da UCIP apela à organização, à atribuição/distribuição de tarefas, de acordo com as competências do profissional de saúde, e ao envolvimento do doente/família em todo o processo de recuperação.

De acordo com os PQCE da OE, é elemento importante na procura da excelência de cuidados “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2001, p. 18). O método de trabalho preconizado na UCIP é o de enfermeiro de referência. Este método caracteriza-se pela prestação total dos cuidados de enfermagem exclusivamente por um enfermeiro, proporcionando mais facilidade quer nas tomadas de decisão quer no planeamento de

cuidados. Privilegia a humanização dos cuidados em que a descentralização das tomadas de decisão implica o reconhecimento do direito dos enfermeiros que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias a fim de assegurarem a qualidade dos cuidados (Manthey, 2014). Posto isto, sempre que o enfermeiro admite a pessoa em situação crítica na UCIP, e sempre que este se encontra a trabalhar, fica responsável pela mesma e, portanto, pela decisão e prestação de cuidados globais até à alta.

Este método de trabalho pareceu-nos adequado ao contexto de cuidados intensivos, pois implica uma abordagem global e interdisciplinar, bem como exige do enfermeiro uma grande integração de competências técnicas, científicas e relacionais que lhe permite diagnosticar adequadamente as necessidades da pessoa/família. Tendo em conta a nossa reflexão, este método proporciona a manutenção de uma relação mais íntegra e direcionada em relação à pessoa, propicia uma noção mais exata do seu percurso e das suas características. Permite igualmente prestar melhores cuidados à família, pois grande parte das vezes esta já conhece o enfermeiro de referência, sentindo-se mais à vontade para partilhar dúvidas e sentimentos. Para além dos cuidados serem mais personalizados, promove um melhor planeamento de alta, pois é responsabilidade do enfermeiro de referência preparar a pessoa/família de forma segura e eficaz (Manthey, 2014). Desta forma, podemos concluir que, durante o estágio, garantimos a continuidade da gestão dos cuidados e um conhecimento mais aprofundado dos mesmos.

A dotação adequada de enfermeiros é um aspeto fundamental para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde tanto para a população alvo, como para as organizações (OE, 2019). De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN) as dotações seguras contribuem para melhores resultados na pessoa em situação crítica e, por conseguinte, manifesta-se em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades (ICN, 2006). Para isso, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (OE, 2019). Uma ferramenta de gestão pertinente utilizada na UCIP é o índice de avaliação de carga de trabalho de enfermagem, o *Nursing Activities Score* (NAS) adaptado e validado para o contexto português por Macedo *et al.* (2016). Este instrumento traduz em números o tempo despendido para cuidar de uma pessoa em situação crítica, em específico, e, desta forma, subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Esta avaliação é realizada diariamente, sendo referente às 24 horas anteriores de internamento da pessoa em situação crítica. A nosso ver parece-nos uma ferramenta fundamental para o cálculo das necessidades reais de enfermagem numa UCI.

A gestão do risco clínico e da segurança do doente são outra área em relação à qual é importante investir, no sentido de aumentar a qualidade da resposta hospitalar, de minimizar as complicações potencialmente evitáveis e de reduzir a incidência de eventos adversos no SNS (Despacho n.º 1400-A, 2015). Considerámos que neste âmbito todos os profissionais de saúde da UCIP desempenham, em conjunto, um papel fundamental na identificação e minimização dos riscos, ao qual nos integrámos durante a realização do estágio.

A gestão do risco clínico aborda a cultura de segurança ao nível da administração da terapêutica. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, cerca de 10% de doentes internados em Unidades de Cuidados Intermédios, e cerca de 13% de doentes em ambulatório são alvo de eventos adversos relacionados com medicação, por práticas de saúde pouco seguras, o que origina gastos financeiros enormes para os sistemas de saúde (Despacho n.º 1400-A, 2015). Tendo em conta este panorama, no decorrer do estágio procurámos realizar a preparação e confirmação da administração dos fármacos em parceria com os profissionais do serviço havendo sempre o cuidado de confirmar a prescrição médica, o nome do doente, o nome do medicamento, a dose, a hora e a via de administração. Em situações de dúvida, recorreremos à pesquisa bibliográfica e ao diálogo com a equipa a fim de evitar o erro.

A utilização eficiente dos recursos existentes, com o fim de alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos, é primordial na prestação de cuidados. Outro aspeto que foi igualmente uma mais valia para a nossa formação enquanto futuros enfermeiros especialistas, no âmbito da gestão, foi a oportunidade de gestão de prioridade dos cuidados, de adequação dos recursos humanos e materiais, de acordo com o que estava disponível e de procurar compreender como se realiza a gestão dos *stocks* e equipamentos junto do enfermeiro responsável de turno.

Certificámo-nos da importância do papel do enfermeiro especialista na UCIP, enquanto líder e elemento de referência para a sua equipa, o que revelou a importância das competências relativas à gestão durante a nossa formação. Um bom líder é fundamental para um bom planeamento, organização, motivação e de capacidade de tomadas de decisão a fim de atingir objetivos estabelecidos.

#### **2.3.4 Domínio da Investigação**

Sendo a humanização dos cuidados um dos maiores desafios no âmbito da saúde, procurámos fornecer um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica na UCIP nessa área. Através da realização de conversas/diálogos com os diversos profissionais

da UCIP, estes manifestaram a importância e necessidade de se desenvolver um documento que validasse e reconhecesse este objeto de interesse.

Verificámos que, no dia-a-dia, a humanização dos cuidados é realizada por todos os profissionais da UCIP. No entanto, consideram ser uma tarefa difícil pois requer atitudes e comportamentos que por vezes se afastam do paradigma tecnológico presente. Deste modo, considerámos que o desenvolvimento de uma norma de orientação clínica possa conduzir a uma prática refletida e ajustada e constituir fundamento ao aperfeiçoamento de cuidados mais humanizados, centrados na pessoa e família. Neste sentido será desenvolvida no capítulo seguinte a problemática da humanização dos cuidados no âmbito de uma Unidade de Cuidados Intensivos.

### 3. METODOLOGIA

A escolha da metodologia adotada para a consecução do trabalho de projeto assumiu-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte foi o conhecimento teórico que, posteriormente, pode ser aplicado na prática. Optámos pela utilização da metodologia de projeto (Ruivo *et al.*, 2010), porque nos permitiu desenhar um percurso com fio condutor, facilitando a todo o momento uma visualização objetiva dos seus contornos.

Com a aplicação da metodologia de projeto tivemos como objetivo central a resolução de problemas e, através dela, o reforço, criação e desenvolvimento de estratégias, de forma sequencial, interligando a teoria e a prática para dar resposta ao problema enunciado. Esta metodologia permitiu-nos, também, a aquisição de capacidades e competências pessoais na elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo *et al.*, 2010).

#### 3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação inicia a primeira etapa da metodologia de projeto e visa a “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p.10). A enfermagem, enquanto profissão organizada, surgiu na segunda metade do século XIX com Florence Nightingale, num período de necessidade de melhoria de condições de vida das populações, particularmente no controle das doenças infecciosas (Collière, 1999). Foi nesse contexto que se deu ênfase à humanização dos cuidados.

Os enfermeiros que cuidam da pessoa em vez da doença ou condição de saúde, aprendem sobre o espírito humano. A ciência do cuidar é complementar à ciência do curar e o Cuidar Baseado nas Forças conduz os enfermeiros às suas raízes do cuidar do ser humano, focados na pessoalidade e na humanidade. O cuidar centrado na pessoa e na sua individualidade exige que os enfermeiros reconheçam a pessoa enquanto um ser único com os seus problemas humanos. O cuidar envolve, por isso, a preservação e proteção da dignidade humana, onde valores, atitudes, interações e conhecimentos devem estar patentes e requerem estudo, reflexão e ação para o compromisso do cuidar (Gottlieb, 2016).

Na opinião de Moreira *et al.* (2015), a humanização pode ser compreendida como um vínculo entre os profissionais de saúde e a pessoa, baseado em ações orientadas pela compreensão e apreciação dos sujeitos, refletindo-se num comportamento ético e humano. É também associada à qualidade dos cuidados, que inclui o aperfeiçoamento e valorização dos profissionais de saúde e o reconhecimento dos direitos da pessoa. Para La Calle, Oviés and Tello (2017) humanizar não é mais do que nos tornarmos conscientes num processo complexo e multidimensional. Significa colocar o ser humano no centro dos cuidados a fim de promover e proteger a sua saúde, curar a doença ou cuidar no processo de morte enquanto etapa natural da vida. Significa incluir a família e integrá-la nos cuidados. Humanizar significa contribuir para criação de um ambiente que garanta uma vida saudável e harmoniosa em todos os níveis.

O conceito da função de cuidar pode estar ameaçado pela tecnologia (Watson, 2002) e esta ameaça pode conduzir à fragmentação do ser humano, enquanto ser com necessidades puramente biológicas. Embora a introdução e desenvolvimento das tecnologias melhore a capacidade de restabelecer a saúde da pessoa em situação crítica, a dependência da sua utilização conduz à perda da perspectiva da pessoa enquanto um ser íntegro (Gottlieb, 2016). Por um lado, as UCI são unidades com um carácter de elevada pressão (física e psicológica), dotadas de alta tecnologia em que situações de emergência exigem a necessidade de competência e perícia técnica por parte do profissional de saúde. Por outro lado, numa realidade onde os avanços tecnológicos e a perícia técnica se sobrepõem ao cuidado à pessoa em situação crítica na sua integralidade, torna-se premente humanizar os cuidados.

Os profissionais de saúde, neste caso particular os enfermeiros, bem como as instituições, necessitam de repensar as suas práticas e aceitar a humanização como um desafio que engloba as necessidades da pessoa enquanto um ser íntegro para além da sua doença, pois, na saúde, falar da arte da humanização é falar do seu instrumento de trabalho, o *cuidar*. A nível internacional têm surgido diversas propostas/políticas de humanização de cuidados para os serviços de saúde.

Enquanto problemática, constatámos que a temática da humanização dos cuidados era alvo de preocupação por parte dos enfermeiros da UCIP aonde realizámos o nosso estágio. Por diversas vezes referiam não ter a noção se estavam a prestar um cuidado mais humanizador e menos tecnicista. Após diálogo com a enfermeira chefe dessa unidade de cuidados, verificámos que não existia no serviço um documento sistematizado que orientasse os enfermeiros para uma prática de cuidados mais humanizadora, tendo-se tornado esta problemática o nosso objeto de interesse. Neste sentido, foi

nosso objetivo desenvolver uma Norma de Orientação Clínica (NOC) centrada na humanização de cuidados numa UCI.

### 3.2 PLANEAMENTO DO TRABALHO DE PROJETO

A segunda etapa deste trabalho de projeto consistiu no Planeamento que visou a elaboração, de forma detalhada, de uma planificação do esboço do projeto, com o levantamento dos recursos, bem como das limitações condicionantes do trabalho. Foram, ainda, definidas as atividades propostas a desenvolver à realização dos objetivos, os métodos e técnicas usadas de pesquisa de orientação do trabalho de projeto (Hungler, Beck & Polit, 2001).

O trabalho de projeto será desenvolvido em 3 Fases tendo em conta o objetivo definido anteriormente.

#### FASE 1

Será realizada uma revisão de literatura científica existente relativa ao fenómeno em estudo a partir das bases de dados referenciais *SCOPUS* e *WEB OF SCIENCE* e nos agregadores de conteúdos científicos *CINAHL*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina* e *Medline*, de acordo com as palavras-chave em inglês/português *humanisation/humanização*, *critical care patients/pessoa em situação crítica*, *icu/UCI*, integradas nas expressões booleanas de pesquisa.

Posteriormente, e fundamentada nesta mesma revisão de literatura, desenvolveremos uma Norma de Orientação Clínica para a Humanização de Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos – Versão 1, tendo em conta os pressupostos do Instrumento *AGREE II* (2009) - *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument*.

#### FASE 2

Será constituído um *Painel de Peritos* para avaliação da Norma de Orientação Clínica para a Humanização de Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos – Versão 1, tendo em vista a melhoria/adequação dos conteúdos/conceitos.

A Norma de Orientação Clínica para a Humanização de Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos – Versão 1 será enviada, via endereço de *e-mail* individual, a todos os elementos que



constituirão o *Painel de Peritos*, onde constará também um *link* de acesso a um formulário construído especificamente para que os peritos possam documentar a sua análise e sugestões de melhoria.

O *Painel de Peritos* será constituído por 10 enfermeiros, seleccionados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade:

8 elementos:

- a trabalhar há mais de 3 anos numa UCI;
- especialistas em enfermagem médico-cirúrgica há mais de 3 anos.

2 elementos:

- a trabalhar há mais de 3 anos numa UCI como chefe/gestor.

### FASE 3

Após o parecer por parte do *Painel de Peritos*, será realizada a versão 2 da Norma de Orientação Clínica para a Humanização de Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta versão será posteriormente sujeita à aplicação do Instrumento para Avaliação de Normas de Orientação Clínicas - AGREE II.

Este instrumento tem como objetivo avaliar a qualidade, transparência e rigor de uma NOC, orientando o seu desenvolvimento segundo uma estratégia metodológica. É composto por 23 itens, que abrange seis domínios de qualidade segundo uma escala *Likert* de 1 a 7 (1- discordo totalmente a 7- concordo totalmente) para pontuação de cada item. Os seis domínios integrantes são: finalidade e objetivo, envolvimento dos utilizadores, rigor, clareza e apresentação, aplicabilidade e independência editorial. No final dessa avaliação, a NOC é classificada de acordo com o seu grau de recomendação (Brouwers *et al.*, 2009). Recomenda-se que cada NOC seja avaliada pelo menos por dois, e preferencialmente por quatro avaliadores, de forma a aumentar a fiabilidade da avaliação. De acordo com os critérios de elegibilidade na seleção dos avaliadores pretendemos convidar quatro enfermeiros:

- a trabalhar há mais de 3 anos numa UCI;
- especialistas em enfermagem médico-cirúrgica há mais de 3 anos.

Após a avaliação da NOC pelos quatro avaliadores e o nível de recomendação, passaremos à redação da NOC na sua versão final.

## CRONOGRAMA

Foi elaborado um cronograma de atividades com o intuito de servir de base orientadora no planeamento das atividades preconizadas no decorrer de todo o processo (Quadro 1).

*Quadro 1 - Cronograma de Atividades 2019-2020*

Plano de Atividades	Fevereiro / Março	Abril / Maio	Junho/ Julho	Agosto/ Setembro	Outubro Novembro/ Dezembro	Janeiro / Fevereiro	Março/ Abril	Maió/ Junho	Julho
Estágio									
Pesquisa Bibliográfica									
Revisão de literatura									
Construção de NOC versão 1									
Constituição de um <i>Painel de Peritos</i> para validação da NOC									
Aplicação do Instrumento para Avaliação de Normas de Orientação Clínica – AGREE II									
Construção de NOC versão 2									
Redação do Relatório									
Entrega do Relatório									

### 3.2.1 Revisão de literatura

Realizámos uma revisão de literatura, uma vez que a mesma compreende uma análise que fornece sínteses de informação publicada anteriormente (Ribeiro, 2014; Bart, Green, Johnson & Adams, 2006). Este tipo de estudo é indicado para descrever e analisar o desenvolvimento ou a representação de um determinado assunto, de forma condensada, tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista contextual (Ribeiro, 2014). Bart *et al.* (2006) afirmam que a revisão de literatura é útil na apresentação de uma perspetiva ampla sobre um determinado tópico em investigação, permitindo a consolidação de uma área de conhecimento, e constitui-se como um elemento fundamental na orientação de práticas pedagógicas para a formação e atualização dos profissionais de saúde.

Para procedermos à revisão mencionada, realizámos uma pesquisa através das bases de dados eletrônicas, respetivamente, *b-on*, *EBSCOhost*, *Scielo*, *MEDLINE*, *Web of Science*. Esta pesquisa foi realizada durante o período compreendido entre agosto e setembro de 2019, em que foram ativadas as opções de texto integral na língua inglesa, portuguesa e espanhola, bem como de todos os artigos publicados entre os anos de 2014 a 2019. Efetuou-se a pesquisa de acordo com as palavras-chave em inglês/português *humanisation*/humanização, *critical care patients*/pessoa em situação crítica, *icu*/UCI, integradas nas expressões booleanas de pesquisa (*humanisation AND critical care patients AND ICU* OR humanização AND pessoa em situação crítica AND UCI).

Foram identificados vinte (20) artigos e, posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão. Foram incluídos todos os estudos primários de metodologia qualitativa e quantitativa que tiveram lugar nas UCI de adultos entre os anos 2014 e 2019, com texto completo. Foram excluídos todos os estudos realizados em UCI pediátricas, de neonatologia e serviços de emergência/urgência, bem como os realizados antes de 2014. Posteriormente, procedemos à leitura dos *abstract* dos vinte (20) artigos, de forma a fazer uma primeira seleção. Apenas oito (8) cumpriam integralmente os critérios de inclusão. Dos restantes, quatro (4) não permitiram o acesso à versão integral; cinco (5) encontravam-se duplicados e três (3) foram excluídos pelo resumo. Após esta seleção, foi realizada a sua leitura integral e a informação proveniente de cada um foi reunida na Tabela 1 com o intuito de facilitar a sistematização da informação e a compreensão da mesma. A leitura integral dos artigos selecionados possibilitou o conhecimento do estado da arte sobre a temática em estudo.

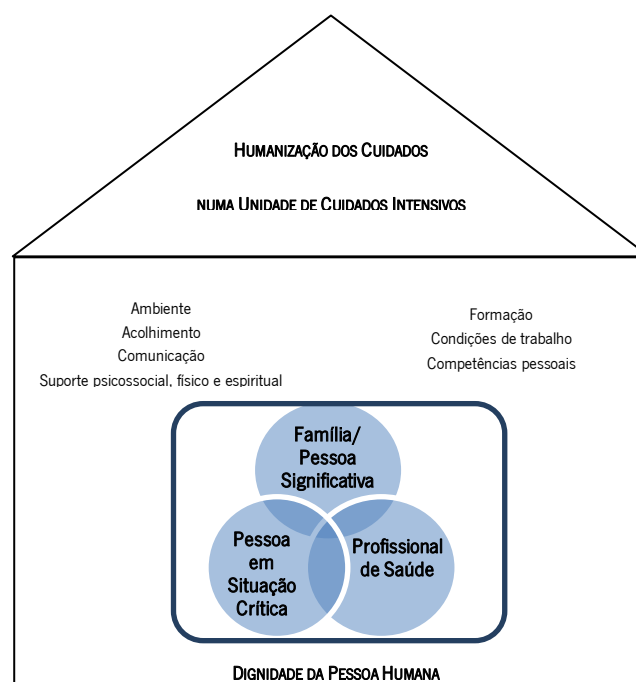
**Tabela 1- Resumo de dados extraídos dos artigos selecionados**

<b>Título do Artigo</b>	<b>Autor(es)/Ano/País</b>	<b>Tipo de Estudo/Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva.	Mongioli, V.; Anjos, R.; Soares, S.; Falcão, T. / 2014 / Brasil.	Estudo qualitativo. / Realizar uma reflexão acerca da humanização da saúde, através de uma análise conceitual do próprio termo através da interpretação da concepção dos enfermeiros que prestam cuidados numa UCI.	Os enfermeiros manifestam uma compreensão intuitiva sobre a definição do termo humanização, compreendendo-a como uma necessidade para a prestação de um cuidado holístico que vai para além da técnica e que abarca aspetos bio-psico-socio e espirituais do cuidado. Por outro lado, demonstram falta de formação profissional sobre o cuidado humanizado.
Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva.	Martins, J., Galdino, M., Garanhani, M., Sammi, K.; Trevisan, G./ 2015/ Brasil.	Estudo qualitativo- descritivo./ Identificar os fatores que propiciam e dificultam a humanização entre os profissionais de enfermagem, na percepção dos enfermeiros de uma UCI.	Os fatores que contribuem para a humanização relacionam-se com o trabalho em equipa, com bom relacionamento interpessoal, o reconhecimento dos pares, da instituição e do próprio profissional, a comunicação e os valores pessoais. Já a falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e as atitudes de individualismo foram fatores que dificultaram a concretização das relações para se estabelecer a humanização entre os profissionais de saúde.
Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva.	Sanches, R; Gerhardt, P; Rêgo, A; Carreira, L; Pupulim, J; Trindade, C; Radovanovic./2015/ Brasil.	Estudo qualitativo./ Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado numa UCI de adultos.	Os profissionais de saúde apresentaram dificuldades em definir de forma clara e objetiva o conceito de humanização. Fatores como: rotina, estado neurológico do doente e valorização do profissional de saúde interferem na prática do cuidado humanizado.
Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho.	Evangelista, V.; Domingos, T.; Siqueira, F; Braga, E./ 2016/ Brasil.	Estudo descritivo exploratório qualitativo./ Compreender o significado do cuidado humanizado em UCI considerando as vivências da equipa multidisciplinar.	O cuidado humanizado é caracterizado pela comunicação, o trabalho em equipa, empatia, singularidade e integralidade. É descaracterizado em relação aos processos de gestão, mais especificamente, na fragmentação do processo de trabalho, na precarização das condições de trabalho e em aspetos conceituais discrepantes das propostas políticas de humanização.
Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit.	Medeiros, A.; Siqueira, H.; Zamberlan, C.; Cecagno, C.; Nunes, S.; Thurow, M./ 2016/ Brasil.	Estudo qualitativo./ Identificar os elementos que promovem a integralidade e humanização da gestão do cuidado de enfermagem numa UCI.	Foram identificadas 4 categorias: Técnica; Organizacional; Tecnológica e Humanizadora. Concluiu-se que na gestão do cuidados de enfermagem todos os elementos estruturantes e fundamentalmente as necessidades dos profissionais, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade e da humanização.
Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals.	Luiz, F; Caregnato, R; Costa, M./ 2017/ Brasil.	Estudo exploratório-descritivo qualitativo. Compreender as percepções dos familiares e profissionais de saúde sobre humanização na UCI para direcionar uma ação educativa.	No sentido de aprimorar a humanização dos cuidados numa UCI concluiu-se que devem ser melhorados aspetos ao nível do acolhimento, comunicação, profissionalismo ético e sensível e religiosidade e espiritualidade.
Perception of nursing workers humanization under intensive therapy.	Michelan, V; Spiri, W./ 2018/ Brasil.	Estudo fenomenológico. Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem que trabalham numa UCI a respeito da humanização.	Concluiu-se que a humanização é fundamental enquanto meio da mudança no ambiente de trabalho e do processo de gestão, em que um modelo de gestão participativa se revela um caminho para transformar a teoria em prática e valorizar o trabalhador.
Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermeira.	Joven, Z; Parada, S./ 2019/ Colômbia.	Estudo descritivo quantitativo. Descrever a percepção dos adultos em estado crítico sobre os comportamentos do cuidar humanizado de Enfermagem numa UCI de adultos.	Foi utilizado o instrumento "Percepção dos comportamentos de atenção humanizada da enfermagem versão 3". Foi aplicado a 55 pessoas internadas em UCI por mais de 48 horas. De acordo com os resultados, os comportamentos de atenção humanizada foram percebidos de forma global como bons.

Apesar do tema da humanização nas UCI ser atual e relevante para o contexto de saúde, a literatura científica disponível sobre o tema ainda é escassa. Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos e científicos têm-se desenvolvido em grande escala, resultando num aumento das taxas de sobrevivência nessas unidades de saúde (La Calle *et al.*, 2017). Porém, a centralização no uso intensivo da tecnologia põe em destaque as necessidades humanas da pessoa em situação crítica, e da sua família, e o desenvolvimento de habilidades específicas por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à humanização. Torna-se fundamental, então, refletir sobre a questão da humanização enquanto elemento de melhoria na prestação de cuidados. Afinal, aquilo que seria tão intrínseco às profissões da área da saúde, em especial aos enfermeiros, constitui-se num desafio e, talvez por isso, uma necessidade.

De uma forma geral, os estudos derivados dos artigos analisados demonstram que um dos principais objetivos do cuidado humanizado numa UCI está relacionado com a necessidade de preservar a dignidade humana e o respeito pelos direitos humanos em todas as etapas da vida. É evidente que as ações do cuidado humanizado se centram não apenas na recuperação e cura biológica da pessoa em situação crítica, todavia, também, no seu completo bem-estar, considerando os aspetos emocionais, psicológicos, sociais e espirituais do cuidado.

Para uma melhor compreensão e perceção dos artigos analisados elaborámos um esquema sintético do cuidado humanizado numa UCI (Figura 1).



**Figura 1** - Esquema da Humanização dos Cuidados numa UCI (Fonte: concebido pela autora)

A humanização apresenta-se como um conceito polissêmico e de difícil interpretação (Sanches *et al.*, 2015). Porém, é consensual, de acordo com os artigos analisados, que a humanização é uma atitude de cuidado holístico para além do cuidado biomédico. Para Mongiovi, Anjos, Soares e Falcão (2014), a humanização dos cuidados visa a melhoria do atendimento em saúde através do reconhecimento do paralelismo entre o lado subjetivo e objetivo do cuidado ao ser humano em condições de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, e do reconhecimento da importância de aspetos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais paralelos à intervenção técnica e ao cuidado fisiológico. A humanização pode ser ainda entendida como nos moldes de uma escuta ativa, da manutenção de uma relação terapêutica com a pessoa, da reorganização logística dos processos de trabalho e da melhoria do ambiente de cuidados (Gottlieb, 2016; Michelin & Spiri, 2018; Luiz, Caregnato & Costa, 2017).

No estudo de Joven and Parada (2019), que descreve a perceção do cuidado humanizado, mediante a aplicação de um instrumento que aborda conceitos básicos do cuidado humanizado, 60% dos entrevistados referem que, no decorrer do seu internamento, sempre perceberam comportamentos de cuidado humanizado enquanto seres singulares, em que existiu respeito pelas suas crenças, valores e etnia. De facto, os profissionais de saúde reconhecem a humanização dos cuidados enquanto processo complexo e dinâmico e no seu desenvolvimento a importância de se ter uma visão holística na prestação de cuidados, respeitando crenças e valores. Estes profissionais devem, por isso, ajudar a pessoa em situação crítica, e sua família, a viver o processo de doença de forma a permitir a expressão das suas emoções e facilitar a compreensão, confiança e espiritualidade (Luiz *et al.*, 2017).

Nos artigos analisados predominam outros conceitos, enquanto elementos fundamentais na definição do cuidado humanizado, como é o exemplo da empatia, da comunicação, da singularidade e integralidade, do acolhimento, do trabalho em equipa, do profissionalismo ético e sensível e da religiosidade e/ou espiritualidade. A empatia pela pessoa em situação crítica sobressai veemente em alguns dos estudos analisados, enquanto instrumento influente no processo da humanização, em que o profissional tenta colocar-se no lugar do outro e procura agir de acordo com os seus ideais e valores (Sanches *et al.*, 2015; Mongiiov *et al.*, 2014; Evangelista, Domingos, Siqueira & Braga, 2016; Luiz *et al.*, 2017).

É possível igualmente abordar-se a comunicação terapêutica, que pode estar afetada por diferentes razões, como por exemplo a alteração do estado neurológico da pessoa em situação crítica e/ou a sua ventilação mecânica, de forma invasiva ou não invasiva. Contudo, no ato de cuidar do Outro, a

comunicação é essencial e parte integrante na relação com o Outro. De um modo geral, os estudos analisados revelam a necessidade de valorização das competências de comunicação na relação terapêutica profissional-pessoa em situação crítica e sua família, em que os profissionais de saúde permitem-se reservar tempo para escutar ativamente, responder de forma clara e acessível e atender à comunicação não-verbal (Sanches *et al.*, 2015; Evangelista *et al.*, 2016). Segundo o estudo de Joven and Parada (2019), em relação à categoria da comunicação, os autores concluem que, apesar de os entrevistados perceberem sempre uma boa comunicação (com atenção à linguagem verbal, não-verbal, olhar atento e escuta ativa), existiu a necessidade de uma maior atenção e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde.

Na mesma linha de pensamento, Michelan e Spiri (2018) apontam que o cuidado se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas e concluem ainda que a humanização nas UCI envolve o cuidado holístico da pessoa, relacionando-a com a sua família e o contexto social em que se insere - em consonância, a humanização dos cuidados deve estender-se à família. Uma boa adaptação dos familiares ao ambiente que rodeia a pessoa em situação crítica leva a que o medo do desconhecido seja minorado, permitindo-lhes uma participação ativa na recuperação do estado de saúde do seu familiar (Santos *et al.*, 2018).

É igualmente importante a promoção de um ambiente de cuidado centrado no ser humano, em que, sendo este um ser íntegro, singular, cultural e socialmente construído, depende diretamente da capacidade do profissional de o compreender a si e à sua família como tal. As competências na área do atendimento/acolhimento personalizado, considerando a pessoa como um ser holístico, parecem aprofundar a relação entre *profissional de saúde e pessoa em situação crítica*. De acordo com Medeiros *et al.* (2016), o cuidado humanizado é influenciado pela relação que é estabelecida entre a pessoa em situação crítica e os profissionais de saúde, as necessidades satisfeitas e as expectativas alcançadas. Naturalmente, é urgente que os profissionais de saúde, com especial foco nos enfermeiros, compreendam que um atendimento de qualidade, bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica em que se respeitam os valores e direitos humanos, tanto da pessoa crítica como dos seus familiares, possibilitam resultados positivos no tratamento e recuperação (Santos *et al.*, 2018).

A humanização dos cuidados, para além de estar associada à valorização e respeito pela pessoa em situação crítica e sua família, é também associada aos profissionais de saúde e à organização e gestão dos hospitais. É consensual que os benefícios da interação da equipa, o bom relacionamento

interpessoal e o reconhecimento dos profissionais pelos pares e instituição, são formas de promover uma maior disponibilidade dos profissionais para a humanização do cuidado multidimensional (Martins, Galdino, Garanhani, Sammi & Trevisan, 2015). Porém, em UCI com ambientes cada vez mais sofisticados, que exigem o aprimoramento de procedimentos técnicos de grande complexidade, a despersonalização das relações neste cuidado multidimensional torna-se um entrave à humanização - a priorização de procedimentos técnicos que sustentam e mantêm a vida ameaçam a coexistência entre um trabalho mecanizado e um trabalho humanizado (Sanches *et al.*, 2015).

Por conseguinte, alguns dos estudos analisados demonstraram que as tecnologias de vanguarda, a execução de tarefas complexas e a criação de emoções defensivas no cuidado à pessoa em situação crítica acarretam consequências para a pessoa que é cuidada e para o profissional (Sanches *et al.*, 2015; Joven & Parada, 2019). Por um lado, pode ser visível a despersonalização dos direitos da pessoa através de ações lesivas à confidencialidade, à privacidade ou a existência de um desequilíbrio entre a comunicação verbal e não-verbal; por outro lado, pode ser visível no profissional de saúde a falta de realização profissional, cansaço emocional e consequente perda gradual de empatia (Joven & Parada, 2019).

Sanches *et al.* (2015) indicam que a rotina diária, a alta complexidade tecnológica e o estado de inconsciência da pessoa crítica distanciam e automatizam a prestação de cuidados holísticos. Perante isto, a interação dos profissionais com a pessoa em situação crítica acaba por ser debilitada, contribuindo para a perda de informação e não identificação de necessidades pertinentes que dariam suporte a um cuidado mais individual e, com um toque impessoal e fragmentado, o cuidado holístico e humanizado acaba por ser desvalorizado. Também Michelan e Spiri (2018) concluíram que a complexidade da rotina contribuiu para a falha nas ações sensoriais, como ouvir e o tocar no outro, que também são cuidados, e visam a pessoa em situação crítica enquanto ser único e complexo.

Como fragilidades ao cuidado humanizado salientam-se, ainda, no contexto específico da enfermagem, cuidados que não geram confiança e que apresentam ausência de amabilidade, tom de voz inadequado e falta de informação na realização de procedimentos. De acordo com Joven and Parada (2019), em relação à prestação dos cuidados de enfermagem, a pessoa em situação crítica manifesta que o suporte físico (e.g. controlo da dor) e o suporte emocional são atitudes que necessitam de melhoria.

A falta de formação é evidenciada nos estudos e resulta num despreparo profissional para a prática de um cuidado humanizado. A formação profissional deficiente no âmbito da humanização, apesar das



intenções dos profissionais em realizar um cuidado dentro dos seus parâmetros, permanece ainda como obstáculo. Muitos dos cuidados entendidos como pouco humanizados, segundo Joven and Parada (2019) (e.g. controlo da dor, gestão do delirium ou o défice na comunicação), podem ocorrer por insegurança dos profissionais de saúde na alteração das rotinas de cuidados já estabelecidas, bem como por incapacidade de sistematizar ações de humanização, devidamente aplicáveis aos diversos contextos (Mongioli *et al.*, 2014).

Os profissionais de saúde, e, no nosso caso específico, os enfermeiros, devem estar inseridos num ambiente humanizador onde se sintam realizados e integrados no processo da humanização. De facto, quando as instituições não propiciam um ambiente adequado, com recursos humanos e materiais suficientes, organização protocolar, adequada remuneração e motivação, a humanização dos cuidados fica comprometida (Sanches *et al.*, 2015). Um profissional desvalorizado na sua condição de trabalho (e.g. financeiramente, com sobrecarga de trabalho) dificilmente prestará um cuidado humanizado. É necessário que os profissionais de saúde tenham dignidade nas condições de trabalho, com o devido reconhecimento e valorização. A precariedade das condições, a fragmentação do processo de trabalho e a falta de conceptualização e organização protocolar causam insatisfação e sofrimento, interferindo na qualidade dos cuidados prestados e condicionando a motivação e sensibilidade para o cuidado humanizado (Sanches *et al.*, 2015; Evangelista *et al.*, 2016; Michelan & Spiri, 2018).

A nível internacional, como iremos explorar seguidamente, têm surgido diversas propostas/políticas de humanização de cuidados para os serviços de saúde, no sentido de promover a qualidade em saúde e a melhoria das condições de trabalho para os profissionais.

O projeto nascido em fevereiro de 2014, o *Humanising Intensive Care Research Project* (“Proyecto HUCI”), pode ser já considerado um movimento internacional, cujo objetivo é a mudança de um paradigma atual de “cuidado centrado no doente” para um “cuidado centrado na pessoa”, no sentido de tornar as UCI de todo o mundo locais mais agradáveis para a pessoa em situação crítica, famílias e profissionais, contribuindo para um nível de excelência em saúde, humanizado e focado nas pessoas. Na implementação deste projeto, em Madrid, foram estabelecidas oito abordagens estratégicas para trabalhar de acordo com as necessidades específicas das UCI, nomeadamente: política do horário de visitas, a comunicação, o bem-estar da pessoa, de acordo com a história clínica, presença e participação dos familiares, o cuidado ao profissional de saúde, prevenção e acompanhamento por síndrome pós-terapia intensiva, infraestrutura humanizada e gestão de situações de fim de vida (La Calle *et al.*, 2017).

Também, no Brasil, a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), desde 2003, partindo da ideia de reformulação das práticas de cuidados de saúde nesse país, pretendeu estimular a comunicação entre gestores, profissionais de saúde e pessoas em situação crítica, para a construção de relações de poder e trabalho e promoção da inclusão de todos os intervenientes na gestão do cuidado. Alguns dos seus princípios norteadores são a valorização da dimensão subjetiva, a valorização do direito da pessoa enquanto ser autónomo, a construção de redes cooperativas e solidárias de produção de saúde e o fortalecimento do trabalho em equipa multidisciplinar. Enquanto uma proposta de mudança, a PNH visa a melhoria do atendimento em saúde através da prestação de cuidados holísticos (Mongioli *et al.*, 2014).

Em Portugal, em 1992, o Ministério da Saúde, com o intuito de desenvolver políticas e desenvolver ações de forma a humanizar o SNS, criou a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde (CNHQSS), conforme Despacho do Diário da República, IIª série — n.º 13 — 16 de janeiro de 1993. Tem como uma das suas principais responsabilidades identificar e refletir sobre os fatores que condicionam a humanização dos serviços. Para responder a este desafio, dada a extensão do território nacional, foram criadas subcomissões regionais a nível dos hospitais e centros de saúde. Recentemente, o SNS lançou o projeto “Compromisso para a Humanização Hospitalar” a todas as instituições de saúde do país apelando à definição de um plano de ação para implementar projetos dedicados à humanização dos cuidados.

Em Portugal, a responsabilidade de humanizar os cuidados de enfermagem é reforçada pelo Artigo n.º 110 do Código Deontológico do Enfermeiro integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro que refere que compete a cada enfermeiro o dever de responder aos cidadãos, aos pares e ao estado, pela assunção do dever de humanizar os cuidados de enfermagem.

A humanização dos cuidados numa UCI constitui um desafio para os profissionais de saúde no sentido de transporem para a sua prática um cuidado holístico, considerando a dimensão bio-psico-sociocultural e espiritual, tendo em conta a excelência do cuidar e atendendo aos direitos fundamentais do ser humano, no respeito pela sua dignidade e individualidade.

Reconhece-se a dificuldade em determinar uma definição, pela abrangência do termo humanização. Porém, apesar das diferentes definições do conceito associado ao processo do cuidar, podemos concluir que todas elas assentam no princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana, que requer subjetividade, sensibilidade e ética. Admite-se que cuidar é usar da própria humanidade para cuidar do Outro enquanto ser único, que integra um corpo e uma mente.

Humanizar em cuidados intensivos é, por isso, cuidar da pessoa em situação crítica enquanto ser único e complexo, preservando a sua dignidade e os seus valores. Envolve o cuidar aliado à melhor evidência científica disponível, integrando a família, valorizando o profissional de saúde e focando a saúde enquanto direito fundamental do ser humano (Rojas, 2019). Humanizar é um processo de transformação que conjectura atitudes, valores e comportamentos. Este inscreve-se numa relação interpessoal de ajuda e visa um desenvolvimento do potencial da pessoa. A inclusão da família no processo do cuidar bem como a valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde são elementos chave para a humanização dos cuidados. A humanização visa, também, as competências de comunicação e as competências pessoais como a empatia, a escuta ativa, o respeito, e a compaixão, enquanto ferramentas básicas na promoção e melhoria da formação em humanização.

A formação académica dos profissionais de saúde, até agora bastante focada num modelo biomédico, centrado em metodologias de diagnóstico e tratamento, deve abranger um modelo de saúde holístico envolvendo temáticas relacionadas com o bem-estar, o fim de vida, a comunicação, entre outras (La Calle *et al.*, 2017). Concluimos que, só após uma aposta intensiva na formação dos profissionais, durante o seu percurso académico e profissional, e reconhecendo a necessidade de expansão dos diferentes tipos de conhecimentos para o cuidar, é que estes se encontrarão "habilitados a lidar com as vulnerabilidades e fragilidades da pessoa, de modo a trabalhar com ela e com a sua família, no sentido de restaurar e recriar um novo nível de sentido e totalidade" (Gottlieb, 2016, p. XXIX).

Por fim, considerámos que esta revisão forneceu um aporte de grande importância para uma maior compreensão sobre a humanização dos cuidados, possibilitando a divulgação de evidência sobre o estado da arte e afirmando a pertinência do estudo desta temática. Considerou-se consensual que o desenvolvimento de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) poderá conduzir a uma prática refletida e ajustada e, poderá constituir fundamento ao aperfeiçoamento de cuidados mais humanizados. A produção de uma NOC, poderá também contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados, garantido uma prática segura e fundamentada, concorrendo para a paridade de conhecimento entre profissionais, consistência dos cuidados e proporcionando à pessoa crítica e família alvo de cuidados informação sobre aquilo que devem esperar dos mesmos.

### 3.2.2 Norma de Orientação Clínica para a Humanização de Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos – versão 1

Humanizar os cuidados intensivos passa por compreender a pessoa enquanto um ser único, em que se reconhece os seus valores e dignidade, e se prestam cuidados de acordo com a melhor evidência científica disponível incluindo os seus familiares em todos o processo (Rojas, 2019). O processo de desenvolvimento da presente Norma de Orientação Clínica (NOC) seguiu uma abordagem baseada em evidências e recomendações para a humanização dos cuidados em UCI.

O desenvolvimento desta NOC tem como objetivo recomendar e orientar atividades fomentadas na humanização dos cuidados através da sua implementação e cuja finalidade é a melhoria da prestação da qualidade dos cuidados, tal como se pretende que seja um estímulo para a formação em competências de humanização por parte dos profissionais de saúde. A presente NOC não engloba especificamente análises de custo-efetividade.

Espera-se que este documento orientador seja motivador da mudança e possibilite a introdução ou aperfeiçoamento de uma prática de cuidados mais humanizada, bem como proporcione a formação dos profissionais de saúde, e que estes sejam capazes de aliar o uso da evidência científica de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado. Esta NOC é dirigida à UCIP de um hospital central da região Norte. Esta primeira versão da NOC, teve em conta os pressupostos do Instrumento *AGREE II* (2009) - *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument* na sua construção. Contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que se possa induzir à produção de novas normas de orientação e mais complexas neste âmbito, e a sua apresentação contempla a organização que seria apresentada no documento final para os peritos.

#### **Membros do grupo**

Iolanda Oliveira, Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde;

Analisa Candeias, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho;

Paula Encarnação, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

### Nota Introdutiva

A medicina intensiva é uma área diferenciada que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de pessoas em condições fisiopatológicas agudas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais potencialmente reversíveis. Tem como objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente e, assim, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, 2017). Numa época em que é notória uma enorme evolução tecnológica, e onde a rapidez das intervenções é visível, existe menos disponibilidade para a relação humana. Se, por um lado, as UCI são unidades com um carácter de elevada pressão (física e psicológica), dotadas de alta tecnologia em que situações de emergência exigem a necessidade de competência e perícia técnica por parte do profissional, por outro lado, numa realidade onde os avanços tecnológicos e a perícia técnica se sobrepõem ao cuidado à pessoa em situação crítica na sua integralidade, torna-se urgente humanizar os cuidados.

O cuidar é mais que a simples execução de tarefas ou atos realizados, é um ato humano intencional (La Calle *et al.*, 2017). Por sua vez, a humanização é indissociável dos cuidados e é essencial na relação com o outro, ajudando a conjecturar atitudes, valores e comportamentos. Os cuidados prestados numa UCI à pessoa em situação crítica devem assim aliar a tecnologia mais avançada ao conhecimento do doente enquanto pessoa única, no sentido da humanização e da individualização dos cuidados (Urden, Stacy, & Lough, 2008). A humanização dos cuidados, pressupõe que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, nos momentos em que executam as suas intervenções, concedam atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, assim como pressupões a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Artigo n.º 110 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 8080).

O desenvolvimento desta NOC teve por base o quadro de referência do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (*Strengths-Based Care - SBC*) desenvolvido por Laurie Gottlieb (2013). De acordo com Gottlieb (2016), centrar o foco do cuidar nas forças não significa que se ignore os problemas, os défices ou as fraquezas, pelo contrário, significa dar sentido aos aspetos positivos e ao que funciona melhor, sendo necessário, por isso, explorar quais as áreas que demonstram potencial na pessoa e família que possam ser desenvolvidas de forma a encontrar o verdadeiro equilíbrio. O SBC imprime características únicas ao cuidado onde se encontram presentes oito valores como a saúde e cura, a

singularidade da pessoa, o holismo e *embodiment*; a realidade objetiva/subjetiva, a autodeterminação, a interação pessoa e ambiente, a aprendizagem, preparação e *timing*, bem como a parceria colaborativa entre o profissional e a pessoa. Todos estes valores estão subjacentes ao cuidado humanizado e holístico da pessoa em situação crítica e respetiva família, não desvalorizando os profissionais de saúde, que enquanto seres humanos, também eles próprios necessitam de ser cuidados e valorizados.

A humanização deve ser abrangente, podendo atingir todas as áreas do cuidado em enfermagem (Encarnação, 2017). No entanto, para sistematizar a informação deste documento, escolhemos domínios que a literatura nos aponta como sendo prioritários, atribuindo ao processo um resultado com forte sentido de coerência e sustentável. Neste sentido optámos por explorar, nesta NOC, os domínios:

- formação da equipa multiprofissional para a humanização dos cuidados;
- comunicação como uma ferramenta terapêutica;
- cuidados globais mais humanizados;
- um ambiente mais humanizado e humanizador.

Considerámos consensual que o desenvolvimento de uma NOC poderá conduzir a uma prática refletida e ajustada e constituir fundamento ao aperfeiçoamento de cuidados mais humanizados, centrados na pessoa em situação crítica e família. A produção de uma NOC poderá também contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, concorrendo para a paridade de conhecimento entre profissionais de saúde, consistência dos cuidados (através da implementação de protocolos) e proporcionar à pessoa em situação crítica e família, alvo de cuidados, informação sobre o que devem esperar destes profissionais (Craig & Pearson, 2004).

A produção de uma NOC vai ao encontro das orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, que refere que a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional inclui a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica disponível “a qual pode ser proveniente da consulta de fontes de reconhecido mérito, de estudos sistemáticos e representativos no domínio em causa e da opinião de especialistas” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 5). A Ordem dos Enfermeiros menciona igualmente que, as vantagens da sua utilização são evidentes para

“ (...)os profissionais (melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica, consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação; acesso a orientações

eficazes e contextualizadas; identificação de áreas necessitadas de investigação clínica), para os clientes (acesso a informação, a cuidados consistentes e coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, com a consequente redução da variação dos cuidados recebidos) e para as organizações (melhoria da eficiência dos serviços; otimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde)” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 9).

O desenvolvimento desta NOC teve em conta os pressupostos do Instrumento AGREE II (2009) - *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument*, cujo objetivo é avaliar a qualidade, transparência e rigor de uma NOC orientando o seu desenvolvimento segundo uma estratégia metodológica. Este instrumento é composto por vinte e três (23) itens em que, posteriormente, deve ser efetuada uma avaliação da NOC numa escala de *likert* de um (1) a sete (7) em cada item, agrupados em seis domínios: âmbito e objetivo, envolvimento dos utilizadores, rigor, clareza e apresentação, aplicabilidade e independência editorial. No final dessa avaliação, a NOC é classificada de acordo o seu grau de recomendação.

### **Norma de Orientação Clínica**

*Tabela 2- Norma de Orientação Clínica*

<b>Unidade de Cuidados: UCIP Hospital Central da região Norte</b>	<b>NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA (NOC)</b>
<b><u>Assunto:</u></b> A Humanização dos Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos.	
<b><u>Utilizadores potenciais da norma:</u></b> Equipa multidisciplinar da UCIP de um Hospital Central da Região Norte.	
<b><u>População-alvo:</u></b> Profissionais de saúde integrantes da equipa multiprofissional.	
<b><u>Objetivos:</u></b> Esta NOC pretende uniformizar atividades fomentadas na humanização dos cuidados, aliando o uso da evidência científica de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado. Pretende, ainda, ser um estímulo para a formação em competências de humanização por parte dos profissionais de saúde.	
<b><u>Resultados esperados:</u></b>	

---

Uniformização das práticas de atuação da equipa multidisciplinar face à humanização dos cuidados e melhoria da qualidade dos cuidados.

---

**Grupo Responsável:**

Esta NOC foi elaborada por Iolanda Oliveira, Analisa Candeias e Paula Encarnação

---

**Abreviaturas:**

- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.
  - UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.
- 

**ORIENTAÇÕES GENÉRICAS**

---

**1- Formação da equipa multiprofissional para a humanização dos cuidados**

---

**Conceito:**

Apesar de os profissionais se encontrarem cada vez mais especializados nas suas áreas de atuação, levantam-se questões sobre onde o conhecimento técnico-científico não proporciona suporte à humanização, que é essencial em todo o cuidado. A formação profissional deficiente no âmbito da humanização, apesar das intenções dos profissionais de saúde em realizarem um cuidado humanizado dentro dos seus parâmetros, permanece ainda como obstáculo. Muitos dos cuidados sentidos como pouco humanizados pela pessoa em situação crítica/família, de acordo com Joven and Parada (2019) (e.g. controlo da dor, gestão do *delirium* ou o défice na comunicação), podem ocorrer por insegurança do profissional de saúde em modificar as rotinas de cuidados já estabelecidas, bem como por incapacidade de sistematizar ações de humanização, devidamente aplicáveis aos diversos contextos (Mongioli *et al.*, 2014).

A aplicação de uma filosofia de forças no cuidar proporciona, quer à pessoa quer à família, a maximização e o suporte das suas respostas, de modo a conseguirem lidar com os seus problemas e desafios da vida bem como a satisfazerem os seus objetivos. O estabelecimento de uma parceria colaborativa entre o profissional e o familiar onde é incentivado o seu envolvimento é fulcral para a humanização dos cuidados que impreterivelmente condicionará, também, a recuperação da pessoa (Gottlieb, 2016). A formação da equipa e a sensibilização para esta prática é fundamental para a implementação de um modelo eficaz para a humanização dos cuidados.

---

**Atividades a desenvolver:**

- Incentivar os profissionais para a atividade docente, formativa ou de investigação.
  - Promover a formação contínua.
-



- 
- Promover formação no âmbito da área dos Cuidados Paliativos.
  - Fomentar a formação nas áreas da Psicossociologia.
  - Realização de *brainstormings*, periódicos para os profissionais da UCI
- 

## 2- Comunicação como uma ferramenta terapêutica

---

**Conceito:** A comunicação é uma atividade humana básica, sendo a necessidade de comunicar inata e universal. A comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa/família no contexto de uma UCI revela-se como uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional e a pessoa, como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados. Pelas suas características, as UCI constituem um foco de *stress* e ansiedade que é partilhado pelos profissionais, pessoa em situação crítica e familiares. A comunicação que poderia servir como técnica eficaz na redução do *stress* e da ansiedade, pode igualmente surgir acompanhada de dificuldades (Sanches *et al.*, 2015; Evangelista *et al.*, 2016).

Segundo o estudo de Tembo *et al.*, (2015), o facto de a pessoa não se conseguir expressar enquanto entubada e ventilada numa UCI faz com que a mesma se sinta “*trapped in their dysfunctional body*”<sup>2</sup> (Tembo *et al.*, 2015, p. 5). Também nesta perspetiva, a *International Association for the Study of Pain* (Turk, 1993) acentua que a incapacidade de comunicar verbalmente não nega a possibilidade do indivíduo estar a experienciar dor e a necessidade de um tratamento que a alivie. Efetivamente, as dificuldades de comunicação fazem com que, frequentemente, a pessoa veja anulada a expressão das suas opiniões e sentimentos e, naturalmente, que sejam tomadas decisões sobre o cuidar sem o seu parecer (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012; Tembo *et al.*, 2015). O valor da autodeterminação, subjacente ao SBC, reconhece o direito da pessoa em determinar o curso da sua própria vida e de tomar decisões informadas sem coação e em concordância com os seus melhores interesses (Gottlieb, 2016).

É através da comunicação que se estabelecem laços de confiança e empatia com a pessoa/família, contribuindo para um maior sentimento de segurança da pessoa, individualização dos cuidados, maior satisfação dos profissionais e ganhos em saúde. De acordo com o SBC, a comunicação terapêutica abraça um conjunto de competências verbais e não-verbais, que têm como objetivo ajudar a pessoa a atingir o seu objetivo e a auto cura.

---

<sup>2</sup> Tradução português: “presa num corpo disfuncional”.

---

Esta comunicação passa por dar informação, compreender o *timing* da resposta e interpretar nas entrelinhas o sofrimento daqueles que não conseguem vocalizar. É, através dela, que conseguimos encontrar estratégias de comunicação que transcendem a linguagem e a expressão não-verbal. É ter a capacidade de ser auto consciente, de acordo com uma capacidade plena e reflexiva, e de que qualquer ação e expressão tem potencial para causar dano (Gottlieb, 2016).

É igualmente através da comunicação que podemos criar uma parceria colaborativa baseada no respeito e na confiança entre os profissionais de saúde e a pessoa em situação crítica/família para o estabelecimento de metas e de um cuidar personalizado, holístico e singular. Concomitantemente, a comunicação entre a equipa, enquanto uma força de relação, revela-se fundamental para o desenvolvimento do espírito da mesma e, conseqüentemente, para a diminuição do erro (Gottlieb, 2016).

---

***Atividades a desenvolver:***

- Realizar formações sobre estratégias de comunicação (verbal/não verbal) e trabalho em equipa para os profissionais de saúde da UCI.
- Implementar sistemas de comunicação adequados (estratégias) que facilitem a comunicação da pessoa em situação crítica.
- Integrar um terapeuta da fala na equipa multiprofissional.
- Implementar passagens de turno estruturadas de forma a transmitir toda a informação pertinente entre profissionais de saúde.
- Calendarizar reuniões multidisciplinares.
- Promover conferências familiares com objetivos definidos.
- Criar um espaço físico adequado para a transmissão de informação aos familiares.
- Na pessoa em situação crítica consciente e orientada ter em conta a sua vontade na transmissão da informação aos seus familiares.
- Criar um sistema (e.g. campainha) para que a pessoa possa chamar o profissional quando necessário.

---

**3- Cuidados globais mais humanizados**

**Conceito:** A saúde pode ser definida, de acordo com o SBC, como uma entidade que coexiste com a doença, isto é, independentemente da gravidade da doença, a saúde está sempre presente de alguma maneira (Gottlieb, 2016). Esta conceção serve de mote ao significado e à

---

---

procura contínua do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. O atual sistema de saúde é projetado para cuidar da pessoa de uma forma padronizada, prescritiva e rígida, em que *a mesma medida serve para todos* e onde a pessoa é reduzida a sintomas e sistemas corporais. Neste sentido, a singularidade de *ser pessoa* assume-se como sendo o valor humano que define que não existem duas pessoas iguais: cada uma tem uma personalidade e espírito próprios. Para além disso, o valor do holismo, em que a pessoa é vista como um todo unificado e indivisível, e do *embodiment*, onde mente e corpo estão interligados, são fundamentais para a compreensão e identificação das suas forças e, portanto, de um cuidar mais humanizador e de um pleno bem-estar (Gottlieb, 2016).

A UCI é um lugar hostil com luz excessiva e ruído permanente provocado por ventiladores, alarmes de monitorização e conversas entre profissionais muitas vezes inadequadas. A pessoa em situação crítica encontra-se muitas vezes com dor, medo, dificuldade para dormir e frequentemente desorientada (Escudero, Viña & Calleja, 2014). A avaliação da dor, a rotina do sono, a dinâmica da sedação, bem como a prevenção e avaliação do *delirium*, são essenciais à promoção do conforto e do bem-estar da pessoa em situação crítica (Alonso-Ovies & La Calle, 2016). De facto, assume-se a importância das forças de conhecimento e do saber, caracterizadas pelo uso da informação e da experiência, no desenvolvimento de conhecimentos, de forma a motivar a pesquisa de novas informações acerca da pessoa e, portanto, do uso da tecnologia para o bem-estar físico, mental e social aquando da prestação de cuidados em medicina intensiva (Gottlieb, 2016). No entanto, os profissionais precisam “de se concentrar sobre as pessoas e usar as suas forças e capacidades para gerir os seus problemas” (Gottlieb, 2016, p. 10).

Por conseguinte, além destas necessidades causadas pelos fatores físicos, não devemos subestimar o sofrimento e as necessidades psicológicas e emocionais da pessoa. A vulnerabilidade resultante, por exemplo, da perda da identidade individual e a separação da família, são aspetos que afetam a sua autonomia e o seu bem-estar. O bem-estar psicológico/emocional requer uma mudança de metodologia de trabalho nas UCI, através da promoção e participação da família neste processo, a promoção da autonomia da pessoa e da manutenção da sua dignidade (Alonso-Ovies & La Calle, 2016). Em suma, a promoção de medidas que diminuam o desconforto físico, psicológico, social e espiritual da pessoa em situação crítica são fundamentais à recuperação precoce e à manutenção de um bem-estar

---

---

pleno.

O ser humano é um ser social que integra uma comunidade e, por isso, uma família. A família é importante não só pelo laço de sangue que subsiste, mas também pelas manifestações de amor, segurança e proteção que perpetua. A família é, por isso, transversal ao ciclo vital da pessoa e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar. Não existem famílias iguais, pelo que a singularidade é característica da mesma. A família é constituída por seres únicos e indivisíveis que arquitetam uma identidade com as próprias experiências e forças (Gottlieb, 2016).

Segundo Escudero *et al.* (2014), durante a permanência da pessoa em situação crítica na UCI, a família sente necessidades, designadamente: necessidades cognitivas (necessidade de receber a informação clara sobre o diagnóstico e prognóstico); necessidades emocionais (consequência da tristeza provocada pela doença); necessidades sociais (necessidade de manter relações para apoio emocional e social) e necessidades práticas (tem a ver com aspetos ambientais que podem melhorar o seu bem-estar) (Escudero *et al.*, 2014). Porém, as necessidades sentidas pela família são frequentemente extrapoladas para segundo plano, já que em contexto de cuidados críticos tende-se a valorizar as necessidades apenas da pessoa em situação crítica (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

A política de visitas à pessoa internada segue, habitualmente, um modelo restritivo, de acordo com a perspectiva de que assim se proporcionam melhores cuidados e um trabalho mais “facilitado” aos profissionais de saúde. Atualmente existe evidência científica que suporta que, uma *política de portas abertas*, nomeadamente no concerne à flexibilidade no horário das visitas, é possível e benéfica, tanto para a pessoa em situação crítica como para a família e profissionais de saúde (Cappellini, Bambi, Lucchini & Milanesio, 2014; Schwanda & Gruber, 2018). É identicamente fundamental dar a oportunidade à família de participar e colaborar na prestação de alguns cuidados, se assim a condição clínica da pessoa o permitir. O cuidado à família através do fornecimento de informação, a demonstração de disponibilidade e a construção de uma relação terapêutica é essencial para um cuidado mais humanizado, pois a família necessita “ao percorrer um sistema de saúde que é muitas vezes estranho e intimidante (...) de um guia, um *coach*, um alicerce, um advogado (...)” (Gottlieb, 2016, p. 182).

---

***Atividades a desenvolver:***

---

- 
- Implementar um protocolo de analgesia e sedação.
  - Implementar um protocolo de agitação e *delirium*.
  - Implementar um protocolo de avaliação e monitorização da qualidade do sono.
  - Introduzir a cinesiterapia respiratória precoce.
  - Promover formações no âmbito dos Cuidados Paliativos.
  - Facilitar e disponibilizar o uso estratégias de entretenimento para a pessoa (e.g. televisão, livros, rádio).
  - Promover o treino de marcha controlado, o uso do WC e das tecnologias controlada para estabelecer contacto com os familiares, tendo em conta o estado clínico da pessoa em situação crítica.
  - Controlar fatores ambientais como o ruído e a luz ambiental.
  - Disponibilizar um psicólogo integrado na equipa multidisciplinar.
  - Promover a privacidade da pessoa em situação crítica.
  - Promover o suporte social e espiritual.
  - Implementar um protocolo que promova passeios fora da UCI para pessoas com critérios selecionados.
  - Encaminhar o familiar/pessoa significativa para um sítio privado a fim de realizar a entrevista inicial.
  - Elaborar um guia informativo de acolhimento para familiares, devendo este ser entregue e no qual o enfermeiro explica a informação contida no mesmo.
  - Manter o protocolo existente de assistência à família/pessoa significativa que reflete um horário flexível.
  - Flexibilizar a entrada de familiares com idade inferior a dezoito (18) anos, mediante o desejo do menor.
  - Promover a presença do cuidador principal de forma contínua, independentemente da presença de outras visitas em horário flexível.
  - Durante a visita, o profissional de saúde deve informar o familiar/pessoa significativa sobre como vai encontrar a pessoa (aparência e meio envolvente) e disponibilizar-se para o acompanhar até à mesma, explicando também os procedimentos necessários ao controlo da infeção.
  - Promover a continuidade dos cuidados através da atribuição de um profissional de referência.
-

- 
- Identificar as necessidades e a possibilidade de oferecer suporte emocional, social, psicológico e espiritual ao familiar/pessoa significativa.
  - Criar um grupo de trabalho multidisciplinar delegado a monitorizar e coordenar o cumprimento destas atividades.
- 

#### **4- Um ambiente mais humanizado e humanizador**

---

**Conceito:** A maioria dos profissionais de saúde compreende que o ser humano não se desenvolve ou cura em isolamento, mas inserido num ambiente físico, cultural e social. Os profissionais de saúde são parte integrante do ambiente dos seus doentes e, como tal, podem criá-lo e modificá-lo de forma a que a pessoa em situação crítica se sinta segura e capitalize as suas forças (Gottlieb, 2016). De acordo com Gottlieb (2016), os profissionais de saúde são capazes de criar um ambiente promotor de crescimento e, por isso, de cura através das suas ações e motivações.

Todavia, o desgaste profissional consequente da falta de apoio emocional, despersonalização e baixa autoestima profissional são problemas reais que afetam a qualidade dos cuidados prestados (Sanches *et al.*, 2015; Evangelista *et al.*, 2016; Michelan & Spiri, 2018). É igualmente pertinente salientar a falta de realização profissional e a necessidade contínua de formação dos profissionais enquanto elementos fundamentais para o cuidar humanizado do profissional (Joven & Parada, 2019; Mongiovi *et al.*, 2014). Sanches *et al.* (2015) sublinham que, quando as instituições não propiciam um ambiente adequado, com recursos humanos e materiais suficientes, organização protocolar, boa remuneração e motivação, a humanização dos cuidados é prejudicada. Por conseguinte, a ausência dos profissionais de saúde ao trabalho, decorrente do desgaste físico e psicológico, torna-se recorrente, culminando numa rotação frequente de profissionais e num *turnover* acentuado (Rojas, 2019).

É fundamental considerar que as taxas de insatisfação dos profissionais de saúde são elevadas e, como tal, é necessário implementar estratégias eficazes para a sua satisfação, valorização e reconhecimento, para que os mesmos se sintam bem no local onde exercem funções. O SBC ajuda a definir a identidade profissional “(...) pela forma como eles [os profissionais de saúde] cuidam dos outros, como se veem a si mesmos, e como os outros os veem” (Gottlieb, 2016, p. 39). Desta forma, esses profissionais conseguem prestar “(...) atenção ao que está a acontecer à sua volta, em vez de trabalharem em piloto automático” (Gottlieb, 2016, p. 156) e auto consciencializar-se através do *empowerment* para conseguirem

---

---

“reivindicar o controlo sobre as coisas que lhes são importantes e que afetam a sua saúde” (Gottlieb, 2016, p. 20). O cuidar através do SBC exige que os profissionais de saúde estejam cientes das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. Estas forças de defesa são qualidades necessárias para que os mesmos se protejam e defendam, a si e ao Outro, e requer que haja coragem e autoeficácia (Gottlieb, 2016).

---

**Atividades a desenvolver:**

- Estabelecer um programa de acolhimento aos novos profissionais.
- Avaliar periodicamente o desgaste no profissional.
- Implementar formações sobre prevenção da síndrome de *burnout*.
- Realizar *brainstormings*, periódicos para os profissionais da UCI.
- Implementar rácios para dotações seguras.
- Promover a facilidade de ajuste de horários face às necessidades pessoais e profissionais.
- Incentivar à participação de toda a equipa na organização, gestão e objetivos da UCI.
- Prestar apoio emocional perante situações críticas e traumáticas ao profissional através da disponibilização de um psicólogo, psiquiatra ou enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.
- Disponibilizar uma zona adequada para descanso e pausas dos profissionais.
- Implementar um livro de agradecimentos/reconhecimento a ser utilizado pela pessoa/família a fim de dignificar o trabalho humanizador dos profissionais.

---

**Limitações à sua implementação:**

Como limitações à implementação desta NOC, identificámos alguns constrangimentos organizacionais, bem como algumas restrições ao nível dos recursos inerentes à concretização deste estudo académico, no sentido de avaliar o impacto da sua implementação.

---

**Quadro de Referências Bibliográficas:**

Abraham, J., Kannampallil, T. G., Almoosa, K. F., Patel, B., & Patel, V. L. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *Journal of critical care*, 29(2), 311.

Burghi, G., Lambert, J., Chaize, M., Goinheix, K., Quiroga, C., Fariña, G., & Mareque, S. (2014). Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in

---

---

ICU. *Intensive care medicine*, 40(11), 1785.

Cappellini, E., Bambi, S., Lucchini, A., & Milanesio, E. (2014). Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 181-193.

Escudero, D., Vina, L., & Calleja, C. (2014). For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375.

International Association for the Study of Pain (2017). Vision statement: Working together for pain relief throughout the world. International Council of Nurses.

Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e cura para a pessoa e família* (pp. 10–182). Loures: Lusodidacta.

Guntupalli, K. K., Wachtel, S., Mallampalli, A., & Surani, S. (2014). Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 18(3), 139.

Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20(1), 333.

Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.

Mongioli, V. G., Anjos, R. D. C. C. B. L. D., Soares, S. B. H., & Lago-Falcão, T. M. (2014). Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de enfermagem*, 67(2), 306-311.

Alonso-Ovies, Á., & La Calle, G. H. (2016). ICU: a branch of hell?. *Intensive Care Medicine*, 42(4), 591.

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar em enfermagem*, 19(1), 31-46.

Sanches, R. D. C. N., Gerhardt, P. C., da Silva Rêgo, A., Carreira, L., Pupulim, J. S. L., &

---



---

Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(1), 48-54.

Schwanda, M., & Gruber, R. (2018). Extended visitation policy may lower risk for delirium in the intensive care unit. *Evidence-Based Nursing*, 21(3), 80-80.

Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., & Alavi Majd, H. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing ethics*, 22(1), 64-76.

Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study (p.5). *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171-178.

---

Revisto a: \_\_/\_\_/\_\_

Aprovado por: \_\_/\_\_/\_\_

---

### 3.2.3 Painel de Peritos

A formulação e síntese de recomendações devem ser feitas com recurso a um grupo constituído por peritos na área. O desenvolvimento de uma NOC baseada na evidência científica necessita de consenso para atingir certas conclusões. Permite, ainda, que o processo a que se chegou para as recomendações finais seja aberto, explícito, transparente e reproduzível e, como tal, mais acessível de ser criticado e discutido pelos interessados, antes da sua adaptação final, melhorando a sua aceitação.

O nosso painel de peritos foi constituído por dez enfermeiros, selecionados segundo os seguintes critérios: a trabalhar há mais de três anos numa UCI, com a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (oito elementos) e a trabalhar há mais de três anos na Unidade de Cuidados Intensivos como chefe/gestor (dois elementos).

Numa primeira fase, os peritos foram convidados a participar na avaliação desta norma através de contato de e-mail individual, onde foi apresentada a pertinência do tema e os objetivos. Após a aceitação individual de cada perito, foi enviado um convite formal aos mesmos, visando assegurar a transmissão de informação com base em princípios verdadeiros e éticos (Anexo I), com a anexação da respetiva NOC e o questionário para o registo da avaliação da NOC (Anexo II).

No entanto, esta etapa do processo foi interrompida devido à sobrecarga destes profissionais de saúde, por terem de dar resposta à situação derivante da pandemia por COVID-19, não tendo sido possível

retomar a mesma até ao momento da entrega final deste relatório. Ainda ponderámos adiar a entrega do relatório, contudo o clima de incerteza e a reorganização constante das unidades de saúde devido à pandemia, mantém-se por tempo indeterminado, o que nos conduziu a tomar a decisão de entregar este relatório com apenas a primeira versão da NOC.

#### 4. CONCLUSÃO

Numa realidade onde os avanços tecnológicos e a perícia técnica se sobrepõem ao cuidado à pessoa em situação crítica na sua integralidade, torna-se premente humanizar os cuidados. No futuro, prevê-se que as UCI sejam ainda mais desafiadoras no que diz respeito à tecnologia. Naturalmente, os profissionais de saúde não deverão ser unicamente conhecedores da tecnologia, mas competentes no domínio das dimensões psicossociais, culturais, desenvolvimentais e espirituais do cuidado (Morton Gallo, Hudak & Fontaine, 2007).

O cuidar é mais que a simples execução de tarefas ou atos realizados, é um ato humano intencional (La Calle *et al.*, 2017). A profissão de enfermagem pretende prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a sua saúde, ajudando-os a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

A dignificação da profissão de enfermagem sustenta-se numa prática clínica cada vez mais complexa e com maior responsabilidade, que exige para além de uma sólida formação base, uma aprendizagem contínua, no sentido do desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais especializadas. Nesta perspetiva, o enfermeiro, enquanto agente ativo na sociedade, deve sentir necessidade de adquirir práticas e saberes que reconheçam a sua competência e qualificação. O desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação, no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e, em consonância com as competências do enfermeiro especialista, contribui para o aperfeiçoamento das boas práticas em contexto de trabalho.

A aprendizagem é um processo contínuo e fundamental para o aperfeiçoamento dos cuidados que prestamos diariamente. A elaboração deste relatório permitiu-nos evidenciar, analisar e refletir as aprendizagens adquiridas através da exposição das atividades realizadas para a consecução dos objetivos previamente traçados. Por conseguinte, considerámos que o estágio foi uma etapa de aprendizagem que contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica representou uma parte significativa de todo este percurso. Durante o nosso estágio realizado na UCIP, a componente técnica e científica, a relação estabelecida com o pessoa/família e equipa multidisciplinar, tornou possível a concretização dos

nossos objetivos. Neste contexto, pudemos integrar, em consonância com as competências preconizadas do enfermeiro especialista, o desenvolvimento de competências centradas no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação. O espírito de análise crítico-reflexiva em relação à prática dos cuidados potenciou o desenvolvimento do conhecimentos e competências diferenciadas.

Como problemática, no campo da realização do estágio, identificámos a inexistência de matéria prima que valide e reconheça a humanização dos cuidados de enfermagem enquanto objeto de interesse. A realização de uma revisão de literatura constituiu uma parte importante na construção deste trabalho e na prossecução dos objetivos previamente delineados. Possibilitou-nos uma visão mais abrangente e aprofundada sobre o atual estado de arte em relação a humanização dos cuidados numa UCI.

Deste modo, projetámos a elaboração de uma NOC centrada na humanização de cuidados numa UCI. Expectámos que a implementação da NOC produzida fosse útil, no sentido de sensibilizar para uma prática de cuidados centrados nas necessidades da pessoa crítica e sua família e, deste modo, permitir uma postura ativa de forma a prestar cuidados mais humanizados, holísticos e eticamente sensíveis a fim de promover, autónoma e independentemente, a saúde e o bem-estar da pessoa em situação crítica e família, tendo em conta as suas reais e potenciais necessidades. Porém, dado o contexto da atual pandemia por COVID-19, em que a etapa de avaliação da NOC por um painel de peritos foi interrompida, não foi possível a construção da versão 2 da NOC tal como ambicionávamos.

Considerámos, no entanto, que os objetivos a que nos propusemos para este relatório de Estágio foram alcançados, sendo que descrevemos, refletimos e analisámos as atividades desenvolvidas durante a evolução da Estágio enquanto futuros enfermeiros especialistas e mestres em enfermagem da pessoa em situação crítica. Não obstante as dificuldades encontradas ao longo do percurso na elaboração deste trabalho, nomeadamente a de compreensão da temática, sobretudo pela complexidade da mesma, a dificuldade de sistematizar e articular a informação, ou ainda, a de refletir sobre a humanização, acreditámos ter sido capazes de dar resposta aos objetivos inicialmente formulados.

Ao terminar este relatório e refletindo sobre o caminho percorrido, sentimo-nos mais capacitadas para interpretar e resolver situações que surjam em contexto da pessoa em situação crítica, pois o contacto com as diversas experiências, permitiu-nos consolidar as nossas opiniões e atitudes, adicionando mais segurança ao nosso desempenho e desenvolvimento profissional. Este trajeto despertou-nos para a reflexão sobre a prática, baseada em evidência científica, tornando-se alicerce fundamental para o

nosso desenvolvimento e que futuramente nos conduzirão ao grau de perícia. Assim, concluímos que toda esta experiência nos possibilitou ganhos ao nível pessoal e profissional.

No seguimento deste percurso formativo objetivámos contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados na UCI onde o estágio foi realizado, no sentido de implementar estratégias relevantes que proporcionem uma melhoria na qualidade de vida da pessoa crítica e família e potencializem e reconheçam, igualmente, a qualidade dos cuidados prestados e excelência no exercício da profissão. Ambicionámos, igualmente, contribuir para as bases científicas que fundamentam a nossa praxis quer através de ações a desenvolver quer pela investigação a realizar neste âmbito. Por fim, esperamos ter espelhado o trabalho realizado a fim de servir como veículo de avaliação final e conclusão do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa, Portugal.
- Almeida, F. (2011). *A essência do processo de enfermagem*. Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal.
- Alonso-Ovies, Á., & La Calle, G. H. (2016). ICU: a branch of hell?. *Intensive Care Medicine*, 42(4), 591.
- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais*, 67, 19-27.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brouwers, M., Kho, M., Browman, G., Burgers, J., Cluzeau, F., Feder, G., & Zitzelsberger, L. (2009). *Appraisal of guidelines Research & Evaluation – AGREE II*. AGREE Research Trust.
- Cappellini, E., Bambi, S., Lucchini, A., & Milanesio, E. (2014). Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 181-193.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel edições técnicas e Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Craig, J., & Pearson, M. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Diário da Republica n.º 93/1998 1.ª série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Diário da Republica n.º 205/1996 1.ª série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro. Diário da república n.º 178/ 2009 1.ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Despacho de 16 de janeiro. Diário da República n.º 13/1993 II série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República n.º28/2015 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 14799/2012 de 19 de novembro. Diário da República n.º 223/2012 2.ª série. Universidade do Minho. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2003). *Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Acedido a 7 de maio de 2020 em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

Direção Geral da Saúde (n.d.). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Acedido a 7 de junho de 2020 em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt);

Direção Geral de Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa: DGS.

Encarnação, P. (2016). *Sofrimento e Fé em Pessoas com Esclerose Múltipla*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Portugal.

Escudero, D., Vina, L., & Calleja, C. (2014). For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 38(6), 371-375.

Evangelista, V. C., Domingos, T. D. S., Siqueira, F. P. C., & Braga, E. M. (2016). Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1099-1107.

Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures: Lusodidacta.

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine*, 5(3), 101-117.

Guntupalli, K. K., Wachtel, S., Mallampalli, A., & Surani, S. (2014). Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 18(3), 139.

Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20(1), 333.

Hungler, B., Beck, C., & Polit, D. (2001). *Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. (2002). Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 346(8), 549-556.

International Council of Nurses (2006). *Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra: ICN.

Jesus, E., & Sousa, P. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de Saúde – Visão dos enfermeiros. IN Pereira, D.; Nascimento, J.C.; Gomes, R. (2012). *Sistema de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo.

Joven, Z. M., & Parada, S. R. G. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1), 65-74.

Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.

La Calle, G. H., Oviés, Á. A., & Tello, V. G. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive care medicine*, 43(4), 547-549.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 12/93 de 22 de abril. Diário da República n.º 94/1993 1.ª série A. Assembleia da República. Lisboa.

Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. D. (2017). Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040-1047.

Macedo, A. P., Simões, C., Candeias, A., Sousa, M., Hoffmeister, L. V., & Lage, I. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5):826-32.

Manthey, M. (2014). *A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento* (2a ed). São Paulo, Brasil: Atheneu.

Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Garanhani, M. L., Sammi, K. M., & Trevisan, G. S. (2015). Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 20(3).



- Medeiros, A. C. D., Siqueira, H. C. H. D., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. D. S., & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 816-822.
- Michelan, V. C. D. A., & Spiri, W. C. (2018). Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(2), 372-378.
- Mongiovi, V. G., Anjos, R. D. C. C. B. L. D., Soares, S. B. H., & Lago-Falcão, T. M. (2014). Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de enfermagem*, 67(2), 306-311.
- Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. D. O., Batista, J. B. V., & Duarte, M. C. S. (2015). Public humanization policies: integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3231-3242.
- Morton, P., Gallo, B., Hudak, C., & Fontaine, D. (2007). *Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística* (8a ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nunes, L. (2009). *Ética de Enfermagem - Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios Básicos da Arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Ponta Delgada: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ovies, Á. A., & La Calle, G. H. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Medicina intensiva*, 44(2), 122-124.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5a ed.) Porto Alegre: Artmed.

- Potter, P., & Perry, A (2013). *Fundamentos de enfermagem* (8a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (2017). *Medicina Intensiva*. República Portuguesa: saúde.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho . Diário da República n.º 135/2018 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos.*, 15, 2-37.
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar em enfermagem*, 19(1), 31-46.
- Sanches, R. D. C. N., Gerhardt, P. C., da Silva Rêgo, A., Carreira, L., Pupulim, J. S. L., & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(1), 48-54.
- Santos, E. L., de Araújo Dórea, S. N., de Souza, M. D. P. G., Dos Santos, L. K. F., da Silva, M. B., & Moraes, M. G. L. (2018). Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32:e23680.
- Schwanda, M., & Gruber, R. (2018). Extended visitation policy may lower risk for delirium in the intensive care unit. *Evidence-Based Nursing*, 21(3), 80-80.
- Tareco, E. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade do Algarve. Portugal.
- Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171-178.

Turk, D. C. (1993). Assess the person, not just the pain. *Pain clinical updates*, 1(3), 1-4.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5a ed.). Loures: Lusodidacta.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociências.

ANEXOS

## **ANEXO 1**

**Convite para participação em painel de peritos**

## CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PAINEL DE PERITOS

O meu nome é Iolanda Oliveira, Enfermeira e atualmente Mestranda no curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade do Minho. Encontro-me a desenvolver uma Norma de Orientação Clínica (NOC) intitulada “Humanização dos Cuidados numa Unidades de Cuidados Intensivos”, sob a orientação da Professora Doutora Paula Encarnação e da Professora Analisa Candeias.

O desenvolvimento desta NOC tem como objetivo recomendar e orientar atividades fomentadas na humanização dos cuidados, em Unidades de Cuidados Intensivos, através da sua implementação e cuja finalidade é a melhoria da prestação da qualidade dos cuidados, tal como se pretende que seja um estímulo para a formação em competências de humanização por parte dos profissionais de saúde.

O desenvolvimento desta NOC teve em conta os pressupostos do Instrumento AGREE II (2009) - *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument*, cujo objetivo é avaliar a qualidade, transparência e rigor de uma NOC orientando o seu desenvolvimento segundo uma estratégia metodológica.

No sentido de avaliar em termos de clareza, conteúdo e aplicabilidade desta NOC, gostaria de o convidar para se constituir elemento integrante do painel de peritos, tendo em conta o documento de avaliação da mesma que segue em anexo.

Desde já agradeço a atenção e disponibilidade, reiterando o desejo de uma resposta positiva a este pedido,

Atenciosamente,

Iolanda Oliveira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANEXO 2

Avaliação da Norma de Orientação Clínica – “Humanização dos Cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos”

## **AVALIAÇÃO DA NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA – “HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”**

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário com a finalidade de avaliar a Norma de Orientação Clínica intitulada “Humanização dos Cuidados numa Unidades de Cuidados Intensivos”, em termos de clareza, conteúdo e aplicabilidade. O seu preenchimento é facultativo e anónimo. Em anexo pode consultar a Norma.

**1- O objetivo da Norma é claro?**

Sim

Não

**2- A Norma é relevante para a humanização dos cuidados numa UCI?**

Muito Relevante

Pouco Relevante

Nada Relevante

**3- A aplicabilidade da norma requer reorganização do serviço na prática clínica?**

Sim

Não

**4- Relativamente às recomendações da NOC acima descritas, o que julga ser necessário para que sejam aplicáveis no seu serviço?**

Nada. O meu serviço possui todas as condições

Recursos Humanos

Aquisição de material

Mais envolvimento da equipa

Realização de mais auditorias



Mais formação na área

Outros

5- **Concorda com o conteúdo das recomendações?**

Sim

Não

6- **As recomendações possuem um suporte teórico relevante e adequado?**

Sim

Não

7- **Comentários ou sugestões sobre a NOC.**