



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ANO LETIVO 2020/2021

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Sérgio Cristiano Langer

Leiria, Março de 2022

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ANO LETIVO 2020/2021

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA PARA  
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA  
EM SITUAÇÃO CRÍTICA

SÉRGIO CRISTIANO LANGER, Nº 5190761

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com  
relatório

**Orientadora:** Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, Março de 2022

*“Ensina-nos a contar os nossos dias para que o nosso coração alcance sabedoria.”*  
*Salmo 90:12*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de endereçar os meus sinceros agradecimentos a um grupo de pessoas que foram fundamentais para a conclusão desta caminhada. Mas não antes de reconhecer que sem Deus e sua misericórdia eu não chegaria ao final desta etapa.

Na sua palavra está escrito *"Eu sou a videira; vocês são os ramos. Se alguém permanecer em mim e eu nele, esse dará muito fruto; pois sem mim vocês não podem fazer coisa alguma"*.(João 15:5).

A minha querida e corajosa esposa Daniela que encarou desde o começo o desafio de imigrar para um novo País e encarar mudanças desafiadoras em sua rotina de vida e trabalho, aos meus filhos pelo carinho e apoio.

Aos meus pais e sogros, por amigos e companheiros que fiz cá em Portugal, colegas que demonstraram compreensão e auxílio em momentos de necessidade.

A todos os professores em especial à coordenadora Doutora Maria dos Anjos Dixe que elucidou inúmeras dúvidas e com muita paciência motivou a continuação da minha caminhada, não posso deixar de destacar o apoio motivador e encorajador da professora Carla Damásio.

Às equipas dos serviços onde foram realizados os Ensinos Clínicos, particularmente aos enfermeiros orientadores , Antonio Costa, Teresa Peralta, Lioneta Silva, Cristiana Cardoso e João Paulo Serafim Carvalho.

Não poderia deixar de agradecer ao colega de curso e também coordenador de turma que estendeu suas obrigações além do que era lhe incumbida, ao colega enfermeiro e futuro mestre Luis Felipe o meu muito obrigado.

E por fim, ao Instituto Politécnico de Leiria, que aceitou minha candidatura dando-me uma oportunidade de uma qualificação internacional através de um ensino de qualidade.

## RESUMO

O desenvolvimento do presente relatório constitui-se integrado ao curso de Mestrado de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica 2020/2021, corresponde à última etapa do processo teórico de aprendizagem sendo constituído por duas partes distintas. Tem como propósito principal detalhar e demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Portugal na área da pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento da primeira etapa objectiva realizar a análise crítica e reflexiva de todas as etapas do percurso prático desenvolvido nos campos de estágio durante os ensinamentos clínicos.

Na segunda etapa deste relatório encontra-se o trabalho de Revisão Sistemática da Literatura. Os ambientes de trabalho são hoje apontados como sendo grandes responsáveis pela retenção de enfermeiros e pela satisfação profissional. Para incluir as características interventivas do enfermeiro especialista a revisão procurou responder a seguinte questão: *A influência dos estilos de liderança no ambiente de trabalho de enfermagem?* Após a finalização da revisão foi possível concluir que determinados estilos de liderança influenciam ambientes de trabalho mas também são responsáveis pela diminuição de rotatividade dos enfermeiros, criam ambientes saudáveis, optimizam cuidados de qualidade o que impacta directamente no atendimento ao doente em cuidados críticos.

**Palavras chave:** : Enfermeiro Especialista, Doente crítico, Competências, Ambientes de trabalho.

## ABSTRACT

The development of this report is integrated into the Master's Degree in Nursing the Person in Critical Situation 2020/2021, it corresponds to the last stage of the theoretical learning process, consisting of two distinct parts. Its main purpose is to detail and demonstrate the acquisition and development of common and specific skills of the specialist nurse in Portugal in the area of the person in critical situation.

The development of the first stage aims to carry out a critical and reflective analysis of all stages of the practical path developed in the internship fields during clinical teaching.

In the second stage of this report is the work of Systematic Literature Review. Work environments are now considered to be largely responsible for the retention of nurses and job satisfaction. To include the interventional characteristics of specialist nurses, the review sought to answer the following question: The influence of leadership styles in the nursing work environment? After completing the review, it was possible to conclude that certain leadership styles influence work environments but are also responsible for reducing nurses' turnover, creating healthy environments, optimizing quality care, which directly impacts patient care in critical care.

**Keywords:** Specialist Nurse, Critical patient, Skills, Work environments.

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHL- Centro Hospitalar de Leiria

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EC- Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EPI- Equipamento de proteção Individual

FA - Fibrilhação atrial

FV - Fibrilhação Ventricular

HSA - Hospital Santo André

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ITUs- Infecções de trato Urinário

INEM – Instituto Nacional de Emergências Médicas

IPL- Instituto Politécnico de Leiria

LASA- *Look, Alike, Sound, Alike*

MEPSC - Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE- Prática Baseada em Evidência

PEE- Plano de Emergência Externo

PIA- Pressão Intra-abdominal

PCR - Paragem cardiorespiratória

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SUG- Serviço de Urgência Geral

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

START - Simple Triage and Rapid Treatment

WHO - *World Health Organization*

WSACS - *World Society of the Abdominal Compartment Syndrome*

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíaco

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>xi</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I - ANÁLISE CRÍTICA-REFLEXIVA DAS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS DURANTE OS ENSINOS CLÍNICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO .....</b>	<b>15</b>
1.1.ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	16
1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	18
1.3. ENSINO CLÍNICO III – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA.....	20
<b>2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>22</b>
2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	22
2.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE.....	26
2.1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS .....	32
2.1.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	37
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	42
2.2.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA .....	42
2.2.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	49
2.2.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	54
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>PARTE II- INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>1.METODOLOGIA.....</b>	<b>77</b>

1.1 OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	77
1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	78
1.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA E LOCALIZAÇÃO .....	79
1.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS.....	79
1.5 EXTRAÇÃO DE DADOS .....	81
<b>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
<b>DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>xcvii</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>xcvii</b>
<b>APÊNDICE I - HISTÓRICO DE PESQUISA DE TODAS AS BASES DE DADOS .....</b>	<b>cii</b>
<b>APÊNDICÊ II.....</b>	<b>cvii</b>
<b>AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS.....</b>	<b>cvii</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Diagrama PRISMA de seleção dos estudos, adaptado de Moher et al.,2009.....86

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Descrição dos dados obtidos nos estudos através da metodologia PI(C)OS.....89

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do relatório final de estágio assim como a componente de investigação surgem como componente obrigatório exigido para obtenção de grau de mestre, integrado ao 2º ano do ciclo de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMC- EPSC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

Segundo o artigo Nº 23 do despacho de Nº 9128/2012:

“O grau de mestre é conferido aos que, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e da aprovação no acto público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos fixado”.

O início de minha trajetória profissional teve início no Brasil onde após a formação concluída em 2012 pude iniciar as actividades prestando cuidados a pacientes críticos numa unidade de cuidados intensivos. Tendo havido necessidade de aprimorar os meus conhecimentos na área finalizo no ano de 2016 um curso de pós-graduação da área de unidade de cuidados críticos e cardiologia, no entanto, após alguns anos e novos desafios ligados a necessidades formativas surgem oportunidades de ampliar os conhecimentos através de um curso cuja proposta curricular encontrava-se alinhada aos desejos e anseios profissionais. O curso MEMC- EPSC foi a solução encontrada para actualizar os meus conhecimentos e desenvolver novas habilidades e competências. Emergir em uma nova cultura, compreender a dinâmica e o funcionamento de instalações num país diferente, ponderar e equiparar contextos profissionais foi essencial para que os anseios formativos fossem supridos.

Saliento também nesta etapa introdutória os enormes desafios produzidos pelo contexto pandêmico que foi vivido em todo o mundo e que veio influenciar o contexto de desenvolvimento de todas as etapas do EC. Destaco principalmente as mudanças ocorridas no método de ensino presencial para *online*, as exigências relacionadas com mudanças estruturais nos locais de ensino, a dinâmica exigida pelos profissionais enfermeiros para suprir as necessidades formativa dos alunos e ainda sim se manterem motivados para o trabalho, e por

fim as inúmeras interrupções no cronograma lectivo. Sem dúvida a pandemia COVID-19 levantou novos desafios que não imaginava antes do ingresso ao curso MEPSC.

Este relatório está estruturado de forma a descrever as competências comuns e as específicas adquiridas e desenvolvidas na prática da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com vista a alcançar as competências de Mestre através da descrição e análise crítico-reflexiva.

O relatório encontra-se dividido em duas partes essenciais. A primeira parte é constituída e pormenorizada pela caracterização dos locais do ensino clínico, ou seja, pelo Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do CHL e Serviço de Cardiologia também pelo CHL e por fim pelas especificidades que constituem as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Como guias orientadores nesta primeira etapa foi utilizado o Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018.

A segunda parte foi realizada através de um trabalho de investigação por meio de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) acerca da Influência dos estilos de liderança de enfermagem em cuidados críticos no tipo de ambiente de trabalho tendo o interesse pelo desenvolvimento dessa linha de investigação ocorrido após uma aula ministrada pelo professor Jorge Ribeiro na aula de Gestão em Enfermagem e pelo método para avaliação curricular da mesma UC onde desenvolvi uma revisão integrativa da literatura subordinada ao tema *existe relação entre ambientes de trabalho e o turnover dos enfermeiros?* Foi neste momento que percebi o quanto o tema é relevante e de que forma pode impactar nos objectivos propostos aos pacientes, atrelado ao contexto de estilos de lideranças em enfermagem tendo esta sido a motivação necessária para percorrer as etapas até o desenvolvimento completo da RSL.

Ambientes de trabalho não favoráveis a prática resulta em menor satisfação profissional, maior intenção de deixar a profissão, baixa qualidade nos serviços de enfermagem além de gerarem prejuízos financeiros de grande escala. A retenção dos enfermeiros está intrinsecamente ligada a ambientes de trabalho saudáveis. Acções e medidas para melhoria dos ambientes nem sempre se associam a salários, as medidas em muitos casos apresentam-se economicamente viáveis e

de fácil implementação sendo alguns exemplos, a participação dos enfermeiros em tomadas de decisão, relacionamento com equipa multidisciplinar, reconhecimento e melhora na comunicação.

Os gestores de enfermagem possuem funções fundamentais sendo capazes de manter ambientes de trabalho saudáveis. A liderança autêntica foi apontada em vários estudos como responsável pela manutenção dos ambientes e como modelo a ser seguido (Ylitörmänen, Turunen, Mikkonen, & Kvist, 2019).

Garantir uma melhor compreensão de como melhorar o ambiente de trabalho do enfermeiro resultam em aumento da retenção de enfermeiros e melhores resultados para os utentes. Melhorar o ambiente de trabalho do enfermeiro pode servir como uma intervenção econômica para diminuir a rotatividade de enfermeiros e melhorar os resultados dos utentes e enfermeiros (Smith, 2018).

A elaboração deste relatório tem por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e a RSL traz como objectivo central compreender a influência que determinados estilos de liderança em enfermagem tem no tipo de ambiente de trabalho.

## PARTE I – ANÁLISE CRÍTICA-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DURANTE OS ENSINOS CLÍNICOS

Segundo Simões, Alarcão e Costa (2008) “O ensino clínico surge como um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrado na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual”(p. 93).

Um dos grandes desafios pelos quais os profissionais se deparam no seu dia- a-dia é aplicar o conhecimento na prática, compreender que problemas de prática não podem ser meramente solucionados através da análise de dados, mas sim, por meio da vivência reais de contextos que estão em constantes mudanças a envolver instabilidades, singularidade e dilemas éticos de conflito, sendo que os problemas reais irão configurar aprendizagens ao aluno impossíveis de serem adquiridas apenas em contextos de sala de aula, desta forma a teoria e a prática devem andar lado a lado do conhecimento e ação (Stivers & Schmidt, 2000).

A etapa subsequente deste relatório trará o enquadramento dos locais de ensino clínico seguindo-se então a análise crítico-reflexiva com fundamentação científica e as vivências e actividades desenvolvidas durante o EC associando as competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica (EEEMCPSC).

### 1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos com o objectivo de cumprir a componente prática inerente a esse mestrado e foram realizados nos seguintes serviços: Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André, no período de 06 de fevereiro a 18 de outubro de 2020, Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André, no período de 31 de maio a 26 de julho de 2021 e Serviço de Cardiologia Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André, no período de 06 de setembro de 2021 a 25 de outubro de 2021.

## 1.1 ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O SUG do CHL tem como principal missão principal prestar cuidados de saúde técnicos e humanos, assegurar o suporte das funções vitais, cuja falência, reversível, ameaça a curto prazo a vida do utente, a proporcionar intervenção contínua ao utente em estado crítico (com problemas de vida ou morte potenciais ou reais) a fim de evitar complicações e restaurar a saúde, assegurar cuidados de saúde específicos e contínuos, a fim de normalizar as funções vitais de um doente em perigo de vida, prevenir a morte quando a mesma é evitável, acompanhar a evolução das funções vitais e, quando necessário, estabelecer medidas para mantê-las artificialmente. É um sector autónomo, dotada de meios materiais, recursos humanos e técnicos que permitem o seu funcionamento com a finalidade de garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência e emergência durante 24h por dia, todos os dias do ano a doentes maiores de 18 anos.

O Centro Hospitalar de Leiria (CHL) abrange um total de 14 conselhos sendo eles, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrogão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, Ourém e parte dos conselhos de Alcobaça e Soure, o que abrange uma população de aproximadamente 400.000 habitantes.

O SUG está localizado no piso 01 da torre nascente do Hospitalar de Santo André - Leiria sendo seu acesso dos utentes ao Serviço de Urgência contempla três entradas, ou seja, de doentes em ambulatório, de doentes em maca pela área de triagem e entrada directa para a sala de emergência. Após a triagem do utente procede-se ao seu encaminhamento de acordo com o fluxograma e prioridades atribuídas.

A primeira abordagem ao utente ocorre através do método de Triagem de Manchester, com dois postos de triagem: área verde (paciente triado como verde- pulseira verde), área amarela (paciente triado como amarelo- pulseira amarela), área laranja (paciente triado como laranja- pulseira laranja), área vermelha (paciente triado como vermelho- pulseira vermelha); área roxa (orto trauma com especialidade de ortopedia e cirurgia). Cada uma dessas áreas é organizadas em sistema “*open space*”, havendo uma ilha central onde estão os computadores para registos, os carrinhos e armários devidamente equipados com medicamentos e materiais e em volta as unidades do doente, onde ficam as macas dos doentes e uma área para cadeirões. O Sistema de

Triagem de Manchester também compõe 4 vias verdes: AVC (acidente vascular cerebral) , Coronária, Trauma e Sepsis; funcionando como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado das doenças apresentadas, sendo activada consoante critérios pré estabelecidos. Este método é realizado por um enfermeiro, através do sistema informático, num dos gabinetes destinados para o efeito.

O SUG conta com o total de 93 enfermeiros ativos, que os cuidados aos Utentes nas 24 horas do dia em 3 turnos, e distribuídos por 5 áreas funcionais, sendo elas orto trauma, emergência, laranja, amarela e verde, os horários dos enfermeiros são realizados em de forma rotativa e conforme a orgânica funcional do SUG, sendo distribuídos 13 enfermeiros por cada turno, incluído o enfermeiro coordenador. O número de enfermeiros atribuído a cada posto de trabalho permanece sempre igual, independentemente da época do ano e do fluxo de atendimentos. No SUG exercem funções 38 categoria de assistentes operacionais e 12 assistentes técnicos.

A área verde 1 tem a capacidade, em condições ideais, para o tratamento e observação de 13 doentes em maca e 5 em cadeirão. Nessa área são escalados 2 enfermeiros para a prestação de cuidados. A área amarela conta com 4 enfermeiros atribuídos para os turnos da manhã e tarde e 3 enfermeiros para o turno da noite, tendo a capacidade para a prestação de cuidados de 23 doentes em maca e 14 em cadeirão. Na área laranja são prestados cuidados e atendimento a 14 pacientes em maca e 08 em cadeirão, sendo atribuídos 4 enfermeiros para o turno da manhã e 3 para o turno da noite. A área vermelha (emergência) tem capacidade para o atendimento de 5 emergências em simultâneo, em unidades do doente individuais, totalmente equipadas. Para essa área é atribuído 1 enfermeiro. A área de orto trauma (área roxa) possui as especialidades de ortopedia e cirurgia e está dividida em 4 salas, sem permanência de doentes. Nessa área está atribuído 1 enfermeiro por turno.

O processo do doente é todo informatizado, sendo utilizado o programa “SCLínico”, que durante o EC pode explorar e perceber que permite o registo da actividade clínica relacionada com cada episódio de urgência, agilizando o fluxo de informação entre os diversos profissionais de saúde, além de disponibilizar, através da interligação ao programa “SCLínico”, o historial clínico do doente. Sistemas informáticos no sector de saúde são tendências mundiais cada vez mais frequentes, sendo que o sucesso de nossa profissão quanto a informatização depende da preparação dos enfermeiros para estas funções. Os sistemas informáticos GHAF (Gestão

Hospitalar de Armazém e Farmácia) e o Modulab onde pedidos de exames são requisitados e analisados.

O acompanhamento familiar é realizado durante 15 minutos, 3 vezes ao dia, sendo esses as 12h, 18h e 22h. A permanência de um enfermeiro ocorre 16 horas por dia, sendo este responsável pela coordenação a entrada de visitas nas diversas salas e áreas da urgência. Está estipulado 4 horários de visitas de 15 minutos. É fornecida ao principal acompanhante 1 pulseira, que permite entrar livremente nos horários de visitas estabelecidos. No entanto, no artigo 2.º da Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, da assembleia da república, está expresso que “todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço”. Apesar do não cumprimento de lei na íntegra da lei supra citada concordo do facto de como o sector estabelece suas rotinas (Lei nº15/2014 de 21 de março, 2014).

## 1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O serviço da medicina intensiva do hospital, situado no 5 piso desta instituição, é um serviço de atendimento permanente com capacidade de atendimento de 13 utentes sendo que quatro e três são de isolamento, com possibilidade de utilização de pressão positiva ou negativa, três destinados a pacientes com complexidade nível II e o restante dos leitos destinados a utentes de nível III (ACSS, 2013).

Os cuidados, são prestados por uma equipa interdisciplinar que possui um corpo próprio, que inclui enfermeiros especialistas e generalistas, médicos anestesiologistas, administrativa, assistentes operacionais, entre outros.

As admissões ocorrem mediante uma avaliação prévia da equipa médica juntamente com o enfermeiro, sendo realizado um planeamento prévio tendo presente a melhor localização do utente dentro da unidade, equipamentos e materiais necessários para intervenções, diagnóstico e prognósticos além de pormenores que promovam a antecipação de intercorrências negativas e agilização das necessidades do utente de forma breve e segura. O doente é sempre acompanhado por enfermeiro, médico e assistente operacional, sendo transportado na cama/maca do serviço de origem até à entrada do SMI, onde já tem à sua espera a cama da unidade que vai ocupar. As ocupações ocorrem comumente do serviço de urgência ou do bloco

operatório autorizadas primeiramente com médico intensivista em acordo com a equipa de enfermagem.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de 35 enfermeiros, uma enfermeira chefe (especialista em enfermagem médico-cirúrgica), 4 enfermeiros especialistas em reabilitação e 30 enfermeiros generalistas.

Recorrendo ao cálculo proposto pela fórmula destacada no regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro a considerar o rácio de 01 enfermeiro para dois doentes foi obtida o número de 34 enfermeiros, cumprindo desta forma a dotação segura proposta pela Ordem dos Enfermeiros. A prestação de cuidados assegurada pelos enfermeiros generalistas é feita com a distribuição de 05 enfermeiros por cada turno com um rácio máximo de 2 doentes por enfermeiro, sendo cumprida as orientações para dotações seguras (Clendon & Walker, 2013).

O CHL possui uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEM) constituída por um enfermeiro e um médico com objectivo de trazer respostas a emergências ocorridas dentro das próprias instalações, os serviços são acionados mediante a paragem cardiorrespiratória, comprometimento em vias aéreas, situações de instabilidades agudas sendo necessária rápida intervenção como por exemplo, crise convulsiva, perda de consciência entre outros.

A característica arquitetónica do SMI do CHL é foi criada com característica *open space*. Trata-se de uma unidade que é composta de um sistema de movimentação a base de carris fixos no teto denominado *Maxi-Sky®* o que facilita a manipulação do utente de forma facilitada além de abordagens mais rápidas e precisas.

A parte documental bem como os registos envolvendo os planos de trabalho e toda a evolução dos cuidados é realizada através do sistema informático *B-Simple®*, é através deste software onde o processo de enfermagem é realizado por meio da linguagem CIPE, além disso é possível a consulta de tabelas terapêuticas processos de trabalho anteriores, detalhamentos incluindo os registos pormenorizados de matérias, por exemplo seringas, bombas infusoras, avaliações multiparametros dos monitores entre outras particularidades.

Antes do período de mudanças ocorridas pela pandemia COVID-19 havia dois períodos do dia, às 15h30 e às 19h30, reservado a visita dos familiares, no entanto, após uma série de alterações no funcionamento da unidade, as visitas passaram a ocorrer uma única vez na

semana, sendo autorizado a entrada de apenas um familiar, apesar disso o contacto com os familiares sempre foi mantido através de ligações telefónicas ou até mesmo vídeo chamadas com *tablet*, fornecido pelo próprio CHL .

Através desse momento das mudanças ocorridas no horário de funcionamento das unidades, foi possível compreender a importância dos enfermeiros na comunicação social junto dos familiares, o elo de ligação entre os familiares e os utentes é mantido mediante ao fornecimento de um conjunto de informações. Este é mais um exemplo de algumas capacidades que os enfermeiros desenvolvem na profissão que não são realizadas directamente junto aos utentes mas que não diminuem em nada a sua verdadeira importância.

Além de algumas alterações de funcionamento, destaco a importância dos quatro quartos de isolamento que mantiveram-se sempre com sua lotação máxima durante o período pandémico. Com certeza a disponibilidade de quatro quartos com estrutura para pressão negativa e positiva foi primordial para a recuperação de muitos utentes, além disso recursos tecnológicos internos como por exemplo equipamentos de hemodiálise, serviços de imagem diagnóstica não só agilizam a recuperação, mas também evitam deslocamentos dos utentes a outras unidades.

### 1.3. ENSINO CLÍNICO III – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

O serviço de Cardiologia do CHL possui como missão o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doentes com doença cardíaca suspeita ou confirmada., situado no 5º do Hospital Santo André (HSA), é um serviço de atendimento permanente com capacidade de atendimento de 20 utentes sendo que 5 leitos são destinados a área de cuidados intensivos cardiológicos, 15 leitos estão destinados à área de enfermagem hospitalar cardiológica.

As 5 camas da UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos) recebem doentes agudos de foro cardiológico, os quais, pela situação clínica que apresentam, requerem monitorização contínua e intervenção terapêutica avançada. Nesta área são ainda admitidos os doentes após procedimentos de alto risco, designadamente angioplastia coronária ou carotídea.

É uma unidade com característica de complexidade Nível III, que por definição está vocacionado para o doente cardíaco agudo, em particular para a abordagem das situações que envolvem a doença cardíaca isquémica (enfarte do miocárdio) e a insuficiência cardíaca aguda.

Os cuidados, são prestados por uma equipa interdisciplinar que possui um corpo próprio, inclui 15 enfermeiros, 9 médicos, 4 médicos com colaboração externa responsáveis por procedimentos de urgência provenientes das áreas de urgência ou via verde, 4 técnicos de cardiopneumologia e 12 assistentes operacionais.

As admissões são provenientes do Serviço de Urgência, bem como doentes programados para a realização de procedimentos invasivos, referenciados pela consulta externa. O serviço recebe ainda doentes referenciados pelos cardiologistas privados que trabalham na área de influência do centro hospitalar, para realização de exames ou intervenção terapêutica diferenciada.

A UHICV(Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular) é uma área com capacidade para realização de cateterismo cardíaco diagnóstico e de intervenção terapêutica endovascular, coronária, carotídea, renal e membros. Nesta área procede-se também à implantação de dispositivos de estimulação elétrica (pace-maker) temporária ou definitiva. A UHICV encontra-se equipada com equipamento de angiografia de última geração, bem como dispõe de equipamentos para estudo funcional coronário (*Fractional Flow Reserve*), ultrasonografia intra-coronária (IVUS). A unidade está ainda equipada com equipamentos de suporte vital, incluindo ventilação invasiva e contra-pulsção aórtica.

Segundo dados do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) mais de 657 pessoas foram vítimas de enfarte agudo do miocárdio em 2016 sendo estas atendidas através do encaminhamento da via verde coronária. Através da via verde coronária é possível tratamentos mais rápidos e eficazes sendo assim de suma importância crucial a existência de unidades com a capacidade tecnológica e estrutural que dê resposta as necessidades emergentes de cada utente, no caso unidades de cuidados intensivos cardiológicos e salas de hemodinâmica (SNS, 2017).

## 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) serão explanadas no capítulo a seguir de forma crítica e reflexiva com vistas a salientar experiências e articular as vivências mais marcantes em contexto de aprendizagem.

Os domínios das competências comuns do EE que fará parte integrante deste relatório será a Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### 2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Durante as minhas práticas diárias desenvolvi as competências objectivando tomadas de decisão baseadas em valores éticos e deontológicos, mesmo perante a multiplicidade de doentes tentando sempre respeitar a individualidade de cada indivíduo. Segundo código deontológico de enfermagem, existem princípios orientadores da actividade dos enfermeiros tais como a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Quanto ao envolvimento e participação no processo de tomada de decisão pela equipa multidisciplinar pude compreender o contexto de alguns dilemas éticos vividos pelos enfermeiros, como por exemplo a actuação do enfermeiro perante o ato de não reanimar, as necessidades burocráticas e documentais que exigem actualização diária, e o consenso que deve existir com a família (Nunes, 2015).

Foi possível contribuir para o bem-estar de uma utente nos seus últimos momentos de vida através da promoção do bem-estar, apesar da utente ser enquadrada dentro das perspectivas de não reanimação, não deixou de ser assistida, ter as medicações para analgesia ou receber toda a assistência de sua particularidade. Somos confrontados, diariamente, com questões éticas como a privacidade do doente e a confidencialidade, assim como o respeito do doente à escolha

e autodeterminação. No que diz respeito à privacidade do cliente, este tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato de enfermagem (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo o REPE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 107.º, do dever pela intimidade, o enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”. Concernente ao direito à privacidade física no âmbito da saúde, recordamos a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90) na Base XIV, nº 1, alínea c, sendo direito dos utentes: “Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito.”

Devido a uma elevada afluência de utentes, muitos espaços encontram-se despersonalizados e partilhados por uma multiplicidade de pessoas simultaneamente, onde atender à privacidade dos clientes torna-se um verdadeiro desafio. A sobrelotação dos espaços obriga os profissionais a utilizarem uma enorme capacidade de criatividade, flexibilidade e postura. Para que a dignidade dos utentes no que diz respeito ao seu direito de privacidade fossem respeitadas foi necessário recorrer a biombos e cortinas extras para alguns procedimentos, reposicionamento de macas dentro de espaços, articulação e técnicas de negociação junto aos utentes, capacidade de empatia, uso correcto de tom de voz e uma atenção redobrada em procedimentos invasivos.

O EC no SMI, foi desafiador a outros pontos específicos que promoveram a exploração de outra reflexão a respeito das competências comuns do enfermeiro especialista sobre a responsabilidade profissional, Ética e Legal.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) os cuidados paliativos são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar sofrimento grave, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global. Assim, se a causa do sofrimento é doença cardiovascular, cancro, falência de órgãos importantes, tuberculose resistente a medicamentos, queimaduras graves, doença crónica em estágio final, trauma agudo, prematuridade extrema do nascimento ou fragilidade extrema da velhice, cuidados paliativos podem ser necessários e deve estar disponível em todos os níveis de atenção (World Health Organization, n.d.).

O artigo 87º do código deontológico dos enfermeiros em Portugal apresenta como um dos deveres a importância do respeito ao doente terminal, não só de manifestações realizadas pelo doente mas também as da família ou pessoas que lhe sejam próximas, sendo que muitas vezes

sentimentos de raiva, choro, revolta e desespero venham a estar presentes (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No 3º dia de vivências clínicas deparei-me com o caso de um utente jovem, vítima de uma paragem cardiorespiratória de mais de 20 minutos, tendo um prognóstico reservado após exames diagnósticos. Ao analisar o caso deparei-me com dilemas éticos que me permitiram algumas reflexões. Pude acompanhar o drama familiar ao receber a notícia, suas reacções, a maneira como não perderam as esperanças apesar dos esclarecimentos realizados pela equipa e o tratamento ao utente durante o internamento. Em minha conceção a equipa sempre atentou-se para promover a qualidade de vida do utente. Houve um rigoroso controle da dor, medicalização do utente durante o desenvolvimento de mioclonias, intervenções preventivas para o desenvolvimento de úlceras por pressão e o devido referenciamento para uma rede de apoio para doentes de cuidados paliativos situada em Alcobaça.

A OMS adverte que a necessidade de cuidados paliativos continuará a crescer devido a alguns factores como o envelhecimento da população e o aumento de doenças transmissíveis sendo que cuidados paliativos precoces diminuem o uso dos serviços de saúde, além disso melhoram a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias (World Health Organization, s.d.-b).

Este ponto o EC permitiu-me refletir a respeito de respeito de pontos específicos envolvendo as competências do enfermeiro especialista. A primeira reflexão diz respeito a importância de seleccionarmos as respostas mais apropriadas aos familiares envolvidos no processo, a segunda é que as respostas necessitam estar apoiadas na observância de documentos reguladores como no caso o código deontológico dos enfermeiros que deixa bem claro direitos e deveres e por último que devemos abster-nos de nossos próprios valores e julgamentos, para que os direitos tanto do utente como dos familiares sejam salvaguardados.

Creio que o princípio norteador de toda ação de um enfermeiro deva ser reconhecer e zelar pelos direitos que esta pessoa possui, é fundamental compreender que o respeito pelo utente através de um atendimento individualizado e humanizado, acesso a informações seguras e coerentes, usar recursos que promovam a autonomia e a segurança durante o período de internamento, são ferramentas excessivas para manter os direitos e a dignidade dos utentes.

Durante o percurso da realização dos ensinamentos clínicos pude deparar-me com situações quotidianas que possibilitam a reflexão sobre a importância na fundamentação deontológica do

enfermeiro em Portugal, pois é através da obediência a alguns princípios e valores que damos valor moral e a determinadas ações. Segundo o artigo 84º do código deontológico de enfermagem, o dever de informar consiste em atender com responsabilidade e cuidado todo pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo a também de fornecer acesso a recursos e a forma de obtê-los (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Uma das formas de promover o acesso à informação e promover a autonomia dos utentes ocorre através da concessão do documento de consentimento livre e esclarecido. Em regra durante a realização dos estágios clínicos observei que todas as pessoas são devidamente informadas sobre o objectivo e a natureza das intervenções as quais são submetidas, bem como dos potenciais riscos e benefícios a sua saúde.

Outra forma de promover o dever de informar de forma correcta é através de uma análise coerente sobre as capacidades de assimilação do utente em com relação a informação fornecida, o princípio do privilégio terapêutico responsabiliza-nos a fornecer informações precisas e verdadeiras mas não antes de compreender que estas informações estarão a acarretar mais benefícios do que malefícios ao utente. Em situações de saúde, os princípios éticos muitas vezes são prioridades concorrentes, o que dá origem ao que podemos chamar de dilema, estes dilemas são vividos por muitos enfermeiros, em muitas ocasiões estes profissionais encontram sustentação no que podemos chamar de padrões de decisão, estes padrões são fundamentais para que haja a maior fidelidade ética possível (Rainer, Schneider & Lorenz, 2018).

Num momento específico da vivência clínica na UCIC fui confrontado por uma questão ética que resultou na reflexão e posicionamento quanto à comunicação. Um utente jovem que estava no serviço devido a um quadro de miocardiopatia secundária à vacina Covid 19 demonstrava diariamente comportamentos de revolta através de discurso suicida e negativista. Como o utente estava em fase final de tratamento foi autorizado tomar banho (na casa de banho), no entanto deixar o utente sozinho poderia acarretar comportamentos indesejados e tentativas facilitadas de suicídio ou automutilação, ao avaliar os direitos de privacidade e autonomia por parte do utente permitiu-se a ida a casa de banho, contudo foi necessário uma articulação entre a equipa para que ao mesmo tempo uma supervisão parcial fosse realizada, sem gerar constrangimentos ou percepções indevidas por parte do utente, esta situação permitiu

não somente a reflexão de dilemas envolvendo direitos e deveres, mas também uma organização para que a dignidade do utente fosse mantida e a segurança do mesmo fosse salvaguardada.

### 2.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

De acordo com o Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho, os códigos deontológicos defendem a qualidade dos cuidados prestados, impondo um cuidado de permanente actualização da cultura científica e da preparação técnica, para que os profissionais de saúde se obriguem à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correção, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde e suavizar o sofrimento, no pleno respeito pela dignidade da pessoa (Saúde, 2015a).

O CHL(Centro Hospitalar de Leiria) é acreditado pela *Joint Comission International* desde o ano de 2012 a implementação da política de Gestão da Qualidade e Segurança do Utente, e que por isso, apresenta padrões de qualidade definidos e operacionalizados através de protocolos transversais na instituição. Através de pesquisas desenvolvidas através do próprio website institucional tive a oportunidade de compreender alguns objectivos organizacionais para melhoria da qualidade e segurança do doente.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem como prioridades estratégicas de actuação a abordagem nas intervenções locais, a melhoria da qualidade organizacional e clínica, o aumento da adesão às normas de orientação clínica, a monitorização permanente da qualidade e da segurança, a divulgação de dados de desempenho, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, a informação transparente aos cidadãos e o aumento da sua capacitação (Saúde, 2015b).

O CHL dispõe de um Gabinete de Gestão do Risco Clínico que promove uma abordagem sistemática à gestão do risco na instituição tendo como objectivos, analisar os eventos ocorridos, definir a sua gravidade, avaliar as circunstâncias que levaram ao erro e propondo medidas corretivas/preventivas, elaborar recomendações para a minimização do risco, propor a revisão de procedimentos existentes de modo a obter uma prática segura, monitorizar a implementação das medidas corretivas/preventivas nos serviços onde ocorreu o evento, elaborar e divulgar relatórios semestrais dos eventos ocorridos.

No desenvolvimento diário de minhas actividades no SUG, recorri as normas e condutas pré definidas e padronizadas visando atendimentos com qualidade. Pude presenciar as trocas de turnos, situações de transferências e encaminhamentos para exames e compreender a real importância de uma comunicação eficaz. Além disso quando solicitado assegurei-me quanto a registros fidedignos, precisos e detalhados.

Como refere Saúde (2015) :

“comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferência ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente” (Saúde, 2015,p. 3881).

Outra forma de associar a melhoria da qualidade ao EC foi através da observação da garantia de como é feito o calculo de dotações seguras em enfermagem. Segundo Regulamento (nº 743/2019, de 25 de Setembro) “é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência”(p.184).

No SUG a divisão dos enfermeiros encontra-se realizada em seis equipas, sendo que durante os turnos da manhã tarde, o número de enfermeiros varia entre 13 a 16 profissionais, e a noite o número permanece fixo com 13 enfermeiros a actuar. Sendo que nos dias de EC o número de profissionais somava um total de 93 enfermeiros e a necessidade real pelos cálculos remetia-se a 100 elementos é evidente que um número a mais de 07 profissionais a menos do que o preconizado impacta directamente na dinâmica da unidade, principalmente na afluência dos utentes e no ambiente de trabalho.

No estudo desenvolvido por Sillero e Zabalegui (2020) ,20% das enfermeiras tinham intenção de abandonar o trabalho, sendo o ambiente laboral, a insatisfação laboral e a exaustão emocional das enfermeiras eram os principais factores preditivos, concordando com estudos europeus realizados anteriormente (Sillero & Zabalegui, 2020).

No serviço de Urgência, os projectos de qualidade estão concentrados na prevenção de riscos associados a quedas, erros de medicação e monitorização de escala de dor . Segundo a OMS as quedas são definidas como eventos caracterizados pela descida abrupta do corpo para um nível inferior ao que se encontra, como solo ou pavimento. Podem decorrer de factores intrínsecos e extrínsecos vindo a gerar consequências fisiológicas, sociais e psicológicas além dos custos materiais e profissionais como por exemplo aumento no tempo de internamento (Sousa & Mendes, 2014).

Baseado em possíveis consequências relacionadas com as quedas, durante meus estágios revisei as medicações associadas a risco de quedas, mantive as grades elevadas, acompanhei utentes à casa de banho e atentei-me a riscos associados a hipotensão ortostática. A segurança na utilização da medicação vem sendo uma temática cada vez mais discutida a níveis mundiais. Práticas inseguras e erros de medicação como dosagens ou infusões incorrectas, instruções pouco claras, uso de abreviações e prescrições inadequadas - são uma das principais causas de danos evitáveis na área da saúde em todo o mundo. Globalmente, o custo associado a erros de medicação foi estimado em US \$ 42 bilhões anuais, sem contar a perda de salários, produtividade ou custos de saúde. Isso representa quase 1% dos gastos globais com saúde (World Health Organization, 2019).

Durante as minhas práticas envolvendo administração de medicações recorri a confirmação de nome completo dos utentes e data de nascimento, garanti no decorrer das minhas práticas clínicas que o medicamento correcto foi administrado ao cliente correcto, na dose e via correcta e à hora certa. Na administração da medicação, informei aos clientes o motivo de administração do fármaco, assim como, os seus efeitos benéficos e possíveis efeitos secundários. Utilizei a reconciliação terapêutica, no início de cada turno, nas admissões e sempre que foram efectuadas alterações terapêuticas, reduzindo, assim, a possibilidade de incidentes com a medicação. Outro projectos a ser destacado remetendo-se a prevenção dos erros de medicação estão associados a medicações LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*).

Segundo Sousa e Mendes (2014), a “existência de dezenas de milhares de medicamentos actualmente no mercado vem aumentar o potencial de erro em razão da possibilidade de confusão de nomes, tanto os nomes comerciais como a denominação comum internacional, sendo uma das causas de erro de medicação em nível mundial” (pag, 171).

A esse respeito compreendo que o enfermeiro especialista desenvolve intervenções capazes de minimizar ou impedir erros, no CHL participei directamente da separação das medicações LASA na área de armazenamento, e garanti a legibilidade da prescrição de medicações antes de sua administração.

Na unidade de SMI através de buscas no website institucional do CHL compreendi a dinâmica do Gabinete de Gestão de Risco que através de suas ações promove a análise de eventos adversos ocorridos, além disso elabora estratégias para a minimização dos riscos. São criados semestralmente relatórios que possibilitam uma monitorização mais detalhada e acompanhamento de novas implementações vindo de encontro com as outra ação da estratégia nacional de melhoria da qualidade que é a monitorização permanente da qualidade de segurança através de painéis indicadores.

Os serviços de medicina intensiva são locais com utentes gravemente doentes sendo que a probabilidade de ocorrer eventos adversos é mais acentuada pelo facto do utente estar submetido a um maior número de intervenções e dispositivos o que torna ainda mais imprescindível os investimentos na investigação de eventos adversos e uma correcta análise de indicadores de qualidade (Oliveira, Garcia & Nogueira, 2016).

As dotações de enfermagem para o SMI seguem as orientações para uma unidade de nível II, ou seja, um rácio de 1 enfermeiro para 02 utentes, porém como a tipologia da unidade varia de acordo com a complexidade dos utentes sendo que em muitas situações o rácio de enfermeiros segue o número de 01 doente para 01 enfermeiro, tornando-se assim unidades de nível III.

Por definição as unidades de cuidados intensivos nível III são unidades “UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.184).

Durante o desenvolvimento do EC pude envolver-me e atentar-me ao comprometimento da equipa para o alcance de algumas metas de qualidade. Os esforços para que o paciente não tenha úlceras por pressão e infeções sanguínea são notáveis. Na questão de tecnologias ocorre a necessidade do preenchimento da escala de Braden que incentiva a reflexão e anamnese por parte dos profissionais, nas prevenções para infeções de corrente sanguínea além dos cuidados em geral destacando-se a disponibilização de um protocolo com orientações sobre troca e tempo de permanência dos dispositivos, além disso também é necessário o preenchimento informático

no plano de cuidados do utente. Após observar tais abordagens fui novamente recorrer a indicadores disponíveis para consulta retroativa que correspondem aos meses de janeiro, fevereiro e março (2021), a análise realizou-se através do acesso disponível em [https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH\\_SegurancaDashboard](https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_SegurancaDashboard), demonstrando que o CHL apresentou taxas 0,0% em ambos os indicadores (Despacho n.º 5613/2015, 2013).

Os valores acumulados suscitaram-me algumas reflexões, principalmente no que diz respeito a cultura de segurança nas instituições. A cultura de segurança pode ser compreendida como cultura organizacional que atribui um alto nível de importância à segurança crenças, valores e atitudes que são compartilhados pela maioria das pessoas dentro da empresa ou local de trabalho (WHS, 2013).

Um dos propósitos presentes na identificação dos incidentes é revelar inadequações no sistema de saúde, além disso pode ocorrer que membros de equipas sejam responsabilizados causando consequências profundas como por exemplo sentimento de culpa ou até mesmo depressão (Vincent, 2003).

Durante o EC no Serviço de Cardiologia pude experienciar a adopção de medidas que vão de encontro aos objectivos corporativos do CHL mas também assimilar que algumas metas e objectivos necessitam ser aprimorados. O Bsimple é o sistema informático utilizado pelo serviço de cardiologia do CHL que permite uma série de funcionalidades como por exemplo dados biográficos, a história do doente, os focos de atenção associados aos problemas do doente, com as respetivas intervenções de enfermagem que contribuem de forma decisiva para os resultados esperados, o diário clínico, a medicação prescrita e respetiva validação da mesma pelo enfermeiro quando administrada ou justificação pela não administração, entre outras informações.

A comunicação através do sistema informatizado é uma tendência atual que agiliza, padroniza e organiza informações, porém em muitos momentos as limitações envolvendo quedas do sistema e preenchimento parcial das informações incita potenciais riscos ao indivíduo, por exemplo, sustentar todas as ações baseando-se apenas as informações encontradas no sistema sem confirmá-las com o utente. Esta situação pode induzir a condutas inadequadas, como foi o caso presenciado durante o EC a informação sobre a dosagem da medicação contida no sistema era incompatível com a relatada pelo utente, através do diálogo e a participação do utente

durante o processo de admissão foi possível actualizar a informação e oferecer um tratamento mais preciso.

Estudos têm evidenciado que utentes estão dispostos a participar e envolver-se nas estratégias de busca para a prevenção do erro e para isso é necessário elencar estratégias para integrar os utentes em seu tratamento através da participação na tomada de decisão (Figueiredo, Gálvez, Garcia & Eiras, 2019).

Relativamente às dotações de enfermagem na UCIC a unidade segue a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados intensivos para uma unidade de Nível I. Segundo a Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e rácio Enfermeiro/Cliente a unidade de nível I visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior, a manter no máximo 01 enfermeiro para 03 utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Na minha concepção envolver os utentes em todas as etapas dos períodos de internamento é fundamental para atingir os objectivos propostos, isso deve ocorrer de forma intencional, sistemática e organizada, levando sempre em conta as capacidades cognitivas e emocionais do utente, no entanto para que isso seja possível é necessário um envolvimento de todos os membros da equipa multiprofissional, disposição, boa capacidade de comunicação e principalmente incentivo organizacional por parte dos gestores. Os cuidados de enfermagem não devem ter um foco apenas na patologia, mas na capacitação para uma mudança, do utente e da família, deverá ocorrer um incentivo para a adopção de um novo estilo de vida com reflexões e planeamentos, de forma a adaptar-se a uma nova rotina que muitas vezes está acompanhada de sequelas.

Outro destaque durante a evolução do EC com relação a melhoria contínua da qualidade que influencia directamente a prestação de cuidados são os sistemas de informação. Os sistemas de informação são compreendidos como instrumentos de melhoria da qualidade e redução de custos pela partilha de conhecimento médico, apoio à decisão, recolha e comunicação de informação clínica, sistemas de alerta, monitorização de indicadores e consequente avaliação. Influenciam a prestação de cuidados, através de mecanismos como os lembretes computadorizados, a prescrição informatizada, os sistemas computadorizados de suporte à decisão clínica ou ainda a educação médica informatizada. Permitem a redução dos erros de medicação,

a recuperação disponibilização da informação em tempo real, de forma legível e codificada (Ministério da Saúde, 2011).

A Melhoria contínua da qualidade tem estado em destaque nas instituições de saúde, sendo através da busca por serviços de excelência que muitos profissionais são motivados a utilizar os seus conhecimentos para que determinadas metas sejam alcançadas. A prestação de cuidados com o objectivo de atingir determinadas valências a buscar a satisfação do cliente, bem como o suprir de suas necessidades e expectativas é uma das bases fundamentais para o alcance da qualidade (Cerqueira, 2018).

Indicadores de qualidade em saúde são ferramentas essenciais para medir, comparar, avaliar e promover melhorias, devem ser baseadas em dados transparentes com relevância para os propósitos seleccionados, devem ser facilmente compreensíveis e com metas mensuráveis e alcançáveis (Kötter, Blozik & Scherer, 2012).

Ao avaliar a importância e o destaque que a procura pela melhoria contínua da qualidade tem nas instituições de saúde refleti igualmente sobre as formas pelas quais ela pode ser alcançada, compreendo que sem sistemas de informações adequados não é possível acompanhar o compreender quantitativamente o real funcionamento de uma unidade. Para isso é necessário um conjunto de estratégias que mobilizem a notificação de uma série de itens capazes de gerar números e através disso sejam criados indicadores capazes de promover um acompanhamento fidedigno das actividades empregadas, destaco também que o papel dos líderes é fundamental para construção de valores e competências nas equipas e isso será possível apenas mediante o incentivo diário de uma cultura organizacional baseada em uma visão.

### 2.1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

No campo das competências comuns do enfermeiro especialista a competência do domínio da gestão de cuidados envolve um conjunto de ações que optimizam, articulam e gerem cuidados de enfermagem em conjunto com as equipas de saúdes, sendo que para o alcance das competências exigidas é necessário o desenvolvimento de objectivos que incluem optimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, optimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e por fim adaptar o estilo de liderança, do local de trabalho,

adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A gestão dos cuidados envolve tomadas de decisão baseadas em princípios éticos e deontológicos inerentes a profissão, sendo necessário experiência e conhecimento teórico. Atribuições como organização, distribuição de tarefas, optimização de materiais e medicamentos são primordiais prestações de cuidados (Gouveia, 2017).

Com o intuito de alcançar esta competência na unidade SUG, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro coordenador de turno e colaborar na reposição de *stock* de medicação, nos pedidos à farmácia de medicamentos de justificação médica e na gestão tanto dos materiais e equipamentos como dos recursos humanos. É o enfermeiro coordenador que realiza a solicitação de medicações, faz o *picking* dos fármacos retirados do armazém, mantém os materiais e medicamentos em sala de emergência e em alguns casos tenta solucionar problemas técnicos com alguns aparelhos fundamentais ao sector como por exemplo desfibriladores e monitores cardíacos. Além do controlo de materiais e medicamentos o enfermeiro coordenador promove ações directamente ligadas aos recursos humanos como por exemplo a distribuição equilibrada dos enfermeiros, a mobilização dos assistentes operacionais por posto de trabalho a substituição de ausências entre outros.

Ao decorrer dos turnos desenvolvi as minhas funções de maneira a cuidar dos doentes de forma holística e individualizada tendo as minhas abordagens decorrido de decisões baseadas na análise do processo clínico e de intervenções propostas pela CIPE, destaco uma intervenção realizada a um utente com enfarto agudo do miocárdio onde após consultar a prescrição médica foi possível gerir o aporte de oxigénio baseado em uma área de atenção relevante a enfermagem com levantamento de Foco(s)/Processo Cardíaco Comprometido. O envolvimento nas actividades de coordenação também proporcionaram a compreensão que um líder eficaz não somente delega funções mas também motiva e inspira através de exemplos. Destaco a minha experiência em campo de estágio ao ver o líder tendo capacidade de empatia com um colega que estava a passar problemas pessoais em sua casa, através desta atitude o enfermeiro esteve a promover um bom controlo da situação, mas também capacidade a incentivar.

A coordenação da equipa de enfermagem do SMI é realizada por uma enfermeira chefe tendo algumas de suas funções distribuídas com outros membros. As funções da enfermeira chefe

contam com, realizar das escalas mensais, buscas de melhorias internas envolvendo novos equipamentos, tecnologias, resolução de conflitos, representação da equipa em assuntos administrativos, de questões financeiras entre outros. Por outro lado os enfermeiros coordenadores focam as suas actividades na organização da unidade através da provisão *stock* de materiais e medicações, alocação de recursos humanos como por exemplo a distribuição equilibrada dos enfermeiros e a mobilização dos assistentes operacionais por posto de trabalho a substituição de membros da equipa em caso de ausências e por vezes o suporte na resolução de problemas técnicos do sector e na gestão dos conflitos.

Compreender as relações que estruturam a gestão dos cuidados de enfermagem em serviços de medicina intensiva produz benefícios capazes de gerar maior integralidade e humanização nos atendimentos e promover transformação nas práticas de saúde (Medeiros et al., 2016).

Com o intuito de alcançar as competências relacionadas ao domínio da gestão de cuidados observei a rotina dos membros da equipa de enfermagem, promovi diálogos reflexivos sobre os estilos de lideranças presentes entre os membros da equipa e de que forma estes estilos conectam-se ao tipo de ambiente de trabalho, e por fim recorri a literatura para perceber como algumas iniciativas da gestão em enfermagem podem promover a satisfação profissional.

Estudos têm demonstrado que os ambientes que foram percebidos pelos enfermeiros como positivos, estão associados em maior satisfação laboral, gerando menores níveis de exaustão e melhora na qualidade de atendimento aos utentes (Sillero & Zabalegui, 2020).

Recentemente, a AACN (the American Association of Critical-Care Nurses) identificou padrões que promovem um ambiente de trabalho saudável sendo estes a comunicação eficaz, tomada de decisão descentralizada, colaboração e cooperação verdadeira entre os membros da equipa, pessoal e mão de obra adequado, liderança autêntica e reconhecimento significativo (Ylitörmänen et al., 2019).

Aos analisar os padrões acima mencionados procurei identificar quais as iniciativas que se encontram mais presentes e quais ainda necessitam ser trabalhadas. Com a colaboração da enfermeira coordenadora houve a possibilidade de reflexão do assunto sendo levantadas possibilidades de melhorias a destacar o reconhecimento significativo e a comunicação eficaz, sendo que a comunicação eficaz demanda de grande esforço e articulação com outros representantes de outros sectores. Enfermeiros satisfeitos com as suas funções, ambientes de

trabalho favoráveis a prática e a maneiras como estes profissionais são tratados por suas organizações proporcionarão conexões mais profundas e, conseqüentemente, aumentam seu comprometimento organizacional. Por outro lado, baixos níveis de satisfação no trabalho têm sido associado a resultados negativos do trabalho, cuidados de enfermagem perdidos, cuidados de enfermagem de baixa qualidade, diminuição comportamento de cidadania organizacional (Baek, Cho, Han & Lee, 2019).

A coordenação da equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia é realizada por uma enfermeira supervisora tendo algumas de suas funções distribuídas com outros membros. As tarefas privativas da supervisora contam com, realizar das escalas mensais, buscas de melhorias internas envolvendo novos equipamentos, tecnologias, resolução de conflitos, representação da equipa em assuntos administrativos, questões financeiras entre outros, já os enfermeiros coordenadores focam suas actividades em organização da unidade através da provisão de materiais e medicações, alocação de recursos humanos como por exemplo a distribuição equilibrada dos enfermeiros e a mobilização dos assistentes operacionais por posto de trabalho a substituição de membros da equipa em caso de ausências e por vezes o suporte na resolução de problemas técnicos do sector e na gestão dos conflitos.

Em um momento específico do EC observei uma ação de um membro da equipa de enfermagem que na ausência da enfermeira supervisora responsabiliza-se pelas ações de transporte e transferência de um utente para outro serviço, o utente em questão necessitava de um implante de *pace maker* que era realizado apenas no serviço de cuidados Cardíacos de Coimbra, o que destaco nessa ação realizada pelo enfermeiro é a capacidade na divisão das tarefas com o enfermeiro supervisor, ou seja da necessidade que supervisores tem de delegar determinadas funções. Em minha opinião em muitos unidades de saúde o trabalho dos supervisores torna-se impercetível, obscuro, em muitos contextos a equipa não sabe identificar o que seu supervisor faz no dia-a-dia, em muitos casos a aprendizagem de novas funções ocorre de forma acidental, ou quando lhes é exigido, porém a capacitação deve ocorrer de forma sistemática e contínua.

Segundo Huston (2017) líderes devem capacitar outros líderes de sua equipa para alcançar resultados pessoais e objectivos compartilhados, eles precisam se tornar especialistas no planeamento e implementação de cumprimento de metas. Se gerentes devem direccionar os funcionários de forma eficaz e maximizar outros recursos, eles devem primeiro ser capazes de

encontrar tempo para fazê-lo, ou seja, ambos devem se tornar especialistas em gestão do tempo (Marquis, & Huston, 2017, p.228).

A gestão dos cuidados de enfermagem abrange a tomada de decisão com objectivo de cooperar, melhorar ou reconhecer as formas pelas quais o utente será atendido dentro de suas particularidades, assessora os enfermeiros de sua equipa a fim de que executem funções com qualidade e segurança, cria guias orientadoras para as tarefas que está a delegar e as avalia, por fim o enfermeiro especialista na gestão de cuidados deve ser capaz de otimizar o trabalho de sua equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Creio que estar a estagiar dentro de ambientes de cuidados críticos, como no caso a unidade de cardiologia, e ter a capacidade de observar rotinas e a conduta de membros da equipa é um privilégio mas também um grande confronto perante ao perfil idealizadores dos líderes e gestores encontrados na literatura.

Compreendo que os cenários de saúde encontram-se cada vez mais num ritmo frenético, que muitas vezes os supervisores são chamados a intervir em contextos caóticos por assim dizer, mas ao mesmo tempo questiono o desenvolvimento ou a forma de como os líderes são preparados ou aperfeiçoadas em suas funções, ansiamos por mudanças na profissão de enfermagem, reivindicamos melhorias e união da classe, contudo, como alcançar estes objectivos se a mudança deve ocorrer em camadas superiores e isso não está a ser desenvolvido? Creio que há e deve ocorrer a busca pelo modelo ideal de liderança para cada sector (unidade) de saúde, que após a alocação e escolha destes líderes ocorra um acompanhamento de sua tomada de decisão e avaliação da capacidade de articulação e integração com a equipa de enfermagem e com a equipa multidisciplinar e principalmente que ocorra incentivo para o aperfeiçoamento desse líder durante seu percurso.

As habilidades de liderança e gestão são necessárias na mudança planeada. O agente de mudança cumpre um função de gestão ao identificar situações onde a mudança é necessária e apropriada e quando avaliar as forças motrizes e restritivas que afetam o plano de mudança. O líder é o modelo a seguir em mudança planeada. Ele ou ela está aberto e receptivo à mudança e vê a mudança como um desafio e uma oportunidade de crescimento. Outros elementos críticos para uma mudança planejada de sucesso são a liderança do agente de mudança habilidades comunicação interpessoal, gerenciamento de grupo e habilidades de resolução de problemas.

Talvez não haja maior necessidade do líder do que ser o catalisador para a mudança profissional, bem como mudança organizacional. Muitas pessoas atraídas pela enfermagem agora descobrem que seus valores e as expectativas não se ajustam mais como antes.

Uma das funções da liderança é auxiliar seus seguidores em suas dificuldades, dar a volta por cima e confrontar as oportunidades e desafios das realidades da prática emergente de enfermagem para criar entusiasmo e paixão pela profissão (Marquis & Huston, 2017).

#### 2.1.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O domínio do desenvolvimento das actividades profissionais e esta orientado dentro do Regulamento n.º 140/2019 que trata das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista tendo dois domínios norteadores, o desenvolver do auto conhecimento e assertividade, e a sua práxis clínica a basear-se na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As profissões da saúde das últimas décadas tem vindo a concentrar seus esforços na construção e preparação dos seus alunos para trazer resposta a uma prática clínica de excelência. A sociedade exige cada vez mais a dotação por parte dos profissionais de conhecimentos especializados para dominar o crescente campo do conhecimento, pesquisa e informações clínicas que venham ser capazes de preencher lacunas aos desafios da área da saúde que esta em contínua progressão. Uma das competências especializadas que destaco com referência ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e aquela que otimiza o autoconhecimento quando trata-se da identificação e exploração de estratégias que podem facilitar, manter ou ampliar o relacionamento dos enfermeiros com a equipa multidisciplinar e com os utente. Creio que a aptidão para certas funções dentro da área de enfermagem será possível apenas quando experienciamos situações conflituosas e quando somos preparados a compreender a importância da colaboração entre a equipa multiprofissional.

Em sala de emergência, sob a supervisão de meu tutor, actuei junto a um utente politraumatizado. Vitima de queda, de uma escada de 03 degraus devido ao uso de bebidas alcoólicas, após entrada em sector vermelho, o utente rapidamente evolui com agitação psicomotora e agressividade, inicialmente associava-se a agitação ao quadro de alcoolismo porém após uma anamnese mais detalhada com constatação de dores intensas em região do

tórax, concluiu-se um quadro de hemotórax sendo necessário a realização imediata da toracostomia com tubo. Nesta actuação, garanti a permeabilidade da via aérea com estabilização da coluna cervical junto ao auxílio na posição coreta do utente, sabendo que a agitação e agressividade eram resultante do quadro de hipoxemia causado pelo hemotórax. Durante esse procedimento garanti a avaliação e resolução de problemas, através da mnemónica do ABCDE (Naemt, 2016).

Por fim, realizei os registos de enfermagem através do protocolo ABCDE e, posteriormente, procedi ao registo das alterações do seu estado clínico no sentido de garantir a continuidade dos cuidados. Perante essa situação pude entender a importância de uma rápida anamnese junto a compreensão global da sintomatologia apresentada, não fixando-se apenas em uma possível causa mas sim a um conjunto de possíveis situações que podem ser encontradas em utente politraumatizado. Durante esta aprendizagem também estive envolvido em situações de grande exigência emocional, sendo que em muitos momentos fui exigido a priorizar certos tipos de procedimentos o que na grande maioria das vezes não é compreensível aos utentes, nesse momento gerir as emoções, manter a calma, basear minhas tomadas de decisões em protocolos pré-estabelecidos e nas evidências científicas forma fundamentais para o êxito em minhas intervenções.

Na busca do desenvolvimento desta competência no SMI adentrei no campo de estágio na busca por observar e analisar a prática dos enfermeiros de acordo com a fundamentação teórica encontrada na literatura, mas também ponderar aspetos que ainda estão a ser baseados em especulações sem aval científico, creio que a análise crítica do enfermeiro especialista é fundamental para elucidar pontos, aperfeiçoar técnicas e trazer esclarecimentos fundamentais a prática clínica.

A prática baseada em evidência engloba um conjunto de abordagens que objectiva a melhor evidência científica possível em conjunto com a experiência clínica profissional a respeitar sempre a escolha do utente (Cardoso et al., 2019).

A introdução de novas práticas no contexto da prática clínica exigem confiança, capacidade e actualização por parte dos profissionais, contudo a mudança só torna se possível mediante a uma cultura organizacional receptiva as mudanças (Pearson & Kim, 1984).

Durante a admissão de um utente, foi solicitado pelo médico uma colheita de uma urucultura como forma de rastreio séptico. De acordo com a prática baseada em evidências, a indicação a este procedimento deveria ser a troca da algália e a coleta da urucultura após a nova passagem, pelo facto do utente estar com sonda a mais de 07 dias e também sabendo que a coleta de urina pode resultar em resultados infidedignos a demonstrar microorganismos presentes no biofilme da bexiga ao invés da urina (Smith & Nicolle, 2001).

Este facto tornou possível uma discussão reflexiva sobre a PBE. Ao avaliar a situação percebi que os enfermeiros eram dotados com os conhecimentos necessários para uma correcta abordagem clínica na coleta urucultura porem estavam por esbarrar nas políticas internas que ainda não haviam actualizado protocolos que permitiam a troca dos dispositivos, foi um momento de desenvolver uma análise crítica do evento mas também de recorrer a literatura científica e demonstrar o melhor caminho a seguir, conclui que tudo necessita estar sintonizado, cultura organizacional para mudança, política interna, acessibilidade as opiniões e principalmente o enquadramento científico.

A autonomia profissional esta ligada ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e esta ligado a capacidade de definir o que e necessário ser feito na prestação de cuidados aos utentes, representa também o poder de tomar decisões com base na descrição, experiência e conhecimento clínico no âmbito da prática(Ulrich, Soeken & Miller, 2003).

Apesar de estudos recentes demonstrar um avanço do que se refere a temática da tomada de decisão clínica de enfermagem, ainda ocorre uma certa incompreensão quanto a importância das intervenções clínicas desenvolvidas pelos enfermeiros, é necessário justificar de forma clara e precisa os ganhos de saúde a população através de sustentação científica e linhas orientadoras (Fonseca, 2006).

Apesar da tomada de decisão e autonomia profissional serem linhas convergentes ligadas directamente a investigação científica, existem barreiras enfrentadas pelos enfermeiros que limitam basear suas práticas de enfermagem com a investigação científica. O SMI do ponto de vista arquitetónico é um local dotado com condições de acesso a informação, por exemplo possui biblioteca, acesso a conteúdos online, protocolos actualizados e ate mesmo formação em serviço, entretanto creio que a tomada de decisão dos enfermeiros é influenciada pelo método de trabalho e por uma exploração adequada das informações, creio que tão importante quanto

conhecer as dotações seguras e a correcta distribuição de enfermeiros por utentes em cuidados intensivos torna-se essencial o desenvolvimento de um bom ambiente de trabalho como incremento da tomada de decisão, a cultura de responsabilização deve ocorrer em via dupla tanto para correção de erros cometidos mas também como forma de flexibilidade para um trabalho mais intimista que venha agregar atendimento de qualidade aos utentes.

Na realização do EC no Serviço de Cardiologia para desenvolver a competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o que venho a detalhar é a percepção em relação à gestão das emoções e na construção do saber. O campo de estágio nos coloca diante de situações confrontadoras sendo que para poder solucionar-las, é necessário saber pedir ajuda, isso envolve muitas vezes expor nossos limites e fragilidades para que um objectivo seja alcançado. Creio que procurar discernimento sobre respostas mais adequadas em momentos de turbulência, evitar fomentar discórdias e insatisfações com líderes e colegas, contribuir para um ambiente positivo de trabalho, incentivar pequenas atitudes de comunicação ou intervenção de outros colegas ou até mesmo reconhecer a importância de outras classes profissionais para a melhora do utente durante o período de internação estiveram presentes nessa etapa do EC.

Outra forma de rentabilizar a oportunidade dentro do ambiente clínico de cardiologia foi através da análise de algumas situações clínicas adversas que foram exploradas mediante a particularidades específicas do sector. Destaco o caso de um utente que após ser submetido a um processo de colocação de pacemaker inicia alterações anatômicas no tórax (equimose) que foi observado durante a realização de banho no leito, uma ação rotineira, ou seja o banho no leito, promoveu a observação de uma alteração invulgar com foi significativa e importante no processo de construção do conhecimento, através do ocorrido, foi possível fomentar discussões construtivas com os enfermeiros sobre a importância da inspeção por parte do enfermeiro e também como não menosprezar funções que pareçam menos importantes.

Segundo Porto (2019) o conhecimento das características da superfície corporal, assim como da anatomia topográfica, permitirá ao estudante reconhecer eventuais anormalidades durante a inspeção será possível educar a visão, através da exploração feita investigam-se a superfície corporal e as partes mais acessíveis das cavidades em contacto com o exterior (Porto, 2019,p.132).

Suportar a prática clínica em evidência científica através da interpretação, organização e análise de dados provenientes das evidências encontradas contribuem para o desenvolvimento e conhecimento da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A prática baseada em evidências está rapidamente se tornando um objectivo central de muitos enfermeiros, líderes de enfermagem e até mesmo de organizações. Atingir a prática baseada em evidências requer objectivos estratégicos por parte das instituições e um processo sistemático a seguir. Em meu entendimento as práticas dos cuidados de enfermagem encontra-se estruturada na evidência científica, no entanto, ousou argumentar que, em muitas situações não adoptamos a melhor evidência disponível pelo facto de não haver um modelo de incentivo a investigação. É necessário tratar da prática de enfermagem baseada em evidências como um tema cada vez mais primordial, aplicando esforços e buscando incentivos para seu desenvolvimento, só assim a aplicação da melhor evidência não será meramente acidental, mas sim intencional.

A influência do estilo de liderança possui um papel determinante, espera-se que enfermeiros dotados de conhecimentos especializados orientem e inspirem sistemas organizacionais a promover benefícios directos a qualidade, além disso será possível forjar colaborações intra e interdisciplinares (Broome & Marshall, 2020).

A centralidade das ações desenvolvidas pelas lideranças de enfermagem juntamente com a forma que impactam os ambientes de trabalho mediante as suas decisões, foi a motivação necessária para o desenvolvimento da segunda parte deste relatório. Observou-se a necessidade da realização de uma revisão sistemática da literatura como forma de cooperar com futuros líderes através da análise de estudos que abordam a influência dos estilos de liderança aos ambientes da prática em enfermagem.

Os estilos de liderança, por meio de suas práticas, influenciam os ambientes de trabalho, produzem resultados de vertentes positivas e negativas, a depender das influências e a forma como estão a ser desenvolvidos, sendo suas implicações não limitadas apenas a equipa de enfermagem mas também aos utentes que estejam a ser assistidos (Wong & Giallonardo, 2013).

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo o Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p.8656), “a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”. Além disso o enfermeiro deve “Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”.

Nos próximos três subcapítulos será realizada uma análise reflexiva, relacionando as experiências vivenciadas com as competências específicas do Enfermeiro Especialista. A análise está organizada mediante a apresentação de domínios sendo eles, o domínio Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e por último o domínio Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### 2.2.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Durante o EC no SUG do CHL destaco minha experiência vivida no denominado sector laranja onde a utente estava a receber cuidados devido a um diagnóstico de sepse de foco urinário. As *guidelines* da *Surviving Sepsis Campaign* recomendam controlo da fonte da infeção e administração de antibióticos, fluídos intravenosos e agentes vasoativos. Recomenda especificamente a administração de pelo menos 30 mL/Kg de fluídos cristalóides nas primeiras três horas do choque séptico e a administração continuada de fluídos necessária para promover a função cardiovascular. A antibioterapia é uma componente essencial no tratamento da sépsis, mas apenas 76% recebem antibioticoterapia endovenosa nas primeiras 24h (Dellinger et al., 2013).

A fluídoterapia e o uso de vasopressores são os pilares para o tratamento hemodinâmico nas fases de salvação e de atenuação durante o choque séptico. Estudos realizados em 2014 em unidades de cuidados intensivos portuguesas apontam que 43,9% dos utentes admitidos estavam infetados e que metade entrara em choque séptico (Simões, 2018).

Com estes conceitos em mente pude actuar junto ao utente com medidas a antecipar a instabilidade clínica do utente, recorri a observação minuciosa dos acessos venosos periféricos para manter a fluídorepia bem como a administração dos antibióticos, avaliei os débitos urinários, posicionei os cateteres nasais promovendo o suporte ventilatório e ainda observei constantemente possíveis quadros de agitação relacionados a hipóxia.

Ainda no serviço de urgência na ala vermelha, destaco um episódio envolvendo um utente politraumatizado. Segundo o Regulamento 18 de fevereiro de 124/2011 o enfermeiro deve demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (Regulamento N.º 124/11 de 18 de Fevereiro, 2011,p.8656).

A vítima em questão, com 38 anos de idade deu entrada ao hospital sendo trazido pelos profissionais do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), segundo as informações obtidas a vítima não realizava acompanhamentos médicos nem estava em uso de medicações. Havia sido encontrada em sua residência inconsciente, Glasgow 08, foi iniciado a remoção pela equipa que constatara que o utente apresentava, palidez, pulsos radiais finos e sudorese, durante o trajecto a unidade o utente evoluiu com PCR (paragem cardiorrespiratória).

A continuidade dos cuidados sucedeu-se em regime hospitalar, sendo iniciado o protocolo de SAV (suporte avançado de vida). Rapidamente detectei a situação e iniciei as manobras de compressão, já que conhecimento a cerca da localização dos materiais/medicações ainda era limitado, enquanto isso o tutor iniciava a contagem do tempo e outros colegas administraram oxigénio e garantiram acesso venoso periférico.

Na sala de emergência no primeiro momento, não se sabia por onde começar diante de tantas intervenções exigidas pela gravidade da situação do utente, foram realizadas as medidas de *life-saving*, de acordo com a metodologia ABCDE, que segundo é a abordagem recomendada a todos os doentes em deterioração clínica. Após a rápida monitorização do doente foi possível constatar um ritmo de fibrilação ventricular (FV) o que possivelmente havia gerado o quadro de paragem cardiorrespiratória (PCR), compreendi naquele momento que tratava-se de um

ritmo desfibrilhável mantendo minhas ações em compressões cardíaca até as condições necessárias a chegada do desfibrilhador. Fiquei atento as possíveis evoluções do traçado para uma FV fina o que em muitos casos que já presenciei confunde-se com assistolia, foi a oportunidade de refletir em algumas condutas que acompanham tais evoluções como é o caso do aumento do ganho do monitor, mudança de derivações e verificação das conexões.

Foi importante perceber a actuação do *Team Lider* pelo facto de promover uma organização das prioridades concernentes ao tratamento, o nível de compreensão e domínio necessário para a execução de todas as intervenções simultaneamente e a capacidade técnica exigida a cada membro da equipa. Após as intervenções junto ao utente foi possível observar a realização do *debriefing*, apesar de ter sido feito apenas por alguns membros da equipa, o envolvimento nesse processo proporcionou uma reflexão mais concreta das ações desempenhadas junto ao utente, a partilha de perceções e a colocação de novas sugestões para futuros eventos. O processo de *debriefing* ajuda a conseguir uma cultura de segurança. Este processo consiste em permitir às pessoas a discussão do desempenho da equipa, identificar os erros e desenvolver um plano de melhoria para a próxima performance. É um processo que deverá ocorrer logo após o evento, mas num ambiente confortável, com a equipa multidisciplinar e deve haver um guia para orientar o processo (Schmidt & Haglund, 2017).

Compreendo que a pessoa em situação crítica pode ser uma situação potenciadora de stresse, em que as decisões devem ser tomadas de forma sistemática, rápida e numa sequência de prioridades. Um outro aspeto fundamental é a articulação entre os elementos, sendo esta tarefa da responsabilidade do “*Team Lider*” que assume a voz de comando.

Compreendo que por tratar-se de uma ferramenta que envolve uma cultura de reflexão, o envolvimento da equipa como um todo pode vir a ser mais incentivado de forma a tornar-se uma rotina nos serviços de emergência.

O EC no SMI levou-me a uma reflexão sobre a importância da monitorização por parte da equipa de enfermagem. Através do monitoramento responsável e actualizado e possível intervir na saúde dos utentes em cuidados intensivos sem que haja contacto físico compreendendo que a melhora de algumas patologias se resumem a manter as variáveis essenciais dentro de faixas fisiológicas.

A monitorização em SMI envolve a gestão dos cuidados por parte dos enfermeiros sendo vital compreender o conjunto de dados coletados no intuito de prevenir problemas que podem levar a agudização de doenças, readmissão e até morte. O termo monitoramento envolve ações como por exemplo observação, medição, deteção e colheita de dados (Comisso, Lucchini, Bambi, Giusti & Manici, 2018).

No âmbito de prestação de cuidados a utentes sob ventilação mecânica invasiva foi possível aprofundar técnicas e assimilar conhecimentos através de um doente com diagnóstico de Covid , além das rotinas comuns como que segundo Perrin e MacLeod (2018) são essenciais ao enfermeiro em cuidados intensivos como por exemplo avaliar pressão do *cuff* , promover interpretações de parâmetros e avaliar alarmes, monitorização níveis de saturação entre outros, também houve a participação no posicionamento do utente utilizando a posição de *prone position*.

Relativamente a *prone position* foi necessário aprofundar conhecimentos científicos dos reais benefícios da técnica bem como suas contra indicações, foi possível compreender que do ponto de vista fisiológico ocorre uma melhora acentuada nos níveis de gases sanguíneos arteriais associado a ventilação perfusão bem como a queda dos índices de mortalidade e que surpreendentemente a única contra indicação restringe se há uma fratura instável da coluna vertebral (Guérin et al., 2020).

No decorrer do EC procurei aprofundar conhecimentos em técnicas menos habituais, em meu entendimento procedimentos como aspirar o utente, posicionar, dar banho no leito, coleta de análises fazem parte de uma rotina diária de trabalho, entretanto técnicas como mensuração da pressão intra abdominal são de extrema importância e requerem habilidades específicas por parte do executor. Após a admissão de um utente proveniente do bloco operatório foi solicitado o acompanhamento da PIA. As elevações da PIA são considerados preditores directos de mortalidade em utentes de cuidados críticos, o diagnóstico preciso dos valores deve ser realizado através da correcta técnica de mensuração, sendo que a imprecisão dos valores pode direccionar a uma descompressão desnecessária do abdómen trazendo riscos e complicações potenciais. Segundo a *A World Society of the Abdominal Compartment Syndrome* (WSACS) a técnica indireta mais adequada para mensuração intraperitoneal e a desenvolvida pelo método vesical, sendo a técnica em questão a utilizada pelo SMI do CHL (Lee et al., 2012).

Através do caso supra citado foi possível não apenas desenvolver a técnica com precisão, mas também, agir de forma antecipar a um quadro de complicação por parte do utente. Sendo assim cumpriu-se a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, junta a correcta identificação de um foco de instabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Outro destaque envolvendo o EC em SMI corresponde à intervenções e abordagens aos utentes inconscientes. O Facto do utente inconsciente não poder demonstrar sua vontade e preferência não significa que não deva ser levado em conta, sendo assim, quando possível, deve se recorrer aos familiares para tomar das decisões mais correctas. Ao decorrer do EC deparei-me com situações que exigiram postura ética e a necessidade de recorrer a literatura científica e legal. Na rotina de intervenções dentro do SMI a involução do quadro clínico por parte do utente inconsciente é muitas vezes inevitável. Quando procedimentos podem aguardar ou ser agendados há uma possibilidade de recorrer a família para as devidas autorizações, porém diante de casos emergentes o consentimento presumido impera face ao consentimento informado. Como exemplo, relembro o caso de um utente que após exame de ecografia torácica foi identificado derrame pleural, como o procedimento padrão exigia uma intervenção imediata por toracocentese, não houve condições de contactar os familiares para a respetiva autorização, sendo assim procedeu-se a intervenção e posteriormente a comunicação. Segundo a norma da Direção Geral de Saúde “as intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos, quando praticados sem ou contra a vontade da pessoa, salvo em situação de urgência, emergência ou de actuação sob suprimento judicial, poderão configurar um crime contra a liberdade” (Direção Geral de Saúde, 2015,p.12)

O EC no Serviço de Cardiologia proporciona ao estudante condições para o desenvolvimento da assistência no contexto das doenças cardíacas de uma maneira mais acentuada que em outros sectores, o olhar para os ritmos eletrocardiográficos do coração de uma forma mais detalhada e ser determinante na recuperação dos utentes. Tive a oportunidade de observar diversas alterações de traçado eletrocardiográfico sendo que muitas delas vieram a proporcionar incentivos a maior investigação, compreendo não se trata apenas da análise das imagens demonstradas no monitor, mas também um conjunto de sinais e sintomas que vem em conjunto as alterações, diálogos realizados junto a equipa e com enfermeiros mais experientes além de médicos cardiologistas, foram fundamentais para o avanço na compreensão de tais alterações.

Monitorização contínua do ritmo cardíaco na fase aguda da doença cardíaca é um aspeto importante do sistema cardiovascular sendo que a avaliação e análise frequente da taxa de eletrocardiograma (ECG) e do ritmo, permite a identificação precoce e tratamentos mais precisos, bem como a constatação de condições anormais em outros sistemas do corpo. O monitoramento cardíaco tem também se torna comum em áreas onde os pacientes recebem tratamentos ou procedimentos que requerem sedação moderada ou onde a administração de certos medicamentos pode resultar em disritmias cardíacas. Os objectivos do monitoramento cardíaco podem variar de simples monitoramento de ritmo cardíaco e ritmo básico a um diagnóstico sofisticado de disritmia e monitoramento do segmento ST para detetar quadros de isquemia cardíaca (Burns & Delgado, 2018).

Enfermeiros cuidam de um número crescente de pacientes que requerem monitoramento cardíaco, a capacidade de identificar ritmos cardíacos é um elemento-chave na capacidade do enfermeiro de promover a segurança do paciente, a competência da equipa de enfermagem em cardiologia na interpretação do ritmo desempenha um papel vital na iniciação e facilitação das intervenções mais apropriadas para pacientes hospitalizados (Goodridge, Furst, Herrick, Song, & Tipton, 2013).

Identificar e interpretar ritmos do eletrocardiograma é essencial ao enfermeiro, sendo que aspetos da assistência a pacientes com suspeita de problemas cardíacos devem incluir a avaliação de enfermagem, a colocação correcta do ECG e o cálculo da frequência cardíaca (Atwood & Wadlund, 2015).

O que destaco como sendo parte da avaliação da enfermagem e que estava presente diariamente, era a diversidade no tipo de dor relatada pelos utentes. Por exemplo, dor implacável aguda ou radiante normalmente era indicador de isquemia, dor induzida pelo esforço que é diminuía ao repouso era sugestiva de angina e não um enfarte do miocárdio, dor no peito com piora quando o utente está em decúbito dorsal e aliviasse quando se senta ou inclina-se para frente, é indicativo de pericardite, ou seja a dor tem suas características específicas para patologias específicas sendo a avaliação da dor fundamental no processo de cura.

A avaliação apropriada da dor é a base para um tratamento eficaz, é reconhecida como uma experiência subjetiva, sendo o autorrelato do utente a medida mais válida, devem ser obtidos com a maior frequência possível. Quanto maior grau de doença crítica, maior será o desafio

para extrair um autorrelato fidedigno da intensidade e do tipo de dor, quando o utente é incapaz de se comunicar, o comportamento observável e indicadores fisiológicos tornam-se indispensáveis, sendo que a responsabilidade profissional para gerenciar a dor do paciente de forma eficaz, requer dos enfermeiros a compreensão de um conjunto de mecanismos (Urden, Lough & Kathleen, 1996).

Um dos casos que destaco nesse relatório se remete ao um utente que veio a desenvolver um quadro de Fibrilação atrial (FA). A FA é uma forma extremamente rápida e desorganizada padrão de despolarização nos átrios, e é a arritmia mais comum observada na prática clínica. Devido a perda da contração atrial ocorre a redução do enchimento ventricular resultando em diminuição do débito cardíaco, tromboembolismo devido à formação de coágulos nos átrios fibrilantes, geralmente no apêndice atrial esquerdo podem causar AVC, sendo este o evento embólico mais devastador (Burns & Delgado, 2018,p.37).

Decidi abordar este caso pelo facto de poder observar a rápida actuação da equipa. Como se tratava de um utente instável optou-se pela cardioversão, no entanto o utente veio a desenvolver após algumas horas, um quadro de AVC, sendo detetado após o utente apresentar um quadro de afasia. Gosto de imaginar um cenário ainda mais caótico onde se não houvesse a habilidade por parte do enfermeiro para uma rápida identificação desta arritmia, as sequelas correspondentes a extensão do AVC poderia vir a ser muito maior, desta forma percebo que o papel do enfermeiro especialista na rápida identificação e abordagem de uma arritmia pode impedir, amenizar ou atenuar danos provenientes destas alterações.

A percepção da importância do ambiente foi representativa e pôde ser notada nos três ensinamentos clínicos. A capacidade analítica de Florence Nightingale ao perceber que o externo interferiria directamente no processo de recuperação dos doentes foi determinante para que dezenas de vidas fossem salvas. A visão abrangente de ambiência como parte integrante do cuidado sustentou inúmeras intervenções que fundamentam práticas de enfermagem, inclusive nos dias de hoje. A pandemia Covid-19 bem como inúmeras mudanças repentinas ocorridas nos ambientes de enfermagem provam como a teoria ambientalista pode e deve ser empregada nas unidades de saúde visto que sua aplicabilidade contribui no gerenciamento das unidades.

O enfermeiro envolvido com o cuidado a PSC deve adequar-se as alterações impostas pelo ambiente deve-se avaliar através de uma visão holística e aos reais impactos que o ambiente

pode gerar, mas também intervir de forma prática quando possível, como exemplos cito a manutenção de ambientes organizados, apoio emocional a colegas, cooperação a solicitações das instituições empregadoras e o controle emocional em relação ao stress.

Elucidar conceitos que compõem a compreensão do ambiente promove ações que impactam na qualidade dos atendimentos e na diminuição de mortalidade. Avaliar as definições que a teoria apresenta deixa evidente que tudo ao redor do sujeito vai determinar e influenciar nas condições de saúde e recuperação (Bezerra et al., 2018)

### 2.2.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

De acordo com o Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p.8657) o enfermeiro deve intervir “na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima”.

A situação de múltiplas vítimas no caso de um acidente é definida pela Lei nº 27/2006, Lei de Bases da Proteção Civil, como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p.4696).

Perante a iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe a competência para ativação/desativação do Plano Distrital de Emergência da Proteção Civil de Leiria recai sobre a Comissão Distrital de Proteção Civil de Leiria. Esta ativação é imediatamente comunicada ao Comando Nacional de Operações de Socorro (CNOS). No serviço de urgência o plano de emergência é ativado de forma graduada e sequencial, por níveis dependendo da gravidade da situação.

A ativação é feita em três fases: alerta, alarme e execução. A decisão de ativação do plano cabe ao médico chefe de equipa do serviço de urgência geral em funções no momento de receção da informação. Assente no parágrafo anterior, o Plano de Emergência/ Catástrofe externo do centro hospitalar de Leiria é elaborado por um grupo de médicos e enfermeiros da instituição, posteriormente aprovado pelo presidente da comissão de qualidade e segurança do doente. As revisões e atualizações devem ser anualmente e sempre que se justifique. Estas revisões e

atualizações, são igualmente feitas por um grupo de médicos e enfermeiros, alguns simultaneamente pertencem ao grupo de elaboração.

O período de EC no SUG foi acompanhado pelo início do período pandêmico gerado pela COVID-19 que me obrigaram a reflexões e acompanhamento de uma série de mudanças nunca imaginadas ao ingressar no curso de MEPSC.

A Catástrofe tem recebido inúmeros conceitos e definições ao longo dos anos, podendo em algumas situações ser interpretada como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”, já a OMS citada por Cardoso (2013) define catástrofe como “uma ocorrência que causa danos, desequilíbrio ecológico, perda de vidas humanas, numa escala suficiente para desencadear a necessidade de uma resposta extra à comunidade afetada” (Cardoso, 2013,p.10).

Interpretando os conceitos supra citados tanto no que concerne emergência com múltiplas vítimas e catástrofes o que pude compreender é que o momento atual enfrentado pelo mundo devido a COVID - 19 enquadra-se perfeitamente dentro desse contexto, sendo essencial e preponderante o trabalho dos enfermeiros junto ao paciente crítico.

Para Sylvia e Danita (2013) os enfermeiros devem ter presente que o seu papel durante as catástrofes, prestando cuidados directos à pessoa em situação crítica, incorporando também diversas outras funções como o controlo de infeção, a participando em planos de contingência, a triagem, a imunização em massa, a evacuação em massa e o tratamento. A preparação para desastres para enfermeiras é de suma importância para uma resposta eficaz para se mitigar efeitos prejudiciais à pessoa, comunidade e propriedade e Não somente isso, é necessário que os enfermeiros estejam preparados para responder a grandes desastres para atender a necessidades das pessoas afetadas porém devem possuir o conhecimento necessário para o gerenciamento de pacientes com necessidades sociais, como idosos, crianças, pessoas com deficiências físicas, e até mesmo pessoas com saúde mental problemas (Baack & Alfred, 2013).

Durante os estágios em urgências fui surpreendido com uma inesperada interrupção no ciclo de aprendizagem devido a pandemia causada pelo vírus COVID-19. Ao retornar as actividades pude compreender a dimensão e a importância dos enfermeiros junto aos enfrentamentos de

problemas de saúde envolvendo as maças populacionais. Pude acompanhar a capacidade de adaptação as mudanças estruturais geradas pela pandemia e os agentes envolvidos nessas ações, por exemplo a reorganização das urgências para vítimas com suspeita de COVID-19 encontrava-se centralizada na equipa de enfermagem, o sector verde que antes destinava-se a doentes sem gravidade passa agora a concentrar outros indivíduos, houve também a necessidade de atualizações como por exemplo novos conhecimentos acerca do coronavírus, ocorreu mudança de rotinas, envolvimento para triagens em maça, e potencialização quanto as medidas de controle de infeção.

Em minha conceção a pandemia COVID -19 é a situação mais real e mais próxima de um contexto de desastre que muitos profissionais estarão a presenciar em suas vidas, o que foi vivenciado por muitos enfermeiros durante a pandemia pode ser comparada a contextos de catástrofe, envolvimento de múltiplas vítimas, sobrelotação de serviços, necessidade de adequação emergente de espaços físicos, desafios éticos foram alguns dos elementos presentes. Todas estas situações exigiram e vem exigindo muito da parte psicológica e emocional dos profissionais, é necessário estarmos atentos a necessidade uns dos outros, não menosprezar a capacidade de enfrentamento de cada indivíduo e principalmente atender a vulnerabilidade de cada membro com intervenções individualizadas.

No SMI tive a oportunidade de conhecer com mais detalhes o Plano de Emergência Externo que aborda aspetos como os sistemas de comunicação, circuito de doente, apoio e acolhimento às famílias das vítimas, apoio aos filhos dos trabalhadores, interação com a comunicação social, circuitos de entrada e saída do recinto hospitalar e a periodicidade de formação e treino. O plano de emergência externo em vigor no CHL contempla questões cruciais ao atendimento de múltiplas vítimas e também situações de catástrofes e exceção como por exemplo a utilização da metodologia Simple Triage and Rapid Treatment (START) para triagem dos utentes e faseamento dividido em alerta, alarme e execução e sistemas de comunicação (Peralta et al., 2017).

Encontra-se estruturado com intuito de trazer resposta a três tipos de riscos específicos sendo eles, os riscos de origem natural (sismos, inundações, incêndios), os riscos derivados do desenvolvimento tecnológico (acidentes rodoviários, ruínas de edifícios, colapso de estruturas)

e também riscos relacionados com o comportamento humano (acidentes envolvendo provas desportivas, espetáculos, ajuntamento de pessoas como por exemplo atos de terrorismo).

No decorrer do EC investiguei a existência de referenciais teóricos para intervenção junto a situações envolvendo múltiplas vítimas ou catástrofes dentro do sector de SMI, destaco a presença de dois documentos específicos, um mais geral para dar resposta às necessidades de ocorrência a incêndios e outro mais específico relacionado com o serviço com instruções especiais de actuação perante a necessidade de evacuação de doentes internados no sector.

Ao debruçar-me sobre o documento pude associar intervenções necessárias ao enfermeiro especialista capazes de salvaguardar o maior número possível de utentes, como exemplo destaco a capacidade de definir prioridades de actuação, organização de recursos e materiais indispensáveis a vida e conhecimento técnico no que corresponde ao transporte do doente crítico.

Destaco a importância quanto às prioridades de evacuação sendo que primeiro devem ser evacuados os utentes independentes, seguido dos doentes dependentes e por fim os muito dependentes. O ponto desafiador discutido e analisado junto a outros profissionais do serviço centralizam-se na particularidade da localização arquitetónica do SMI situado no quinto andar restringindo a evacuação de utentes dependentes no contexto de evacuação vertical exclusivamente pelos elevadores. O planeamento das ações que envolvem o transporte de doentes críticos deve incluir um conjunto de medidas a levar em consideração factores como a seleção dos meios correctos de monitorização, seleção adequada de equipamento e terapêutica e previsibilidade de possíveis complicações (Pereira, 2018).

Compreender a dinâmica que envolve a complexidade e seriedade no transporte de utentes é fundamental no desenvolvimento de habilidades de um especialista, os contextos que envolvem múltiplas vítimas, exceção ou catástrofe são atípicos vindo a comprometer a capacidade de julgamento crítico do enfermeiro e até mesmo resultar em problemas psicológicos dos profissionais envolvidos. Estudos apontam a realidade de enfermeiros que atravessaram desastres, estas incluem stress resultante do trabalho, problemas de saúde e familiares, problemas psicológicos, fadiga, desafios éticos e preocupações de segurança (Pourvakhshoori, Norouzi, Ahmadi, Hosseini & Khankeh, 2017).

Os centros como o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) criado pelo INEM, em 2004 com o intuito de atender às necessidades psicossociais da população e dos profissionais é de extrema valia, entretanto tão importante quanto preparar os enfermeiros e atendê-los em contextos pós traumáticos é promover ações que minimizem o dano psicológico.

A reação aos eventos traumáticos deve incluir emoções positivas que podem ser promovidas através de cinco elementos, nomeadamente a relação com o próximo, novas possibilidades, força pessoal, mudança espiritual e apreciação da vida (Nishi et al., 2016).

O serviço de cardiologia pelas características de dispor de uma série de materiais como monitores, desfibriladores, bombas de infusão e outras particularidades está enquadrado na resposta de nível III juntamente com o serviço de medicina intensiva (Faria et al., 2017).

Compreendo que todas instituições de saúde devem fornecer através de seus PEE informações atualizadas e padronizadas de como agir mediante as situações adversas e anormais causadas por catástrofes ou incidentes com multivítimas. No entanto, minha crítica reflexiva sobre o tema se remete ao facto de que muitos procedimentos que não estão dentro de nossa rotina diária de trabalho permaneçam apenas em papéis e não na prática caso estes incidentes ocorra. Como exemplo cito o caso das formações e treinos, que segundo o PEE 2017, para que o plano seja executado de forma eficaz, todas as pessoas envolvidas devem agir de forma coordenada, vindo a ocorrer através de formações anuais, sendo assegurada a todos os serviços e também a novos profissionais admitidos.

Após desenvolver leituras sobre o tema e aprofundar conhecimentos na área de catástrofes, exceção ou multi vítimas compreendo que há três aspetos que são fundamentais para que a organização na prestação de cuidados seja bem sucedida e que vidas sejam poupadas, sintetizo os três aspetos a incluir um rápido e eficiente sistema de informação com conexão aos órgãos competentes, a gestão do espaço através da definição de áreas de atendimento prioritário e condições para a evacuação dos doentes, e por fim a gestão dos recursos humanos através da nomeação de responsáveis de áreas, alocação e administração de materiais e medicamentos e alocação de profissionais com capacidade para lidar com esse tipo de situação.

A conclusão a esta temática específica é que é impossível prestar cuidados de qualidade a múltiplas vítimas sem dotação de habilidades e conhecimentos, onde os enfermeiros estão directamente ligados ao sucesso na preservação da vida.

### 2.2.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A DGS através do Despacho nº 18052/2007, apresenta a constituição e a operacionalização das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do Programa Nacional de Controlo de Infeção.

O Despacho n.º 3844-A- 2016 apresenta como uma das prioridades dos SNS combater as infeções Associadas aos cuidados de Saúde (ICAS), sendo que só no componente infeções hospitalares os custos giram em torno de 300 milhões de euros anuais (2016).

A presença de incidentes e eventos adversos, como ICAS, compromete a segurança do paciente e actualmente é um importante desafio para a melhoria da qualidade da saúde, que busca oferecer o mínimo de risco de desnecessários danos associados aos cuidados de saúde a níveis aceitáveis (Matos et al., 2018).

Ao decorrer do EC no SUG, tendo em mente os riscos envolvendo as ICAS, adotei medidas de para minimizar as infeções como por exemplo o cumprimento das normas relativas ao vestuário, aos circuitos do pessoal e do material (dentro do possível), ao uso de material de proteção individual (bata, máscara e luvas) e a utilização de produtos de desinfeção, antes da realização de qualquer procedimento, bem como a desinfeção das mãos. Porém também observei que devido a sobrelotação dos serviços a manutenção de boas práticas para evitara as ICAS fica comprometida, as quebras na assepsia ocorrem devido à falta de troca dos EPI, principalmente na manipulação de dispositivos médicos, como por exemplo algalias, vias de cateteres venosos periféricos e sondas gástricas.

Sabemos que ITUs estão associadas a idade avançada e a diversas patologias de base envolvendo o processo de envelhecimento, factores estes ligados a alterações funcionais e anatómicas como a instabilidade, a menor contratilidade da bexiga e sua baixa complacência, além da deterioração das células da mucosa e da submucosa (Jorge, Mazzo, Mendes, Trevizan & Martins, 2013).

No decorrer do desenvolvimento dos Ensinos Clínicos pude notar um grande número de indivíduos idosos, muitos destes vindos de lares onde seus problemas de saúde associavam-se a causas urinárias, incontínências, infeções de trato urinário, entre outros. Recordo-me de um dia em sector amarelo onde fui responsável pela algaliação de uma senhora, pude basear minhas condutas visando a prevenção de Itus como por exemplo, a inserção do cateter urinário com assepsia, o uso do cateter de tamanho apropriado bem como a insuflação recomendada do balão da sonda, além disso após algaliação durante as manipulações junto a utente tive cuidados a não desconexão do sistema fechado bem como cuidados evitando refluxos da bexiga.

Contaminação das mãos de profissionais de enfermagem podem ocorrer por meio de contacto directo com o paciente ou contacto indirecto, seja com produtos e equipamentos ao seu redor, como bombas de infusão, lençóis estetoscópios entre outros a adesão e o conhecimento da equipa de enfermagem sobre as práticas de higienização das mãos é fundamental na eficácia quanto a interrupção na cadeia de infeções cruzadas, os serviços de urgência merecem especial atenção pelo facto de seus profissionais actuarem diante de agentes infeciosos ainda desconhecidos (Korb et al., 2019).

O SMI do CHL possui uma estrutura arquitetónica favorável as medidas de controlo e prevenção de IACS, destaco a de existência de sensores automáticos nos laboratórios para água e gel de mãos; disponibilização de Soluções Antissépticas de Base Alcoólica (SABA) em vários locais da unidade, três quartos isolados com pressão negativa, os protocolos estão bem desenhados para receção de utentes no intuito de investigar a incubação de agentes patógenos como por exemplo o Bactérias multi-resistentes (p.ex., *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), *Klebsiella* com betalactamases de espectro expandido), é de grande destaque o trabalho e a sensibilização dos enfermeiros desde o momento da coleta das amostras para rastreio, a identificação e isolamento dos utentes colonizados e os cuidados com o uso de Equipamentos de proteção individual a fim de evitar a propagação.

Infeções em serviços de medicina Intensiva tem-se configurado como um dos maiores desafios da medicina moderna, principalmente devido ao aumento de patógenos multiresistentes resistentes a medicamentos. É notório apontar que infeções adquiridas em hospitais, são causas de aumento de mortalidade, morbidade e consumo de recursos como materiais e medicamentos (Narayan, 2014).

As infeções adquiridas em ambiente hospitalar possuem definições com as seguintes características: infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção, uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde (World Health Organization, 2002).

As ocorrências de infeções adquiridas nos SMI são as respiratórias 63,5%, as infeções abdominais 19,6% e as da corrente sanguínea 15,1% e as do trato urinário 14,3%, mediante aos números e as ocorrências das infeções deve ser dada atenção ao monitoramento dos locais de infeção, patógenos, factores e riscos de localização (Narayan, 2014).

Destaco que minha vivência no contexto clínico a esse ponto foi muito produtiva, há uma grande sensibilização de toda equipa para uma correcta monitorização do utente, durante a realização de banhos no leito é realizado uma anamnese cuidadosa de possíveis surgimentos de lesões por pressão, os sítios de inserção de cateteres é diariamente monitorado com acompanhamento de troca de fixações ou pensos e a correcta identificação das datas no sistema informatizado, no momento da administração de medicações por vias centrais ocorre uma pré e pós desinfeção do sítio de inserção, no momento das admissões do utente proveniente de outros sectores as extensões dos dispositivos intravasculares são trocadas.

A racionalização de fluxos de trabalho para diagnóstico rápido e isolamento, o manuseamento clínico e a prevenção de infeções são importantes não apenas para os pacientes com COVID-19, mas também para os cuidados de saúde trabalhadores e outros pacientes com risco de transmissão nosocomial (Phua et al., 2020).

Identifico algumas iniciativas já implementadas que em minha opinião são primordiais aos contextos de SMI com a presença de utentes portadores da COVID-19, uso de EPI para profissionais de saúde que prestam atendimento directo a incluir máscaras médicas, aventais, luvas, e proteção ocular com óculos ou protetores faciais, para procedimentos geradores de aerossol (intubação traqueal, traqueostomia, reanimação cardiopulmonar, bolsa-máscara ventilação e broncoscopia), as máscaras são N95 e batas são resistentes a fluídos.

A um pré conhecimento de algumas particularidades envolvendo o conhecimento sobre a COVID-19 desenvolvidos através de uma cultura de segurança e incentivo a medidas de

precaução, como exemplo a importância da descontaminação das superfícies a saber que o SARS- CoV2 persiste inanimado em superfícies como plástico e aço inoxidável por até 72h, e por fim as medidas restritivas a familiares e profissionais não essenciais aos quartos de isolamento.

No Serviço de Cardiologia suscitou-me destacar medidas e cuidados de enfermagem distintas às realizadas nos ensinamentos clínicos anteriores.

É inegável que a evolução da diversidade e eficácia dos dispositivos implantáveis como pacemakers, dispositivos de ressincronização cardíaca, desfibriladores implantáveis revolucionaram as terapêuticas disponíveis a pacientes com alterações cardíacas, entretanto não de forma surpreendente as infeções aumentaram drasticamente (Martinelli et al., 2009).

Em Portugal um estudo realizado em 2015 para avaliar a número de infeções por dispositivos cardíacos demonstrou uma taxa de infeção de 1,48%, sendo destes 1,21% de pacemakers, desfibriladores e dispositivos de ressincronização 5,40%, sendo a maioria das manifestações clínicas constituídas por febre e alterações inflamatórias locais (Fernandes et al., 2016).

Os cuidados de enfermagem com pacientes após o implante de pacemaker inclui o monitoramento de complicações relacionadas à inserção e ao mau funcionamento do *pacemaker*, complicações pós-operatórias são raras, mas podem evoluir com a perfuração cardíaca e tamponamento, pneumotórax, hematoma, deslocamento do elétrodo, e infeção. A infeção no local de inserção do elétrodo é uma complicação rara, o local deve ser cuidadosamente inspecionado a ser observado a presença de secreções purulentas, eritema e edema além do acompanhamento quanto a sinais de infeção sistêmica. Embora a maioria das infeções permaneça localizada, a endocardite pode ocorrer em pacientes com elétrodos de estimulação endocárdica, uma complicação menos comum associada a estimulação transvenosa é a perfuração do miocárdio, que pode resultar em soluços rítmicos ou tamponamento cardíaco (Urden et al., 1996).

Compete ao enfermeiro especialista estabelecer procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica, com isso em mente procurei compreender e participar de intervenções voltadas a adoção medidas que promovam a diminuição de incidências de infeção após implante de *pacemaker*, pude compreender de que forma os circuitos com antibióticoterapia

profilática são iniciados a importância do enfermeiro permanecer atento sem que haja a submissão do utente ao procedimento sem antes ter recebido o antibiótico prescrito.

Na UCIC todos os utentes recebem a administração de 2 gramas de cefazolina endovenosa 01h antes da implantação. Estudos demonstraram que a taxa de infeção relacionada com o *pacemaker* varia de 0,13% a 19,9% complicações graves, como endocardite e sepse, ocorre em quase 0,5% dos pacientes, além disso, complicações infecciosas têm um impacto económico significativo no sistema de saúde devido ao alto custo do tratamento que varia de terapia com antibióticos à remoção do todo o sistema de estimulação com subsequente reimplante após tratamento prolongado com antimicrobianos, Os resultados deste mesmo estudo confirma o benefício do antibiótico profilaxia com uma dose única de 1 g de cefazolina para reduzir a incidência de complicações infecciosas durante a implantação de *pacemaker*, e desfibriladores cardioversões (Martinelli et al., 2009).

Outro ponto a destacar no EC associado as infeções é o aprofundamento desenvolvido junto a utentes com endocardite. É vital para o enfermeiro especialista desenvolver ações que possam impedir ou minimizar danos provenientes de alterações infecciosas actuar eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. Endocardite é uma inflamação na superfície endotelial do coração, especificamente vegetações de fibrina trombótica nas válvulas cardíacas que pode estar relacionada com doenças infecciosas ou não infecciosas é a quarta causa mais comum de síndromes infecciosas com risco de vida após a urosepsia, pneumonia e sepse intra-abdominal, risco de adquirir é maior entre os pacientes com doença cardíaca congênita, doença cardíaca valvular e válvulas cardíacas protéticas da incidência de intervenções invasivas de cuidados de saúde, como pacemakers implantáveis e cardiodesfibriladores, piercings corporais, abuso de drogas intravenosas e um aumento em pacientes idosos com doença valvar degenerativa tem vindo a aumentar os números em risco para a endocardite. A um conjunto de características específicas da antibioticoterapia os quadros de endocardite, resumidamente podem ser definidos em tratamentos prolongados, endovenosos e de alta dosagem sendo que deve-se sempre levar em conta a toxicidade pode prejudicar a função renal ou vestibular, quadros diarreicos e colite podem ser causadas pelo crescimento excessivo de *Clostridium difficile* (Urden et al., 1996).

Como experiência pessoal compreendo que o enfermeiro especialista desenvolve um conjunto de medidas capazes de auxiliar o processo de cura do utente. Deve haver rigor no controle de temperatura, análise de relatos de mal-estar, fraqueza, fadiga e suores noturnos, intolerância a pequenas actividades, avaliação da dor, todas medidas parecem comuns a outras patologias, porém pude observar e intervir de forma específica a algumas alterações provenientes da endocardite, por exemplo quanto a fisiopatologia a medida que a disfunção valvar acelera, ocorre insuficiência cardíaca aguda a avaliação cardíaca do enfermeiro especialista deve incluir ausculta de sons cardíacos para detetar a presença ou alteração de um sopro cardíaco que pode ser resultado de um agravamento da insuficiência cardíaca por êmbolos pulmonares, mudanças no nível de consciência, alterações visuais ou queixas de cefaleia podem estar presentes quando trata-se de eventos trombóticos e por último, a avaliação da função hepática e renal é essencial para monitorar a saúde desses órgãos devido ao risco embólico.

## CONCLUSÃO

Ao finalizar as etapas do EC e o desenvolvimento dos respectivos relatórios, torna-se inevitável não perceber a necessidade contínua que os enfermeiros devem manter na busca pelo conhecimento. As reflexões envolvendo as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foram fundamentais para nortear práticas de enfermagem no dia-a-dia.

Considero que grande parte das expectativas como estudante de um curso de mestrado proveniente de um País estrangeiro foi atendida, no entanto ressalto que factores como a pandemia Covid-19 e a dinâmica dos enfermeiros orientadores tendo que conciliar rotinas intensas de trabalho junto ao acompanhamento dos EC foi determinante na busca de alguns objectivos específicos.

Torna-se de suma importância ressaltar que emergir em uma nova cultura traz inúmeros desafios, tanto para o aluno como para os orientadores e tutores envolvidos no processo de formação, no entanto, vislumbrar novas formas na arte do cuidar mediante as normas regulamentadoras idênticas faz com que a enfermagem no mundo tenha seu reconhecimento ciência.

A realização da RSL promoveu a construção de uma base sólida de conhecimentos que forneceu subsídios para uma série de tomadas de decisão e poderá ser utilizada inclusive por outros enfermeiros e supervisores de enfermagem. Para finalizar destaco mais uma vez o orgulho de fazer parte de uma profissão que a pandemia Covid-19 provou ser insubstituível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acss. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Direcção Geral de Saúde*, 32. Retrieved from [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT09\\_2013\\_DOC\\_COMPLETO.PDF](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT09_2013_DOC_COMPLETO.PDF)
- Atwood, D., & Wadlund, D. L. (2015). ECG Interpretation Using the CRISP Method: A Guide for Nurses. *AORN Journal*, 102(4), 396–408. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.08.004>
- Baek, J., Cho, H., Han, K., & Lee, H. (2019). Association between nursing work environment and compassion satisfaction among clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, (July), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12937>
- Bezerra, C. M. B., Da Silva, B. C. O., Da Silva, R. A. R., De Martino, M. M. F., Monteiro, A. I., & Enders, B. C. (2018). Análise Descritiva Da Teoria Ambientalista De Enfermagem. *Enfermagem Em Foco*, 9(2), 79–83. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n2.1105>
- Broome, M. E., & Marshall, E. S. (2020). Transformational Leadership in Nursing. In *Transformational Leadership in Nursing*. <https://doi.org/10.1891/9780826135056>
- Burns, S. M., & Delgado, S. A. (2018). *AACN Essentials of Critical Care Nursing* (Fourth Edi). New York.
- Cardoso, D., Coelho, A., Louçano, C., Parola, V., Rodrigues, M., Fineout-Overholt, E., & Apóstolo, J. (2019). Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portuguesas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(23), 141–152. Retrieved from [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3263&id\\_revista=24&id\\_edicao=209](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3263&id_revista=24&id_edicao=209)
- Cerqueira, I. M. C. (2018). *O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado* (p. 96). p. 96. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117217/2/301514.pdf>
- Clendon, J., & Walker, L. (2013). Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work. *Journal of Nursing Management*, 21(7), 903–913. <https://doi.org/10.1111/jonm.12157>
- Comisso, I., Lucchini, A., Bambi, S., Giusti, G. D., & Manici, M. (2018). Nursing in critical care setting: An overview from basic to sensitive outcomes. In *Nursing in Critical Care Setting: An Overview from Basic to Sensitive Outcomes*. <https://doi.org/10.1007/978-3->

319-50559-6

- de Medeiros, A. C., de Siqueira, H. C. H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. dos S., & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(5), 816–822. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
- Dellinger, R. P., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S. M., ... Zimmerman, J. L. (2013). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Medicine*, 39(2), 165–228. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2769-8>
- Despacho n.º 5613/2015. (2013). Ministério da Saúde. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série - n.º 45 (05-03-2013), 8174–8175. Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/despacho-n-56132015--ministerio-da-saude--aprova-a-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. *Norma Nº 015/2013 de 03/10/2013 Revista a 04/11/2015*, 16. Retrieved from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Faria, V., Lourenço, G., Barros, C., Cabete, S., Coelho, M., Robalo, J., ... Peralta, T. (2017). *Plano de Emergência Externo(Catástrofe) - atualização* (p. 22). p. 22. Leiria.
- Fernandes, A., Cassandra, M., Trigo, J., Nascimento, J., Carmo Cachulo, M., Providência, R., ... Gonçalves, L. (2016). Cardiac device infection: Review based on the experience of a single center. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 35(6), 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2015.12.019>
- Figueiredo, F. M., Gálvez, A. M. P., Garcia, E. G., & Eiras, M. (2019). Participation of patients in healthcare security: A systematic review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(12), 4605–4620. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.08152018>
- Fonseca, C. J. V. da. (2006). *A TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS FACE AOS CUIDADOS QUE PRESTAM NO HOSPITAL*. Retrieved from <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/722>
- Goodridge, E., Furst, C., Herrick, J., Song, J., & Tipton, P. H. (2013). Accuracy of cardiac rhythm interpretation by medical-surgical nurses: A pilot study. *Journal for Nurses in Staff*

- Development*, 29(1), 35–40. <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31827d0c4f>
- Gouveia, C. P. M. (2017). *CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE CRÍTICO DESDE O AMBIENTE URGENTE AO AMBIENTE CIRÚRGICO*. 107. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20888/1/Relatório\\_Final\\_-\\_Cláudia\\_Gouveia.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20888/1/Relatório_Final_-_Cláudia_Gouveia.pdf)
- Guérin, C., Albert, R. K., Beitler, J., Gattinoni, L., Jaber, S., Marini, J. J., ... Mancebo, J. (2020). Prone position in ARDS patients: why, when, how and for whom. *Intensive Care Medicine*, 46(12), 2385–2396. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06306-w>
- Ivo Manuel Traquina Belo Cardoso. (2013). Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. *Revista de Administração Pública*, (1), 133.
- Jorge, B., Mazzo, A., Mendes, I., Trevizan, M., & Martins, J. (2013). Infecção do trato urinário relacionada com o uso do cateter: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(11), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riii1271>
- Korb, J. P., Jezewski, G., Aozane, F., Feldhaus, C., Kolankiewicz, A. C. B., & Loro, M. M. (2019). Knowledge of Hand Hygiene in the Perspective of Nursing Professionals from an Emergency Service / Conhecimento Sobre Higienização das Mãos na Perspectiva de Profissionais de Enfermagem em um Pronto Atendimento. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(2), 517. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.517-523>
- Kötter, T., Blozik, E., & Scherer, M. (2012). *Methods for the guideline-based development of quality indicators—a systematic review* (p. 22). p. 22. Retrieved from <http://www.implementationscience.com/content/7/1/21%0AImplementation>
- Lee, R. K. (2012). Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome a comprehensive overview. *Critical Care Nurse*, 32(1), 19–31. <https://doi.org/10.4037/ccn2012662>
- Lei nº15/2014 de 21 de março. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República, 1.ª Série*, (57), 2128–2131.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: theory and application* (9TH Editio). Philadelphia.
- Martinelli, M., D’Orio Nishioka, S. A., Varejão, T., Uipe, D., Pedrosa, A. A. A., Costa, R., ... De Oliveira, J. C. (2009). Efficacy of antibiotic prophylaxis before the implantation of

- pacemakers and cardioverter-defibrillators: Results of a large, prospective, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 2(1), 29–34. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.108.795906>
- Matos, M. C. B., Matos, J. G. N. F. de, Sousa, L. R. M., Sousa, Á. F. L. de, Queiroz, A. A. F. L. N., & Moura, M. E. B. (2018). Infection Control is a Safety Indication: Discussions Based on the Student’s Perspective / Controle de Infecção é Sinal de Segurança: Discussões a partir da Perspectiva Discente. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(3), 640. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.640-646>
- Ministério da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–12. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Ministério da Saúde. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Direção Geral Da Saúde. Ministerio Da Saúde*, 20. Retrieved from [http://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs\\_18-03-2011.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf)
- Naemt. (2016). *PHTLS Atendimento pré hospitalar ao traumatizado*. 8 (8º EDIÇÃO). Retrieved from [https://tuxdoc.com/download/phtls-8-ediao-9\\_pdf](https://tuxdoc.com/download/phtls-8-ediao-9_pdf)
- Narayan, K. (2014). Hospital infection prevention: Principles and practices. In C. N. K. Wattal; (Ed.), *Indian Journal of Medical Microbiology* (Vol. 32). <https://doi.org/10.4103/0255-0857.136617>
- Nishi, D., Kawashima, Y., Noguchi, H., Usuki, M., Yamashita, A., Koido, Y., & Matsuoka, Y. J. (2016). Resilience, post-traumatic growth, and work engagement among health care professionals after the Great East Japan Earthquake: A 4-year prospective follow-up study. *Journal of Occupational Health*, 58(4), 347–353. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0002-OA>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Oliveira, A. C. de, Garcia, P. C., & Nogueira, L. de S. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(4), 679–689. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo>

Deontologico.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República*, 2ª Série, nº 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº 26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. *Diário Da República N.º 184/2019, Série II*(184), 128–155.
- Pearson, B. D., & Kim, H. S. (1984). The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. In *The American Journal of Nursing* (Vol. 84). <https://doi.org/10.2307/3463817>
- Peralta, A. D. F. L. C. B. C. M. C. J. R. E. S. N. L. T. (2017). *Plano Emergência Externo(Catástrofe)* (p. 21). p. 21.
- Pereira, S. B. (2018). O TRANSPORTE INTER- HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO:DOCUMENTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS. Retrieved October 25, 2020, from Dissertação de Mestrado website: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/56156/1/PIS-TIHDC\\_SylvieBPereira.versaofinal.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/56156/1/PIS-TIHDC_SylvieBPereira.versaofinal.pdf)
- Phua, J., Weng, L., Ling, L., Egi, M., Lim, C. M., Divatia, J. V., ... Du, B. (2020). Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 506–517. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30161-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30161-2)
- Porto, C. C. (2019). *Semiologia Médica* (8ª Edição; C. C. Porto; & A. L. Porto, Eds.). Rio de Janeiro: LTDA, Editora Guanabara Koogan.
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nurse in limbo: A qualitative study of nursing in disasters in Iranian context. *PLoS ONE*, 12(7), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181314>
- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3446–3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>

- Regulamento N.º 124/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da Republica N.º 35/11, II Série*. 8656–8657.
- Saúde, M. da. (2015a). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário Da República, 2.ª série*(28), 3882(2)-(10).
- Saúde, M. da. (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário Da República, 2.ª série*(28), 3882(2)-(10). Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Schmidt, M., & Haglund, K. (2017). Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *Journal of Trauma Nursing, 24*(5), 317–322. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000315>
- Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2020). Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE), 28*, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3239.3256>
- Simões, F. C. L. (2018). *A Via Verde da Sepsis e a Estabilização Hemodinâmica de Doentes em Choque Séptico*. (14803). Retrieved from <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42157/1/FilipaLSimoes.pdf>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência, II*(6), 93.
- Smith, J. G. (2018). The nurse work environment: Current and future challenges. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 23*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/jabr.12126>
- Smith, P. W., & Nicolle, L. E. (2001). The Chronic Indwelling Catheter and Urinary Infection in Long-Term-Care Facility Residents. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 22*(5), 316–321. <https://doi.org/10.1086/501908>
- SNS, S. N. de S. (2017). Via Verde Coronária. Retrieved November 6, 2021, from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/02/15/via-verde-coronaria/>
- Sousa, P., & Mendes, W. (2014). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. In *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. <https://doi.org/10.7476/9788575415955>
- Stivers, C., & Schmidt, M. R. (2000). You Know More Than You Can Say: In Memory of Donald A. Schon (1930-1997). *Public Administration Review, 60*(3), 265–274.

<https://doi.org/10.1111/0033-3352.00086>

- Ulrich, C., Soeken, K., & Miller, N. (2003). Predictors of nurse practitioners' autonomy: effects of organizational, ethical, and market characteristics. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(7), 319–325. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2003.tb01315.x>
- Urden, L. D., Lough, M. E., & Kathleen, M. S. (1996). Priorities in Critical Care Nursing, 2nd Edition. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 15(6), 333. <https://doi.org/10.1097/00003465-199611000-00008>
- Vincent, C. (2003). Understanding and Responding to Adverse Events. *New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051–1056. <https://doi.org/10.1056/nejmhpr020760>
- WHS. (2013). Understanding Safety Culture. *Queensland Government*, 1–8. Retrieved from [www.worksafe.qld.gov.au](http://www.worksafe.qld.gov.au)
- Wong, C. A., & Giallonardo, L. M. (2013). Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 740–752. <https://doi.org/10.1111/jonm.12075>
- World Health Organization. (n.d.). Palliative Care. Retrieved July 24, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2002). Prevenção de infeções adquiridas no hospital - Um guia prático. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 93. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/prevencao-de-infeccoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico-pdf.aspx>
- World Health Organization. (2019). WHO | 10 facts on patient safety. *Who*, (REPORT), 10. Retrieved from [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/)
- Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing Open*, 6(3), 998–1005. <https://doi.org/10.1002/nop2.279>

## PARTE II- INVESTIGAÇÃO

## INTRODUÇÃO

O papel dos líderes em enfermagem tem sido cada vez mais imprescindíveis para o alcance do sucesso organizacional. A participação das lideranças têm ganho destaque no fortalecimento de ambientes da prática de enfermagem, sendo a abordagem dos gestores hospitalares fundamental na resolução de dilemas das organizações primordiais para o sucesso das tarefas, ou seja, o controlo da tomada de decisões e a coordenação da força de trabalho (Lake, 2002).

Segundo Lake (2002) o ambiente da prática de enfermagem é um constructo complexo para conceituar e medir, entretanto, há um conjunto de características organizacionais comuns que podem ser utilizadas na conceitualização dos ambientes de trabalho, ou seja, a descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem, uma forte e eficaz liderança de enfermagem, reconhecimento da autonomia profissional de enfermagem, responsabilidade pela qualidade dos cuidados ao cliente, adequação dos recursos humanos e horários flexíveis.

O ambiente de trabalho pode ser caracterizado como sendo aqueles cujos factores organizacionais tendem a contribuir para melhores resultados, desempenho e comprometimento no trabalho. Para os enfermeiros, ambientes de trabalho favoráveis, apoiam práticas de enfermagem e a continuação do desenvolvimento da carreira profissional. Um ambiente de trabalho de enfermagem também é visto como provedor de recursos organizacionais que permitem ou restringem a aplicação da enfermagem profissional (Lee, MacPhee & Dahinten, 2020).

Características do ambiente psicossocial do trabalho, como baixo suporte organizacional, baixa centralidade da rede, organização negativa clima internacional, alta demanda de trabalho, baixo controle de trabalho e alto são os preditores mais fortes de intenções de rotatividade. Além disso, a rotatividade estava altamente associada à falta de liderança solidária e comunicativa (Furunes, Kaltveit, & Akerjordet, 2018).

Ambientes de saúde são locais onde as decisões éticas são ditadas pelos profissionais que ali atuam, enfermeiros, médicos e outros profissionais sentem-se na obrigação de promover assistências com melhor qualidade em tempo hábil, porém quando isto não ocorre, emanam sentimentos de falta de autonomia e impotência desenvolvendo uma reação psicológica denominado sofrimento moral, sendo um problema ativo a influenciar ambientes de trabalho e a decisão de permanecer. Engajar enfermeiros e médicos da equipa na tomada de decisão

relacionar-se com o atendimento ao paciente pode ajudar a neutralizar sentimentos de sofrimento moral. Além disso, o desenvolvimento de programas para enfrentar o sofrimento moral são imperativos (Almutairi, Salam, Adlan, & Alturki, 2019).

Recentemente, a AACN (*the American Association of Critical-Care Nurses*) identificou padrões que promovem um ambiente de trabalho saudável, a comunicação qualificada tomada de decisão eficaz, colaboração verdadeira, pessoal adequado, liderança autêntica e reconhecimento significativo são responsáveis pela satisfação dos utentes e pela intenção de enfermeiros em não abandonar seus trabalhos (Ylitörmänen et al., 2019).

No estudo realizado por Atefi, Abdullah e Wong (2016) enfermeiras relataram a necessidade de trabalhar em equipa, compartilhar seus conhecimentos e experiências de utentes cuidado com seus colegas. Muitos dos enfermeiros declararam que o trabalho em equipa na enfermagem é extremamente importante e que os enfermeiros que trabalham juntos forjam a melhores resultados para seus utentes (Almutairi et al., 2019).

Altos níveis de comprometimento afetivo com uma organização são também considerados como uma das principais características dos enfermeiros engajados no trabalho. O engajamento no trabalho é definido como uma posição ou estado de espírito positivo, gratificante e relacionado ao trabalho, caracterizado por vigo e dedicação e é considerado um importante preditor de compromisso organizacional, bem como a intenção de abandonar uma empresa. Além disso, o engajamento no trabalho tem sido relacionado a outras atitudes e comportamentos de trabalho do pessoal de enfermagem, como satisfação no trabalho, desempenho efetivo ou a qualidade dos cuidados (Orgambídez, Borrego, & Vázquez-Aguado, 2019).

Estratégias que visem o fornecimento adequado de pessoal para garantir que os enfermeiros tenham os recursos necessários para prestar o melhor atendimento possível aos utentes, tempo suficiente para intervenções de enfermagem e reflexões críticas sobre a forma de atendimento aos utentes, envolvimento dos diretores hospitalares para melhor compreensão do papel dos enfermeiros nas organizações, sendo estes, sensíveis a mudança e oportunidades que envolvam os enfermeiros assim como a relação entre médicos e enfermeiros, são medidas compreendidas como eficazes na mudança dos ambientes de trabalho em enfermagem (Wolf, Perhats, Clark, Moon, & Zavotsky, 2018).

O modelo internacionalmente aceito com sucesso em suas abordagens é o reconhecimento magnético, que através de um modelo de organização, com adequada dotação de pessoal, menores cargas de trabalho e ambientes laborais de apoio, foi durante três décadas a estratégia mais eficaz para a resolver a falta de enfermeiros. O reconhecimento Magnético baseia-se em valores que reúnem forças do magnetismo incluindo a criação de ambientes de trabalho de enfermagem de alta qualidade além disso estão implementação de uma liderança transformadora, desenvolvimento de uma estrutura empoderada, estabelecimento de boas práticas utilização do conhecimento, inovação, melhoria contínua mediante a pesquisa e prática baseada em evidências entre outros (Wolf et al., 2018).

Liderança autêntica foi definida como um padrão de comportamento do líder que utiliza e promove tanto a capacidade psicológica positiva e um clima ético positivo, para promover maior autoconsciência, perspectiva moral internalizada, processamento equilibrado de informações informação e transparência relacional entre líder e liderados (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing, & Peterson, 2008, p. 94)

A liderança autêntica influencia positivamente os enfermeiros das equipas, ajudam os enfermeiros a encontrar significado no trabalho e promover ambientes de trabalho inclusivos e saudáveis, levando a resultados positivos tanto para utentes como para as organizações, à liderança autêntica está enraizada em valores humanísticos, que são o núcleo da enfermagem. Líderes autênticos enfatizam os pontos fortes de seus membros, criam um ambiente aberto que incentiva o compartilhamento de opiniões e formação para a tomada de decisões e promover um desenvolvimento positivo e resultados. Para os enfermeiros, liderança eficaz e um ambiente de trabalho favorável foram os principais determinantes que influenciam seu trabalho e retenção na carreira e a liderança autêntica foi uma ferramenta eficaz e útil paradigma de gerenciamento de enfermagem (Baek et al., 2019).

Comportamentos com vista à capacitação das equipas, colaboração entre líderes e liderados através de liderança compartilhada permitem o desenvolvimento de um trabalho de melhor qualidade e estão diretamente ligadas ao facto de enfermeiros deixarem suas profissões, já que a falta de autonomia é apontada como um dos factores responsáveis pela insatisfação no trabalho (Galletta, Portoghese, Coppola, Finco, & Campagna, 2016).

No ambiente atual de cuidados de saúde, com escassez de recursos humanos e financeiros, é imperativo que os gerentes de enfermagem criem um trabalho empoderado ambiente que promove a satisfação no trabalho, com o objectivo final de melhorar o atendimento ao paciente e reduzir a rotatividade de enfermeiros. O foco deve estar na criação de poder, ambientes de trabalho com estrutura de governança compartilhada, autonomia, desenvolvimento profissional e apoio à liderança (Furunes et al., 2018).

Apesar de todos os benefícios demonstrando a importância das lideranças no ambiente da prática, Roche et al (2016) em seu estudo comprova que os ambientes de prática ao longo do tempo vem sofrendo alterações importantes, sendo acompanhada por uma importante redução quanto a qualidade do relacionamento de médicos e enfermeiros, gestão e liderança, participação do enfermeiro assuntos hospitalares e condições de enfermagem para atendimento de qualidade também são pilares decisivos atrelado as mudanças.

A liderança de enfermagem é capaz de fornecer orientação para resolver problemas complexos relacionados à prestação de cuidados de enfermagem, criam processos para o cuidado de enfermagem e facilitam a obtenção de resultados positivos. Diante da escassez de profissionais de enfermagem, a falta de preparação de muitos líderes tem contribuído para este agravamento. Portanto visto que as organizações de saúde gastam recursos consideráveis todos os anos em pessoal e liderança desenvolvimento é fundamental compreender os fatores que contribuem para a liderança em enfermagem (Cummings et al., 2008).

Outros estudos que também trazem definições a respeito de ambientes de trabalho em enfermagem, deparam-se nas mesmas conclusões sendo que as características destacadas são as ligadas a liderança dos enfermeiros, relacionamento colegial com médicos, participação de enfermeiros em tomada de decisão, disponibilidade de recursos e as bases necessárias para cuidados de qualidade (Roche et al., 2016).

O turnover (rotatividade) e a escassez de profissionais de enfermagem têm sido comuns em vários cenários do mundo, acarretando enormes despesas organizacionais além de impactos diretamente ligados a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes. Apesar de existir várias facetas associadas ao turnover, os ambientes de trabalho são hoje apontados como sendo grandes responsáveis pela retenção de enfermeiros e pela satisfação profissional. Em investigações avaliando a rotatividade, factores como satisfação no trabalho

e comprometimento organizacional tem sido conectado ao desempenho de enfermagem, qualidade da assistência de enfermagem e retenção de empregos (Adams, Hollingsworth, & Osman, 2019)

Garantir uma melhor compreensão de como melhorar o ambiente de trabalho do enfermeiro pode resultar num aumento da retenção de enfermeiros e melhores resultados para os utentes. Melhorar o ambiente de trabalho do enfermeiro pode servir como uma intervenção econômica para diminuir a rotatividade de enfermeiros e melhorar os resultados dos utentes e enfermeiros (J. G. Smith, 2018).

Em cenários de saúde cada vez mais exigentes em termos de complexidades de procedimentos, cargas de trabalho e alta demanda de tecnologia, a retenção das equipas é fundamental. Apesar de muitas descobertas dos reais motivos que levam os enfermeiros deixar seus locais de trabalho ou demonstrar intenção de sair, um dos factores mais associados tem sido ligado aos ambientes (Dahinten, Lee, & MacPhee, 2016).

Também é conhecido que ambientes de trabalho estão diretamente ligados a maior comprometimento e engajamento profissional o que pode levar a melhora na segurança dos cuidados prestados aos utentes (Nantsupawat et al., 2017).

A retenção das equipas de enfermagem deve ser tratada como um eixo fundamental para um atendimento de qualidade, sendo que enfermeiros e equipas experientes estão associadas a qualidade de serviços prestados além de diminuição de custos (Orgambídez et al., 2019).

Estudos têm demonstrado que os ambientes que foram percebidos pelas enfermeiras como positivos, estão associados a maior satisfação laboral, gerando menores níveis de exaustão e uma menor intenção de abandonar o emprego atual e a profissão, podendo desta forma melhorar o atendimento aos utentes (Sillero & Zabalegui, 2020).

A alta taxa de rotatividade entre os enfermeiros e a escassez de profissionais qualificados está ligada à ambientes da prática de enfermagem sendo que melhorar ambientes de trabalho de enfermagem resulta em melhorias na qualidade de atendimento aos utentes além de diminuir insatisfação no trabalho, esgotamento e a intenção os enfermeiros em abandonar a profissão (Wolf et al., 2018).

Esses recursos incluem elementos de gerenciamento e liderança, sistemas de desenvolvimento, mecanismos de qualidade, recursos de apoio no local de trabalho e participação na governança das organizações de saúde (Nantsupawat et al., 2017).

O comprometimento organizacional tem um importante papel no envolvimento dos profissionais junto as instituições e estão conectados a prevenção na intenção de sair. Factores organizacionais ligados ao trabalho, bem como a qualidade das relações são factores que aumentam o comprometimento dos profissionais e diminuem o risco de rotatividade (Galletta et al., 2016)

Enfermeiros satisfeitos com suas tarefas, ambientes de trabalho favoráveis a prática e a maneiras como estes profissionais são tratados por suas organizações proporcionarão conexões mais profundas e, conseqüentemente, aumentam seu comprometimento organizacional. Por outro lado, baixos níveis de satisfação no trabalho têm sido associados a resultados negativos do trabalho, cuidados de enfermagem perdidos, cuidados de enfermagem de baixa qualidade, diminuição comportamento de cidadania organizacional e alta rotatividade. Antes de gerenciar os problemas da força de trabalho dos enfermeiros, é necessário explorar a relação entre as taxas de rotatividade entre os enfermeiros, investigar as ações de liderança associados aos desgastes nos ambientes da prática e após isso desenvolver medidas que minimizem a turnover (Baek et al., 2019).

A baixa satisfação subjetiva do ambiente de trabalho está associada a intenção de enfermeiros se demitirem. A exigência física e emocional encontrada em ambientes de trabalho de enfermagem vem sendo associada ao aumento do Burnout. O Burnout por sua vez é compreendido por reações ligadas a emoção como exaustão, despersonalização, diminuição da eficácia pessoal, cinismo após longos períodos de stress ligados ao trabalho, emoções geradoras de apatia e baixo desempenho no trabalho (Atefi et al., 2016).

No estudo desenvolvido por Sillero e Zabalegui (2020), 20% das enfermeiras tinham intenção de abandonar o trabalho, sendo o ambiente laboral, a insatisfação laboral e a exaustão emocional das enfermeiras eram os principais factores preditivos, concordando com estudos europeus realizados anteriormente. As enfermeiras que estavam insatisfeitas com o trabalho tiveram mais intenção de abandonar ou mudar de trabalho que as enfermeiras que estavam satisfeitas (Sillero & Zabalegui, 2020).

O Burnout é o motivo mais comum pelo qual os enfermeiros do hospital deixam os seus empregos. A intenção de um funcionário de desistir decorre de problemas físicos ou psicológicos, estresse e exaustão emocional juntamente ao aumento do Burnout. Quanto menor a satisfação laboral, maior a intenção de abandonar o trabalho. Melhores ambientes estão associados a um número menor de casos Burnout, maior satisfação no trabalho e menor intenção de abandono (Orgambídez et al., 2019).

Outro fator ligado à exaustão emocional dos enfermeiros em contextos de ambientes de trabalho são os achados apresentados no estudo Wolf et al (2018). O bullying está associado à exaustão emocional, problemas mentais saúde, sintomas de estresse psicológico, insatisfação no trabalho, absentéismo, intenção de sair e altas taxas de rotatividade e atua como um gatilho para a uma série de instabilidades emocionais. O bullying também foi identificado como uma barreira para combater a violência no local de trabalho originária de utentes e visitantes e afeta potencialmente a saúde e a segurança gerais de toda a local de trabalho (Wolf et al., 2018).

O assédio moral no local de trabalho é descrito como causa e efeito de fadiga física e emocional e é relatado como uma parte comum e frequentemente tolerada socialização de enfermagem (Almutairi et al., 2019).

O assédio moral foi identificado como responsável pela dinâmica quanto a assistência de enfermagem junto aos utentes além de promoverem uma cultura de permanência por parte dos enfermeiros.

Intervenções em ambientes de trabalho tem se tornado elemento chave na prestação de cuidados em unidades de cuidados críticos, a resultar em menos cuidados de enfermagem perdidos e melhora da qualidade nos atendimentos (Liu, Zheng, Liu, & You, 2019).

A identificação de várias intervenções para melhoria dos ambientes demonstra-se simples, economicamente viáveis e de fácil implementação. As intervenções resultam no envolvimento das equipas, enfermeiros relataram sentimentos de empolgação por estarem envolvidos em processos de mudanças (Adams et al., 2019).

A satisfação no trabalho e intenção de permanecer é resultante de uma comunicação eficaz entre membros da equipa. A comunicação é vista como mediador na intenção de ficar promovendo ambientes de trabalho propícios a prática (Al-Hamdan, Banerjee, & Manojlovich, 2018).

A comunicação tem efeitos importantes no bem-estar do trabalhador. Comunicação e incentivo verbal fortalece as relações enfermeiro - enfermeiro promove o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis. A qualidade da colaboração entre a enfermeira e o médico foi uma característica importante de um ambiente laboral saudável reconhecida dentro de hospitais magnéticos, o estudo de Sillero e Zabalegui (2020) identificou como sendo factores responsáveis para manter os enfermeiros em seus empregos atuais, relação com colegas, salário e benefícios (Sillero & Zabalegui, 2020).

Os departamentos de emergência também são unidades de atendimentos envolvendo pacientes críticos sendo que as relações da equipa de enfermagem com enfermeiros supervisores torna-se fundamental na obtenção de cuidados de qualidade optimização de recursos e materiais, satisfação profissional e compromisso organizacional (Jung & Park, 2021).

Em Portugal os ambientes de trabalho foram avaliados através de um estudo Jesus, Roque e Amaral (2015) onde dados revelaram que os ambientes da prática de enfermagem na maior parte dos hospitais portugueses são considerados desfavoráveis, evidenciando uma imediata e profunda intervenção por parte de diferentes órgãos associativos, profissionais, líderes e organizações (Jesus, Roque, & Amaral, 2015).

Vários estudos mostraram que a abordagem e os estilos de liderança dos gestores podem influenciar tanto o desempenho da equipa quanto as medidas de desempenho do sistema de saúde (Rad & Yarmohammadian, 2006).

Noutro estudo realizado por Spechia (2021) os estilos de liderança positivos melhoram a satisfação no trabalho dos enfermeiros, o compromisso organizacional e a intenção de permanecer em sua posição, reduzindo simultaneamente a exaustão emocional (Specchia et al., 2021).

Usamos a definição de liderança de Northouse “um processo pelo qual um indivíduo influencia um grupo de indivíduos para alcançar um objetivo comum” Northouse (2007) os estilos de liderança podem ser geralmente categorizados como focados nas relações humanas ou na conclusão de tarefas (Cummings et al., 2018).

O objetivo da revisão foi revisar sistematicamente a literatura examinando as relações entre estilos de liderança e ambientes da prática em enfermagem. Através deste estudo será possível

compreender melhor a relação entre diferentes estilos de liderança e ambientes de trabalho, além disso poderá servir como instrumento norteador tanto para lideranças quanto para organizações em busca da melhora da qualidade nos serviços dos objetivos organizacionais.

A seguinte questão de pesquisa orientou a revisão sistemática da literatura. Os estilos de liderança em enfermagem influenciam os ambientes de trabalho em enfermagem?

## **1.METODOLOGIA**

As revisões sistemáticas de métodos mistos reúnem e organizam os denominados achados de eficácia, ou seja, resultados de evidência quantitativa, mas também a integração de evidências qualitativas, experiência do paciente, família, equipa que auxiliam os pesquisadores no processo de tomada de decisão (Bressan et al., 2017).

As revisões sistemáticas da literatura de boa qualidade são consideradas o melhor nível de evidência para tomada de decisão, devendo seguir algumas etapas fundamentais sendo elas a elaboração, busca na literatura, seleção dos artigos, extração dos dados, avaliação da qualidade metodológica, síntese dos dados, avaliação da qualidade das evidências, redação e publicação dos resultados (Galvão & Pansani, 2015).

### **1.1 OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Vários autores utilizam o modelo PICO para descrever todos os componentes relacionados ao problema identificado e estruturar a questão de pesquisa. PICO representa um acrónimo que significa: Paciente, Intervenção, Comparação e Resultado. Esses quatro componentes são os elementos essenciais da questão de pesquisa em Prática Baseada em Evidências para a construção da questão para a busca bibliográfica de evidências (Antes, Galandi, & Bouillon, 1999).

Neste estudo, a questão de investigação foi composta pelo PI(C)OS, detalhando: (P) Enfermeiros a exercer funções em contextos hospitalares; (I) uso de diferentes estilos de

liderança por enfermeiros coordenadores, gerentes e líderes; C (sem comparação) ;(O) ambiente de trabalho; (S) tipo de estudo.

Desta forma, com a elaboração da presente RSL procurámos dar resposta à seguinte questão:

**Qual é a influência dos estilos de liderança no ambiente de trabalho de enfermagem?**

## 1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A seguir encontram-se definidos os critérios seguindo-se a metodologia PI(C)O:

**População:** Enfermeiros que atuam em ambiente hospitalar.

**Intervenção:** Estilo de Liderança em enfermagem.

**Comparador:** não aplicável.

**Resultados (Outcomes):** Ambientes de trabalho em enfermagem: No ambiente de trabalho incluímos: taxas que medem características ou tipos de ambiente, taxas que medem satisfação profissional ou qualidade de vida profissional, Intenção de rotatividade antecipada e níveis de burnout.

**Tipo de Estudo:** Estudos observacionais (descritivos e analíticos) estudos experimentais (ensaio clínico randomizado, ensaios comunitários, estudos primários que investigaram estilos de liderança e ambientes de trabalho com disponibilidade de texto completo.

Publicações disponíveis nos seguintes idiomas: Inglês e Português.

Foram ainda definidos critérios de inclusão desta RSL: Para esta revisão foi considerada a dimensão temporal de 2017 a 2022. Esta dimensão temporal foi definida em virtude de termos localizado uma Revisão sistemática da literatura desenvolvida por Cummings (2018) com os mesmos objetivos

Exclusão nesta RSL:

- **CE1** – Estudos que tratem sobre liderança sem especificar um estilo.
- **CE2**- Estudos que não demonstram influência de algum estilos de liderança em enfermagem ao ambientes de trabalho.
- **CE3**- Estudos com enfermeiros que não estejam a trabalhar em hospitais.

## - CES- Estudos secundários- Revisão Sistemática da Literatura

### 1.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA E LOCALIZAÇÃO

A investigação decorreu em três fases distintas:

1. A primeira fase foi realizada através de uma busca nas bases de dados Pubmed (utilizando os termos MESH), na base Web of Science e na base MEDLINE (EBSCO) onde foram utilizados os termos MESH mais os termos controlados encontrados nas leituras anteriores, conforme apresentado na tabela 1.3 . Os estudos foram selecionados associando as palavras-chave ao título, resumo ou descrição dos estudos utilizados nos recursos próprios de cada base de dados.
2. Através do acesso ao repositório *Open Access Scientific Repositories of Portugal* foi realizado a avaliação da literatura cinzenta.
3. Inclusão de referências bibliográficas adicionais identificadas durante a pesquisa e incluídas nos artigos identificados.

### 1.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Após a leitura completa dos artigos procedemos à avaliação da qualidade metodológica dos mesmos, com o objetivo de avaliação crítica da qualidade das evidências e averiguar se os mesmos poderiam ser incluídos na RSL.

A escolha do instrumento foi feita tendo em conta o tipo de estudo e a metodologia utilizada pelos autores. Desta forma, para os seis estudos foi utilizado o *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* (JBI, 2020).

O levantamento dos estudos obedeceu as fases de estratégia de pesquisa e localização sendo realizada em dezembro de 2021. A pesquisa nas respectivas bases de dados encontra-se no Apêndice I.

A avaliação da qualidade metodológica dos artigos procedentes a aplicação do instrumento disponibilizados pela JBI, foi realizada por dois revisores de forma independente e dessa avaliação resultou a inclusão de 06 estudos encontrados no Apêndice II.

## 1.5 EXTRAÇÃO DE DADOS

Nesta pesquisa, os dados quantitativos foram convertidos em qualitativos, ou seja, houve uma interpretação narrativa das informações colhidas por meio dos estudos elegíveis, que podem ser provenientes de estudos experimentais ou observacionais (incluindo os componentes quantitativos de métodos mistos), para revisão de métodos mistos, os achados foram categorizados e agrupados (Stern et al., 2020).

O levantamento de dados realizado nesses estudos por meio de informações de acordo com a questão de revisão, análise de subgrupos e conjuntos, tem como principal objetivo contribuir para a identificação e preenchimento de lacunas relacionadas à liderança, fornecendo ferramentas para melhor gestão dos ambientes de trabalho, e melhorar a qualidade dos indicadores relacionados com a saúde em Portugal e no mundo.

## 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A recomendação da utilização do fluxograma de Prisma é encontrado dentro do recomendação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e tem como objetivo o auxiliar autores quanto ao relato suas revisões (Galvão & Pansani, 2015).

A pesquisa inicial rendeu 2931 registros no PubMed, 584 registros no Web of science, 5476 Medline (EBSCO) e 01 registro Rcaap (Portugal). Após a remoção das duplicatas, os registros finais foram 7974. A seleção por título e resumo reduziu a pesquisa para 23 registros e manteve-se 06 registros para a análise final. O objetivo da pesquisa foi selecionar apenas estudos primários que apresentavam dados que relacionavam estilos de liderança e ambientes de trabalho em enfermagem. Isso contribuiu para a redução do número de registros.

Na Figura 1 encontra-se o desenvolvimento do processo de seleção dos estudos.

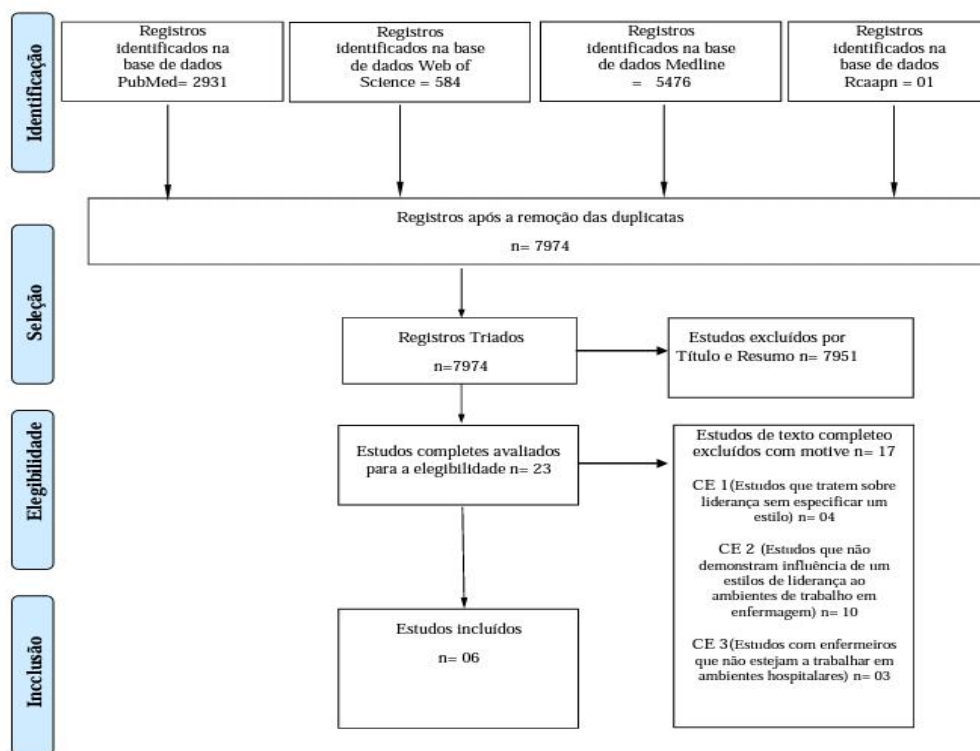


Figura 1 - Diagrama PRISMA de seleção dos estudos.

Fonte: Adaptado de Moher et al., (2009).

Quanto ao tipo de estudo, os seis estudos são transversais. Quanto às unidades/ambientes específicos de trabalho dos seis estudos transversais, um estudo identificou características de estilos de liderança associadas a ambientes de cuidados intensivos, os demais estudos não

pormenorizaram unidades específicas, mas associaram os estudos a enfermeiros de unidades hospitalares.

Ambientes de cuidados críticos são imprevisíveis, e podem ser compreendidos como ambientes de grande complexidade na tomada de decisão onde profissionais encontram-se diante da vida e morte, sendo assim, entender os processos de tomada de decisão dos enfermeiros impacta diretamente nas práticas de gestão e no ambiente de trabalho (Soon & Ibrahim, 2017).

Os achados desta RS identificam uma necessidade cada vez maior em compreender ambientes de cuidados críticos, confirmam que os enfermeiros estão cada vez mais envolvidos na decisão Abuejheisheh et al. (2020), contribui com a pesquisa de Jesus, Roque e Amaral (2015) que identificou que em relação à dimensão “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” apenas uma das organizações (das 31 participantes) ou seja, 3,2% apresentou valores favoráveis, o que impacta directamente na construção de ambientes positivos e favoráveis a prática. (Abuejheisheh, Tarawneh, Qaddumi, Almahmoud, & Darawad, 2020).

A revisão dos estudos abordou 4 países diferentes sendo metade 50% dos estudos da América do Norte (EUA), um do Irão, um do Líbano e um da China.

O questionário foi a ferramenta mais utilizada para a coleta de dados sendo encontrado em todos estudos transversais, no E1 foi utilizado questionário semi estruturados, três (E2, E5 e E6) utilizaram questionário de Liderança autêntica (*Authentic Leadership Questionnaire - ALQ*), três estudos (E2, E5 e E6) a escala de ambiente de trabalho saudável (HWE) elaborado pela *American Association of Critical Care Nurses*, dois estudos a escala de Questionário de Liderança Multifatorial 5X (*Multifactor Leadership Questionnaire MLQ*) (E3 e E4), um (E3) a Escala de Rotatividade Antecipada (*Anticipated Turnover Scale ATS*) e um (E2) a escala para medir o burnout a (*Maslach Burnout Inventory - MBI-HSS*).

A liderança autêntica foi o estilo mais estudado (E1, E2, E5, E6). Os outros estilos de liderança encontrados estão presentes nos estudos (E3 e E4) e contemplam os estilos transformacional, transaccional e Laissez-faire.

No que concerne aos resultados, fizemos a extração de dados de acordo com os objetivos desta revisão.

Detalhes sobre o ano de publicação, país, desenho do estudo, tamanho da amostra, métodos, resultados e limitações dos artigos seleccionados são mostrados no quadro 1.

**Quadro 1. Descrição dos dados obtidos nos estudos através da metodologia PI(C)OS**

AUTORES, PAÍS	POOULAÇÃO	INTERVENÇÃO	COMPARADOR	RESULTADOS	TIPO DE ESTUDO
<b>E1</b> Kelly e Todd (2017); Estados Unidos.	Enfermeiros de cuidados intensivos; n=105.	Liderança Autêntica	Não aplicável	O objetivo principal do estudo foi examinar as relações entre as características do ambiente de trabalho percebido dos enfermeiros (medido pelo HWEA) e a fadiga por compaixão (medido pelo instrumento Professional Quality of Life. A Liderança autêntica está diretamente ligada a ambientes de trabalho saudáveis (HWEs) e desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde de qualidade.	Transversal Analítico
<b>E2</b> Lee, Chiang, Kuo (2018); China	Enfermeiros de três diferentes níveis hospitalares (centro médico, regional e distrital) n= 946	Liderança Autêntica	Não aplicável	A liderança autêntica pode afetar a intenção de enfermeiros deixarem seus trabalhos, no entanto o ambiente de trabalho e o burnout contribuem são importantes mediadores dessa influência.	Transversal Analítico
<b>E3</b> Pishgooie et al. (2018); Irã.	Enfermeiros n = 1617 enfermeiros.	Liderança Transformacional Liderança Transacional Liderança Laissez-faire	Não aplicável	Os estilos de liderança transformacional e transacional podem reduzir o estresse no trabalho e a intenção de sair. A liderança transformacional e a transacional promovem maior comunicação e colaboração entre a equipa, influenciando diretamente o ambiente de trabalho e a cultura organizacional. A Liderança laissez-faire está associada estresse no trabalho e rotatividade antecipada.	Transversal Analítico
<b>E4</b> Sabbah et al. (2020); Líbano.	Enfermeiros de 8 Hospitais n=250	Liderança Transformacional Liderança Transacional Liderança Laissez-faire	Não aplicável	Estilos de liderança estão associados a uma melhor qualidade de vida dos enfermeiros no local de trabalho, aumentam a satisfação no trabalho, reduzem o nível de rotatividade de funcionários. A liderança transformacional têm a capacidade de motivar seus funcionários em comparação com aquelas cujos líderes adotaram a liderança transacional. A Liderança Laissez-faire atrasa a autonomia na tomada de decisões, atrasa as ações e ignora as responsabilidades do líder insatisfação no trabalho	Transversal Analítico
<b>E5</b> Raso et al. (2020); Estados Unidos.	Enfermeiros (amostragem em conferência nacional) n=254	Liderança Autêntica	Não aplicável	Correlação moderada entre liderança autêntica e ambientes de trabalho saudáveis.	Transversal Analítico
<b>E6</b> Raso et al. (2021); Estados Unidos.	Enfermeiros (amostragem nacional) n = 5088	Liderança Autêntica	Não aplicável	Os enfermeiros perceberam que a liderança autêntica e ambientes de trabalho saudáveis estavam associados apesar de um alto nível de impacto pandêmico	Transversal Analítico

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A presente revisão sistemática tem como principal motivação responder à pergunta de pesquisa sobre a influência dos estilos de liderança em enfermagem no tipo de ambiente de trabalho. Para tanto, dez artigos selecionados e classificados satisfatoriamente quanto à qualidade foram analisados com base nos conceitos de estilo de liderança e tipos de ambiente de trabalho apresentados anteriormente.

O estudo transversal de Kelly e Todd (2017), apesar de ter sido realizado em apenas um local foi capaz de avaliar satisfatoriamente as associações dos componentes do ambiente de trabalho saudável (Healthy Work Environment – HWE) com o burnout (ou esgotamento), o trauma secundário e a satisfação compassiva.

Os achados associaram os padrões de HWE de forma consistente com o esgotamento e a satisfação compassiva. Um dos indicadores mais fortes de um ambiente de trabalho saudável foi a atuação de líderes autênticos. Nos ambientes de trabalho onde a percepção da liderança autêntica era mais alta, foram observados os menores níveis de burnout e os maiores níveis de satisfação compassiva.

Neste contexto, a liderança em enfermagem parece ter impacto direto não apenas na interação e entusiasmo da equipa, mas também no ambiente de trabalho. Assim, características com confiabilidade, compaixão, fidedignidade, e espontaneidade emergem como qualidades de um líder eficaz e que criam a autenticidade de seu HWE.

Por outro lado, os mesmos enfermeiros líderes podem ser chave para criação de para um ambiente de trabalho insalubre. Isso pode ser porque os enfermeiros acreditam que os líderes têm sido pouco eficazes em influenciar um ambiente de trabalho saudável, esta percepção pode estar relacionada a uma possível falta de autonomia do enfermeiro líder dentro das organizações, o que impediria uma atuação mais efetiva na promoção de um ambiente de trabalho mais saudável.

De acordo com os autores, a liderança autêntica teria a capacidade de diminuir efetivamente o burnout, por isso os mesmos recomendam que as organizações promovam processos de desenvolvimento e identificação de líderes de enfermagem autênticos.

Para além da conexão direta entre liderança autêntica e burnout, o estudo de Kelly e Todd (2017) estabeleceu ainda conexões entre o reconhecimento significativo, a satisfação compassiva e o burnout. Assim, para promover e sustentar um HWE, o reconhecimento significativo poderia ser uma ferramenta poderosa para aumentar a satisfação compassiva e reduzir o burnout em enfermeiros.

Vale ressaltar que o reconhecimento pode estar atrelado a incentivos fiscais, e neste sentido, se as organizações otimizam o orçamento e promovem níveis mais altos de reconhecimento significativo seria possível ampliar a retenção e diminuir a rotatividade.

O burnout também foi associado às subescalas de comunicação qualificada, colaboração verdadeira, e pessoal adequado; entretanto, a compreensão aprofundada das implicações destes achados requer pesquisas adicionais sobre a relação entre HWE e burnout, especialmente na formação de pessoal.

O estudo de Kelly e Todd (2017), por fim, afirma que as intervenções para melhorar o ambiente de trabalho devem se concentrar menos no aumento do número de enfermeiros e, mais em abordagens criativas para melhorar a autonomia na equipa, como ampliar a participação em comitês de governança, e promover atividades para aumentar comunicação na equipa.

Em uma linha similar, o estudo de Lee, Chiang e Kuo (2018) explorou os efeitos mediadores do ambiente de trabalho e o burnout na relação entre liderança autêntica e a intenção de enfermeiros em deixar o emprego. No contexto da relação entre a liderança autêntica, o ambiente de trabalho e a componente exaustão emocional do burnout, uma correlação moderada e positiva foi encontrada entre liderança e ambiente de trabalho positivo ( $r = 0,54$ ) e uma correlação baixa e negativa entre a liderança autêntica e a componente de exaustão emocional do burnout ( $r = -0,15$ ).

Neste sentido, o caminho da liderança autêntica para o ambiente de trabalho mostrou-se significativo, entretanto o caminho para a componente da exaustão emocional do burnout não, o que contrariou a hipótese de que haveria uma correlação significativa e negativa entre a liderança autêntica e a componente exaustão emocional do burnout.

Estes resultados apontam para limitações da liderança autêntica em contextos clínicos complexos que envolvem múltiplos fatores no ambiente de trabalho. Para lidar com estes casos, os autores sugerem adotar modelos de liderança mistos de autêntica com transformacional e/ou situacional.

Há estudos anteriores que preconizam que o líder autêntico pode fornecer um ambiente de apoio e evitar que os enfermeiros se sintam esgotados e deixem seus empregos, entretanto, o efeito no burnout dos enfermeiros e o abandono do emprego encontrado foi modesto ou indireto. No estudo de Lee, Chiang e Kuo (2018), os pesquisadores também encontraram que a ligação entre liderança autêntica e burnout era indireta, ou seja, está ligado a fatores secundários como fluxo e carga de trabalho, sistemas de recompensas, condições relacionadas ao bem-estar e recursos.

No contexto da relação entre ambiente de trabalho, burnout e intenção de sair, a correlação significativa ( $r = -0,36$ ) entre ambiente de prática da enfermagem e intenção de sair, especialmente nas dimensões da gestão ( $r = -0,33$ ) e adequação de pessoal e recursos ( $r = -0,33$ ), indica que o fornecimento de recursos e suportes suficientes no trabalho teria capacidade de diminuir a intenção de sair e, por consequência, a rotatividade dos enfermeiros.

O estudo também descobriu que a exaustão emocional foi mais fortemente correlacionada com intenção de sair ( $r = 0,49$ ) do que todas as outras variáveis avaliadas. Este achado corroborou estudos anteriores que afirmavam que as hipóteses de deixar a profissão eram até 3 vezes maiores entre enfermeiros com alta pontuação em burnout.

O estudo também realizou uma diferenciação entre enfermeiros juniores (com experiência inferior a 3 anos) e seniores (com experiência superior a 3 anos). Para enfermeiros juniores, o ambiente de trabalho e o burnout foram os fatores críticos que afetaram a intenção de sair. Sobre este resultado, os autores sugeriram que o líder deveria explorar as percepções negativas relacionadas ao ambiente de trabalho e as fontes de estresse para enfermeiros juniores e fornecer estratégias como treinamento de comunicação, habilidades de autocuidado e confiança profissional.

Quanto aos enfermeiros seniores, os resultados do estudo apontaram para uma maior adaptabilidade aos diferentes tipos de ambiente quando comparado aos enfermeiros juniores, este fato foi associado ao maior conhecimento e experiência dos seniores. No entanto, o estresse por sobrecarga afetou o nível de burnout e a intenção de sair.

O estudo de Lee, Chiang e Kuo (2018) concluiu que o ambiente de trabalho e o burnout podem mediar o efeito da liderança autêntica na intenção de sair, sendo o burnout o fator mais crítico para a intenção de sair. Como forma de enfrentamento, a liderança autêntica se mostrou uma ferramenta satisfatória para criação de ambientes de trabalho positivos capazes de diminuir o burnout e intenção de partir.

O trabalho de Pishgooie, Atashzadeh-Shoorideh e Falcó-Pegueroles (2018), se concentrou em investigar a relação entre estilo de liderança e o estresse no trabalho do enfermeiro e rotatividade antecipada. Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos enfermeiros-chefes utilizava a liderança transacional, na perspectiva dos enfermeiros. Este resultado contrariou estudos anteriores que preconizaram o uso predominante do estilo transformacional, que costuma desempenhar um papel importante na melhoria das condições de trabalho em enfermagem.

Os autores atribuíram a dominância a liderança transacional em seu estudo à natureza dos centros responsáveis pela assistência à saúde que tem tendência à burocracia, o que não favorece o uso das habilidades de liderança transformacional. Além disso, diferenças culturais podem afetar a aplicação de certos estilos de liderança, no caso dos hospitais iranianos avaliados, a implementação da liderança transformacional foi impedida, principalmente pela tendência ao uso de estilos mais burocráticos e hierárquicos.

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos enfermeiros apresentou pouco estresse de trabalho (JS), o que é muito diferente de achados de outros estudos. Os autores atribuíram o resultado discrepante ao fato dos hospitais selecionados não serem grandes, o que resultou em um pequeno tamanho de amostra ou a algum tipo de adaptação dos enfermeiros à exposição crônica a situações estressantes. A maioria dos enfermeiros apresentou nível moderado de rotatividade antecipada (ATN) que foi associado à idade, experiência de trabalho e quantidade de horas extras obrigatórias.

O estudo revelou uma correlação negativa significativa dos estilos transformacional (TF) e transacional (TA) com JS e uma correlação positiva significativa entre os estilos de liderança e JS. O estudo ainda o escore médio para JS foi menor no estilo transformacional e maior no estilo *laissez-faire* (LF) quando comparado aos outros estilos. No que se refere à relação entre TF e TA e o baixo JS pode ser justificado na medida em que esse tipo de liderança envolve os indivíduos na tomada de decisões, atende às necessidades pessoais dos funcionários, oferece a possibilidade de desenvolvimento de habilidades individuais e oferece mais apoio dos enfermeiros chefes devido à suas perspectivas realistas, então o nível de JS diminui.

Os resultados mostraram ainda que existe uma correlação negativa significativa entre TF e TA com ATN e uma correlação positiva significativa entre ATN e LF. Estes achados divergem de estudos anteriores, pois não há consenso sobre este tópico na literatura, principalmente porque

a maioria dos modelos de rotatividade foca apenas em características individuais como fatores-chave de impacto.

Sobre a relação entre ATN e JS, o estudo revelou uma correlação positiva significativa entre ATN e JS dos enfermeiros, de modo que o aumento da JS aumentou a probabilidade de ATN, o que pode ser explicado pelo fato de que a clareza de papéis e o conflito de papéis, dois principais indicadores de JS, ativam estratégias de enfrentamento, levam à exaustão emocional, reduzem a satisfação no trabalho e aumentam a ATN.

As inferências do estudo de Pishgooie, Atashzadeh-Shoorideh e Falcó-Pegueroles (2018) contribuíram para a compreensão do papel dos estilos de liderança na construção do ambiente de trabalho em enfermagem. Neste sentido, ficou claro que diferentes estilos de liderança afetaram o estresse de trabalho do enfermeiro, sendo o estilo laissez-faire o mais danoso ao ambiente de trabalho e deve ser evitado; enquanto o transformacional o mais positivo de acordo com este estudo.

O estudo de Sabbah et al. (2020) cujos líderes adotam a liderança transformacional identificaram uma maior capacidade de seus líderes motivarem seus funcionários em comparação com aquelas cujos líderes adotaram a liderança transacional. O estilo de liderança Laissez-faire a resultados negativos relacionados ao ambiente identificando características como resistência na autonomia quanto a tomada de decisão por parte dos enfermeiros, insatisfação no trabalho e impactos na saúde mental dos trabalhadores.

Verificou-se que estilos de liderança variados têm efeitos positivos ou negativos no ambiente, os resultados também demonstram a capacidade que os líderes de enfermagem têm de afetar positivamente a saúde e o bem-estar de seus enfermeiros por meio de práticas de liderança relacional, que tem conexão directa com as equipas de enfermagem e com a qualidade prestada, além disso foi possível destacar os impactos no comportamento das equipas, no desempenho quanto ao comprometimento e motivação por parte dos enfermeiros, na satisfação e na intenção de enfermeiros deixarem seus empregos.

Um dos resultados apresentados no estudo de Salehi et al (2020), mostraram que houve uma grande relação entre ambiente de trabalho saudável, a satisfação no trabalho e a intenção de deixar o emprego entre os enfermeiros de cuidados intensivos, isso significa que, enfermeiros que trabalhavam em nestas unidades, expressaram a necessidade de melhorias no local de trabalho estavam insatisfeitos com seu emprego e eram mais propensos a deixá-lo.

Quanto às variáveis demográficas e sua relação entre ambiente de trabalho saudável e intenção de sair, os resultados indicaram que o estado civil foi mais correlacionado com o ambiente de trabalho saudável e a tendência a desistir do que outros fatores demográficos, de modo que os solteiros estavam mais propensos a deixar seus empregos e a maioria dos profissionais solteiros acreditavam que seu local de trabalho era insalubre.

Outros fatores como cultura de trabalho, tipo de sociedade, educação e sistema de treinamento podem ser correlacionados com a saúde no local de trabalho. No caso do estudo de Salehi et al (2020), a saúde do ambiente de trabalho foi correlacionada diretamente com a satisfação no trabalho e a intenção de afastamento do trabalho entre enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva. Ou seja, quanto melhores as condições de trabalho e satisfação, maior a possibilidade de reduzir a tendência dos enfermeiros de deixar o emprego.

O estudo de Sabbah et al (2020) visava avaliar diretamente os estilos de liderança dos enfermeiros líderes de acordo com a percepção dos funcionários, e explorar a relação entre os estilos de liderança percebida e a qualidade de vida de enfermeiros de hospitais libaneses. O propósito principal era contribuir para estabelecer vínculos entre os estilos de liderança e a qualidade de vida dos os enfermeiros nos serviços de saúde.

Os resultados obtidos revelaram que o estilo transformacional de liderança contribuiu para aumentar a qualidade de vida e as variáveis de resultado (esforço extra, eficácia percebida do líder e satisfação) entre os enfermeiros de forma mais significativa do que os outros dois estilos de liderança avaliados: transacional e laissez-faire.

Estes achados apoiam outros reportados na literatura, de que os estilos de liderança estão associados a uma melhor qualidade de vida dos enfermeiros no local de trabalho, ao aumento da satisfação no trabalho, à redução da rotatividade de funcionários, além de motivar os funcionários a realizar mudanças, e aumentar o desempenho do funcionário. Assim como já reportado anteriormente, os líderes que adotam a liderança transformacional têm a capacidade superior de motivar seus funcionários em comparação aos líderes que adotem o estilo transacional.

De acordo com os resultados do formulário MLQ 5X Short, os enfermeiros percebiam seus gerentes como líderes transformacionais e transacionais simultaneamente. Entretanto, quanto mais os subordinados percebiam sua liderança como transformacional, maior a probabilidade de se sentirem motivados, e alcançaram um alto nível de compromisso através de estratégias de empoderamento e participação significativa nas tomadas de decisão. Por outro lado, o uso da gestão passiva levava à perda de entusiasmo.

Os resultados não forneceram uma relação entre estilos de liderança e experiência de trabalho, mas confirma que os enfermeiros têm uma saúde mental precária que podem afetar a segurança do paciente, a qualidade do atendimento, e a rentabilidade das organizações. Esses achados corroboram as informações que correspondem a problemas de saúde entre os enfermeiros e fornecem evidências de que dor psicológica pode estar na origem de distúrbios somáticos e psicológicos.

No estudo de Sabbah et al (2020), o estilo de liderança transformacional desempenhou um importante papel na saúde mental de seus subordinados. No entanto, os escores de saúde mental diminuíram com o aumento das pontuações de liderança passiva. O que corrobora a hipótese de que os subordinados tendem a ter um nível mais alto de qualidade de vida quando percebem o apoio do líder como um comportamento do estilo de liderança transformacional.

Em resumo, no estudo transversal de Sabbah et al (2020) o bem-estar dos enfermeiros foi positivamente associado com os estilos de liderança transformacional e transacional adotados por seus gestores, e confirma que o gerenciamento de enfermagem foi identificado como um desafio nos hospitais avaliados. Neste sentido, pode-se inferir que uma liderança eficaz nos cuidados de saúde é crucial em melhorar e aprimorar a eficácia de sistemas de saúde.

O estudo contribuiu efetivamente para a literatura existente ao confirmar que bom treinamento, sistema de recompensas e adoção de comportamentos de liderança transformacional podem melhorar a qualidade de vida e a satisfação no trabalho para todos os enfermeiros.

Raso, Fitzpatrick e Masick (2020) realizaram o primeiro estudo testando a relação entre os novos parâmetros de liderança autêntica em enfermagem (ANL) e o modelo HWE da Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Intensivos (*American Association of Critical-Care Nurses – AACN*) que é pautado na liderança transformacional.

Nenhuma das variáveis de fundo e demográficas resultaram em diferença significativa nas percepções dos enfermeiros sobre o seu ambiente de trabalho ou sobre o estilo de liderança de seu gestor.

Os resultados confirmaram uma relação positiva entre ANL e HWE, contribuindo para a compreensão do impacto da ANL no ambiente de trabalho em enfermagem. Assim, os resultados confirmaram que a liderança autêntica como padrão essencial de HWE no modelo conceitual da AACN é suportado satisfatoriamente pelos resultados obtidos.

À medida que ANL aumentou, o mesmo comportamento foi observado nos níveis de HWE na população onde o estilo de liderança predominante era o transformacional. Esta é uma evidência

que suporta que a inclusão de princípios da liderança autêntica pode ser satisfatória, ou seja, um mix de estilos de liderança tem potencial de impactar positivamente o ambiente de trabalho. Um resultado positivo de correlação foi encontrado no nível geral e em domínios específicos, o que pode ajudar a definir elementos da liderança autêntica como um padrão essencial para um ambiente de trabalho saudável de forma mais abrangente.

Considerando todas as dimensões de HWE, observou-se que os padrões de colaboração verdadeira e efetivos não foram apresentaram correlação positiva, logo não foram alcançados no contexto do estudo. Esta observação levou ao questionamento sobre se um ambiente de trabalho poderia ser considerado saudável mesmo que dois domínios não fossem atendidos.

Sobre esta pauta, os autores apontaram que esta questão ainda precisa ser discutida de forma mais aprofundada em estudos futuros. Além disso, complementaram que esta lacuna deve ser ponto de atenção especial dos líderes em enfermagem, que tem papel fundamental na melhoria destes quesitos na prática cotidiana e também de pesquisadores e desenvolvedores de modelos de HWE que precisam se concentrar na otimização e ampliação da abrangência dos critérios de avaliação e monitoramento dos ambientes de trabalho.

A literatura preconiza que os líderes são o eixo central de um ambiente de trabalho saudável, neste sentido os autores concluíram que a partir dos resultados obtidos a Liderança Autêntica pode ser considerada o pilar de sustentação. Além disso, nem a idade, educação, setor da prática, ou anos de experiência se mostraram como fatores que influencia no estilo de liderança exercida ou sentida e nem no nível de HWE.

Os autores argumentam que é possível que o foco em diferenciais geracionais e outros elementos demográficos da força de trabalho não seja necessário quando se trata dos fundamentos da liderança e do ambiente de trabalho.

Para discussões mais ampliadas, os autores sugeriram ainda pesquisas expandidas para diferentes populações amostrais. Além de pesquisas sobre as interdependências de uma liderança eficaz, HWE e os resultados da equipa e do paciente. Por fim, concluem que a criação e manutenção de ambientes de trabalho saudáveis passam pelo desenvolvimento de atributos de ANL em não apenas nos gestores, mas também nos enfermeiros de uma forma geral, de modo que, para além de líderes melhores, seja ampliada também a capacidade de autogestão e gestão colaborativa.

Raso et al. (2021) realizaram um estudo que dá continuidade às pesquisas de Raso, Fitzpatrick e Masick (2020), sendo o 2º estudo que utilizou o ANLQ e CE-HWES para apoiar a importante

relação da liderança autêntica com um ambiente de trabalho saudável. Esta investigação considerou também o impacto da pandemia sobre esta relação.

Os resultados apontaram para um alto impacto da pandemia, entretanto, houve uma relação fraca da mesma com a ANL e o HWE. Os autores associam esta descoberta como um reflexo da resiliência e da capacidade de resposta dos enfermeiros clínicos e líderes de enfermagem à crise. Além disso, a existência de uma liderança forte e um ambiente de trabalho saudável permitiria que ambas as variáveis continuem a ser fortemente evidentes em condições de pandemia, mesmo na presença dos altos níveis de estresse psicológico relatados na literatura.

Os resultados demonstraram ainda que o impacto da pandemia foi superior para os dirigentes o que pode ser um indício do enorme estresse que os líderes de enfermagem vivenciaram. Os autores argumentaram ainda que apesar haver pesquisas sobre COVID-19 focadas em psicologia estresse dos enfermeiros, poucas pesquisas foram focadas nos líderes de enfermagem, o que revela que este aspecto foi negligenciado, embora seja parte significativa da história da pandemia.

Os autores sugerem que a liderança de crise sob condições contínuas como a pandemia de COVID-19 seria muito diferente da gestão de saúde em situações de vítimas em massa e condições de desastres naturais, que são limitadas no tempo. Por isso, acreditam que estudos comparativos com estilos de liderança militar no campo de batalha parecem mais apropriados para compreender a liderança em tempos de pandemia.

A literatura em liderança identifica consistentemente transparência, comunicação, visibilidade, coragem moral, empatia e cuidado como traços desejáveis em um líder, TODOS estes são atributos da ANL. Neste contexto, as pontuações médias mais altas no ANLQ obtidos por gerentes/diretores em comparação com enfermeiros clínicos é razoável considerando que várias das características desejáveis em um líder supracitadas foram relatadas nos resultados. Deve-se observar que nenhum outro estudo anterior utilizou o instrumento ANLQ foi com gerentes ou diretores.

Embora a amostra combinada tenha indicado que níveis significativos de HWE estava presente, gerentes/diretores relataram maior média pontuações HWE do que enfermeiros clínicos para o critério geral e todos subdomínios. HWE não foi considerado presente para o grupo de enfermeiros clínicos em geral, devido a ausência de 4 dos 6 padrões HWE: colaboração, tomada de decisão, pessoal e reconhecimento. Estes são componentes importantes do HWE e sua ausência representa uma mensagem a todos os líderes sobre as condições de trabalho na

pandemia. Enquanto as enfermeiras “nas trincheiras” estavam lutando, os gerentes percebiam o ambiente de forma diferente e concordaram com a presença de HWE.

Estes resultados podem ser reflexo da questão da adequação de pessoal que tem afetado os enfermeiros há décadas, e durante os surtos de COVID-19, provavelmente foi exacerbado. Alternativamente, a presença do HWE subdomínios de liderança autêntica e comunicação apesar da falta do HWE valida os achados da ANLQ e sugere quais foram as ferramentas com que os enfermeiros líderes superaram a crise para liderar sua equipa. Na verdade, as correlações com a liderança autêntica na escala HWE foram mais altas para todos subdomínios do ANLQ e o escore total, ressaltando a importância da liderança para o HWE.

Resumindo, o estudo de Raso et al (2021) apoia a ANL como um estilo de liderança eficaz em contexto de pandemia. No entanto, a falta de HWE em geral e em 4 subdomínios para enfermeiros clínicos é um chamado para ação para todos os enfermeiros líderes. Dois domínios HWE atrasados foram encontrados no estudo de Raso, Fitzpatrick e Masick (2020), pessoal e colaboração, e a adição de mais 2 no estudo de Raso et al (2021) em um ano de pandemia pode apontar para tempos conturbados pela frente, indicando que todos os padrões essenciais de HWE precisam ser cuidados. Ou seja, o esforço de gestão de pessoal empregado em condições típicas pode ter implicações positivas imensas em situações de excepcionalidade como uma pandemia.

Por fim, pode-se considerar que foram levantadas evidências suficientes da relação entre os estilos de liderança e o ambiente de trabalho em enfermagem, sobretudo os estilos transformacional e autêntico, incluindo misturas de elementos dos dois estilos. Neste sentido, é fundamental que se façam fortes investimentos em formação de novas lideranças e fortalecimento de líderes consolidados para que não apenas novos estilos de liderança otimizados possam emergir, mas também que se construa uma verdadeira estrutura de enfermagem voltada para liderança de forma contínua e consistente.

## CONCLUSÃO

Com a realização desta RSL procurámos perceber a influência dos estilos de liderança em enfermagem no ambiente de trabalho. A dissecação dos estudos permitiu concluir que os estilos de liderança não somente influenciam os ambientes mas também estão directamente associados ao diminuição de rotatividade, criação de ambientes saudáveis e cuidados de qualidade. No entanto e dado o numero de artigos e dados incluídos nos mesmos há necessidade de acautelar estes resultados.

Podemos dizer que os líderes de enfermagem são indispensáveis na criação de ambientes de trabalho positivos que retenham uma força de trabalho capacitada e motivada. Estilos de liderança positivos e de apoio podem melhorar a satisfação no trabalho dos enfermeiros, o compromisso organizacional e a intenção de permanecer em sua posição, reduzindo simultaneamente a exaustão emocional.

Os resultados desta revisão sistemática fornecem suporte para que se defenda cada vez mais a adoção de estilos de liderança relacionais ao invés de estilos de liderança focados na tarefa. Estilos de liderança têm de afetar positivamente ou negativamente os ambientes de trabalho. A adoção da liderança autêntica foi essencial para a criação de componentes do ambiente de trabalho saudável, sendo compreendida como estilo a ser adotado em contextos de pandemia, já o estilo de liderança laissez-faire teve influência com resultados negativos identificando características como resistência na autonomia quanto a tomada de decisão por parte dos enfermeiros, insatisfação no trabalho e impactos na saúde mental dos trabalhadores.

A revisão sistemática contou com um número relativamente limitado de estudos elegíveis. De facto, todos eles eram estudos transversais analíticos e, portanto, suscetíveis a vieses devido ao desenho do estudo. Outro viés a ser considerado é o potencial viés de publicação. Pode ser possível que estudos com resultados negativos não tenham sido publicados e que as correlações com estilo de liderança tenha sido subnotificado.

Um processo completo de avaliação de qualidade, baseado na revisão independente por dois autores e no uso de ferramentas de avaliação de qualidade previamente validadas, ajudou a garantir que os resultados fossem considerados adequados.

Os resultados deste estudo oferecem continuidade para pesquisadores, profissionais e líderes no contexto da saúde compreenderem os benefícios da adoção de estilos de liderança eficazes e ambientes de trabalho positivos.

A elaboração desta RSL transpõe a necessidade de cada vez maior de estudos acerca dos estilos de liderança e ambientes de trabalho em enfermagem. Os desafios a envolver os pacientes críticos emanam em contextos cada vez mais desafiadores, como por exemplo a Covid-19. É fundamental que líderes de enfermagem sejam capazes de tornar ambientes de trabalho complexos em ambientes positivos e saudáveis. Atingir metas, levar equipas a atingir objetivos específicos, será possível apenas mediante a compreensão de todos aspectos que envolvidos, sendo assim os estilos de liderança e o desenvolvimento de ações no ambiente de trabalho são imprescindíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuejheisheh, A., Tarawneh, O., Qaddumi, J. A. S., Almahmoud, O., & Darawad, M. W. (2020). Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines. *Inquiry (United States)*, 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020902323>
- Adams, A., Hollingsworth, A., & Osman, A. (2019). The Implementation of a Cultural Change Toolkit to Reduce Nursing Burnout and Mitigate Nurse Turnover in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 452–456. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.03.004>
- Al-Hamdan, Z., Banerjee, T., & Manojlovich, M. (2018). Communication With Physicians as a Mediator in the Relationship Between the Nursing Work Environment and Select Nurse Outcomes in Jordan. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 714–721. <https://doi.org/10.1111/jnu.12417>
- Almutairi, A. F., Salam, M., Adlan, A. A., & Alturki, A. S. (2019). Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 107–115. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S191037>
- Antes, G., Galandi, D., & Bouillon, B. (1999). What is evidence-based medicine? *Langenbeck's Archives of Surgery*, 384(5), 409–416. <https://doi.org/10.1007/s004230050223>
- Atefi, N., Abdullah, K. L., & Wong, L. P. (2016). Job satisfaction of Malaysian registered nurses: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 21(1), 8–17. <https://doi.org/10.1111/nicc.12100>
- Baek, J., Cho, H., Han, K., & Lee, H. (2019). Association between nursing work environment and compassion satisfaction among clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, (July), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12937>
- Bressan, V., Bagnasco, A., Aleo, G., Timmins, F., Barisone, M., Bianchi, M., ... Sasso, L. (2017). Mixed-methods research in nursing – a critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 2878–2890. <https://doi.org/10.1111/jocn.13631>

- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85(April), 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 13(4), 240–248. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007154>
- Dahinten, V. S., Lee, S. E., & MacPhee, M. (2016). Disentangling the relationships between staff nurses' workplace empowerment and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1060–1070. <https://doi.org/10.1111/jonm.12407>
- Furunes, T., Kaltveit, A., & Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23–24), 4290–4301. <https://doi.org/10.1111/jocn.14621>
- Galletta, M., Portoghese, I., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2016). Nurses well-being in intensive care units: Study of factors promoting team commitment. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 146–156. <https://doi.org/10.1111/nicc.12083>
- Galvão, T. F., & Pansani, T. de S. A. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>
- Jesus, H. H. de;, Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM. *Revista Investigação de Enfermagem.*, (November), 26–44. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19776>
- Jung, S. Y., & Park, J. H. (2021). Association of nursing work environment, relationship with the head nurse, and resilience with post-traumatic growth in emergency department nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062857>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index.

*Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>

- Lean Keng, S., & AlQudah, H. N. I. (2017). Assessment of cognitive bias in decision-making and leadership styles among critical care nurses: a mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 465–481. <https://doi.org/10.1111/jan.13142>
- Lee, S. E., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2020). Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/jjns.12263>
- Liu, J., Zheng, J., Liu, K., & You, L. (2019). Relationship Between Work Environments, Nurse Outcomes, and Quality of Care in ICUs: Mediating Role of Nursing Care Left Undone. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 250–255. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000374>
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- Orgambidez, A., Borrego, Y., & Vázquez-Aguado, O. (2019). Self-efficacy and organizational commitment among Spanish nurses: the role of work engagement. *International Nursing Review*, 381–388. <https://doi.org/10.1111/inr.12526>
- Rad, A. M. M., & Yarmohammadian, M. H. (2006). A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(2–3). <https://doi.org/10.1108/13660750610665008>
- Roche, M. A., Duffield, C., Friedman, S., Twigg, D., Dimitrelis, S., & Rowbotham, S. (2016). Changes to nurses' practice environment over time. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 666–675. <https://doi.org/10.1111/jonm.12371>
- Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2020). Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 28, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3239.3256>

- Smith, J. G. (2018). The nurse work environment: Current and future challenges. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/jabr.12126>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Stern, C., Lizarondo, L., Carrier, J., Godfrey, C., Rieger, K., Salmond, S., ... Loveday, H. (2020). Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(10), 2108–2118. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00169>
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89–126. <https://doi.org/10.1177/0149206307308913>
- Wolf, L. A., Perhats, C., Clark, P. R., Moon, M. D., & Zavotsky, K. E. (2018). Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. *International Emergency Nursing*, 39(June 2017), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.002>
- Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing Open*, 6(3), 998–1005. <https://doi.org/10.1002/nop2.279>

## APÊNDICES

## APÊNDICE I - HISTÓRICO DE PESQUISA DE TODAS AS BASES DE DADOS

13/12/21, 14:48 Advanced Search Results - PubMed

---

**COVID-19 Information**  
[Public health information \(CDC\)](#)  
[Research information \(NIH\)](#)  
[SARS-CoV-2 data \(NCBI\)](#)  
[Prevention and treatment information \(HHS\)](#)  
[Español](#)

**PubMed Advanced Search Builder**

**PubMed.gov**  
Filters applied: Humans, English. [Clear all](#)

Add terms to the query box

All Fields

Enter a search term

[ADD](#) [Show Index](#)

Query box

Enter / edit your search query here

Search

**History and Search Details**

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#1	...		Search: ((LEADERSHIP AND (workplace)) OR (health facility Environment) Filters: English, Humans, from 2017 - 2021	2,931	09:43
#5	...		Search: ((LEADERSHIP AND (workplace)) OR (health facility Environment) Filters: Humans, from 2017 - 2021	2,981	07:17
#4	...		Search: ((LEADERSHIP AND (workplace)) OR (health facility Environment) Filters: from 2017 - 2021	3,954	07:17
#3	...		Search: ((LEADERSHIP AND (workplace)) OR (health facility Environment) Filters: from 2017 - 2022	3,954	07:17
#2	...		Search: ((LEADERSHIP AND (workplace)) OR (health facility Environment)	14,609	07:17

Showing 1 to 5 of 5 entries

[FOLLOW NCBI](#)

**Figura 1- Histórico de pesquisa base de dados Pubmed**

Fonte: print screen da base de dados Pubmed.

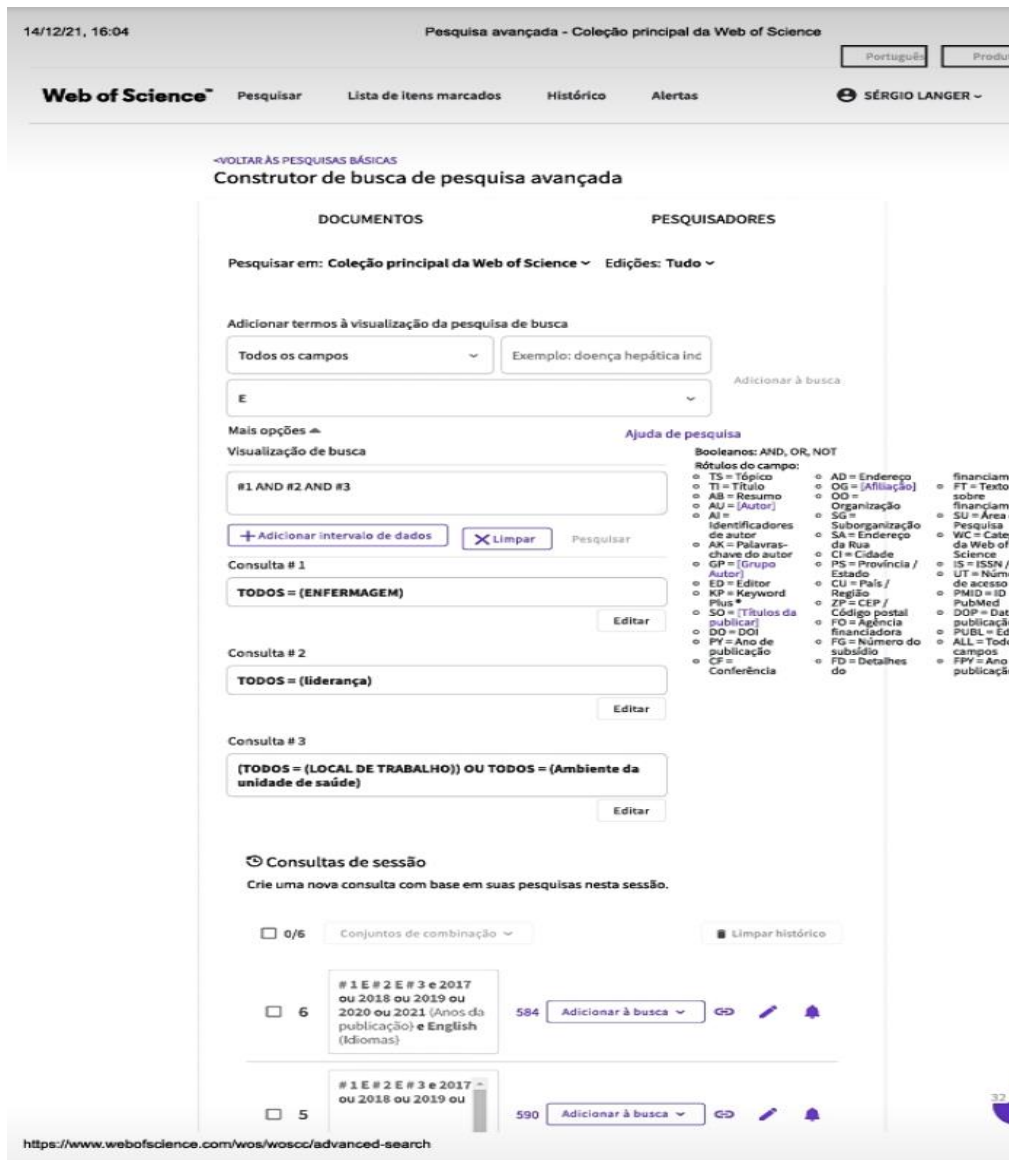


Figura 2- Histórico de pesquisa base de dados Web of Science

Fonte: print screen da base de dados Web of Science.

13/12/21, 13:15

Result List: Serviço Descoberta para Instituto Politécnico de Leiria



Monday, December 13, 2021 1:15:27 PM

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S5	nursing, supervisory AND leadership styles AND workplace OR health facility environment	Limiters - Date Published: 20170101-20211231 Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Pesquisar todos meus termos	Interface - EBSCO Discovery Service Search Screen - Advanced Search Database - Serviço Descoberta para Instituto Politécnico de Leiria	5,476
S4	nursing, supervisory AND leadership styles AND workplace OR health facility environment	Limiters - Date Published: 20170101-20211231 Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Pesquisar todos meus termos	Interface - EBSCO Discovery Service Search Screen - Advanced Search Database - Serviço Descoberta para Instituto Politécnico de Leiria	827,495
S3	nursing, supervisory AND leadership styles AND workplace OR health facility environment	Limiters - Date Published: 20170101-20211231 Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Pesquisar todos meus termos	Interface - EBSCO Discovery Service Search Screen - Advanced Search Database - Serviço Descoberta para Instituto Politécnico de Leiria	871,011
S2	nursing, supervisory AND leadership styles AND workplace OR health facility environment	Limiters - Date Published: 20170101-20211231 Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Pesquisar todos meus termos	Interface - EBSCO Discovery Service Search Screen - Advanced Search Database - Serviço Descoberta para Instituto Politécnico de Leiria	873,186
S1	nursing, supervisory AND leadership styles AND workplace OR health facility environment	Expanders - Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects Search modes - Pesquisar todos meus termos	Interface - EBSCO Discovery Service Search Screen - Advanced Search Database - Serviço Descoberta para	2,673,155

<https://eds.p.ebscohost.com/eds/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=47&sid=4cf05f1-5060-484e-a4fc-684df76307b3%40redis&bquery=nursin...> 1/2

---

13/12/21, 13:15

Result List: Serviço Descoberta para Instituto Politécnico de Leiria

Instituto Politécnico de Leiria

Figura 3- Histórico de pesquisa base de dados Medline(EBSCO)

Fonte: print screen da base de dados Medline(EBSCO).



[Contactos](#) [English](#)

Encontrados 5 documentos, a visualizar página 1 de 1

Ordenado por **Relevância**

Ordenado por: Relevância | Ordem: Descendente

1

[rss feed resultados pesquisa](#)

**Características que interferem na construção do enfermeiro-líder**

Amestoy, Simone Coelho; Cestari, Maria Elisabeth; Thofehrn, Maria Buss; Milbrath, Viviane Martins

OBJETIVO: Conhecer as características que interferem na construção do enfermeiro-líder. MÉTODOS: Pesquisa de abordagem qualitativa com dados coletados através da técnica de grupo focal. Realizou-se dois encontros, dos quais participaram 11 enfermeiras de um hospital de grande porte da região sul do Rio Grande do Sul. Para tratamento dos dados optou-se pela análise de conteúdo, assim, foi possível obter duas cat...

Data: 2009 | Origem: [Qasisbr](#)

[Mais info.](#)

**Análise da proatividade da enfermagem em um hospital universitário público**

Porto, Adriane Rutz; Dall'Agnol, Clarice Maria

Resumo Objetivo: Analisar a proatividade de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário público. Métodos: Estudo transversal realizado, entre abril e junho de 2015, com 347 trabalhadores de um hospital universitário público do sul do Brasil, mediante preenchimento de um questionário composto de dados socioprofissionais e da Escala reduzida de Comportamentos Proativos nas Organizações. A estatística...

Data: 2016 | Origem: [Qasisbr](#)

[Mais info.](#)

**The work environment and leadership in nursing: an integrative review**

Balsanelli, Alexandre Pazetto [UNIFESP]; Cunha, Isabel Cristina Kowal Olim [UNIFESP]

Made available in DSpace on 2015-06-11T13:47:19Z (GMT). No. of bitstreams: 0 Previous issue date: 2014-10-01. Added 1 bitstream(s) on 2015-08-11T03:59:25Z : No. of bitstreams: 1 30080-62342014000500938.pdf: 490620 bytes, checksum: b72106d081cc65d5a7f5e8d9ea17110 (MD5); Objetivo Verificar a relação entre ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro. Método Revisão integrativa da literatura cujo levantamento...

Data: 2014 | Origem: [Qasisbr](#)

[Mais info.](#)

**Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar**

Balsanelli, Alexandre Pazetto; David, Dalane Rossi; Ferraz, Thais Guajkminetti

Resumo Objetivo Analisar o ambiente de trabalho do enfermeiro considerando: autonomia, controle, relações entre médicos e enfermeiros e suporte organizacional; verificar o estilo de liderança ideal, na percepção do enfermeiro, e o real de acordo com a avaliação de um dos seus líderes; correlacionar as variáveis ambiente de trabalho e liderança real. Métodos Estudo correlacional realizado nas unidades assisten...

Data: 2018 | Origem: [Qasisbr](#)

[Mais info.](#)

**Study of adaptation and validation of the Practice Environment Scale of the Nur...**

Ferreira, Maria Regina Sardinheiro do Céu Furtado; Martins, José Joaquim Penedos Amendoim

Objective: Testing the psychometric properties of the Portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Method: A descriptive, analytical and cross-sectional study, for the cross-cultural adaptation and validation of the psychometric properties of the scale. The study participants were 236 nurses from two hospitals in the regions of Lisbon and Vale do Tejo. Results: The 0.92 Cronba...

Data: 2014 | Origem: [Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa](#)

[Mais info.](#)

1

[rss feed resultados pesquisa](#)

[Voltar à página inicial](#) [Tops](#)

**5 Resultados**

**Texto Pesquisado**

[Atualizar](#)

---

**Refinar resultados**

**Autor**

- Amestoy, Simone Coelho (1)
- Balsanelli, Alexandre Pazet... (1)
- Cestari, Maria Elisabeth (1)
- Thofehrn, Maria Buss (1)
- Balsanelli, Alexandre Pazetto (1)

[Ver mais opções](#)  
[Ver mais opções](#)

**Data**

- 2014 (2)
- 2009 (1)
- 2018 (1)
- 2016 (1)

**Tipo de Documento**

- Artigo científico (5)

**Tipo de acesso**

- Acesso aberto (5)

**Recurso**

**Assunto**

[Atualizar](#)

© Todos os direitos reservados

Financiadores do RCAAP:

Figura 4- Histórico de pesquisa base de dados Rcaap

Fonte: print screen da base de dados Rcaap.

APENDICÊ II  
AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Sérgio Cristiano Langer Date 16/03/2022  
 Author Dorly Kelly e Michael Told Year 2022 Record Number E1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

---



---



---

### JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Sérgio Cristiano Langer Date 16/03/2022

Author Huan-Fang Lee, Hai-Yang Chiao & Hai-Tang Kuo Year 2022 Record Number E2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

---



---



---

© JBI, 2020. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to [jbisynthesis@adelaide.edu.au](mailto:jbisynthesis@adelaide.edu.au)

Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies - 3

### JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Sérgio Cristiano Langer Date 16/02/2022  
 Author Amir Hossain Pashyale Year 2000 Record Number F3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

© JBI, 2020. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to [jbisynthesis@adelaide.edu.au](mailto:jbisynthesis@adelaide.edu.au).

Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies - 3

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: Sérgio Cristiano Langer Date: 16/03/2022  
 Author: Hussam Mohamad Sabbah Year: 2022 Record Number: E4

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Sérgio Cristiano Langer Date 16/02/2022  
 Author Rosanne Rosa Year 2022 Record Number ES

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Sérgio Cristiano Langer Date 16/03/2022  
 Author Rosanne Raso Year 2022 Record Number EG

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

