



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Cátia Filipa Fonseca Baptista

**RELAÇÃO INTERPESSOAL
COM A FAMÍLIA DA
PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA EM SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**RELAÇÃO INTERPESSOAL COM A FAMÍLIA DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

Relatório Final de Estágio

Cátia Filipa Fonseca Baptista

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira.

Oliveira de Azeméis | 2024

“A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível”

(Lewis Carroll)

AGRADECIMENTOS

Expresso a minha profunda gratidão à Professora Doutora Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira pela sua orientação, disponibilidade, empenho, dedicação, sugestões e visão crítica, que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional, durante este percurso.

Aos meus tutores de estágio, tanto no serviço de urgência, como no serviço de medicina intensiva, por me terem recebido tão bem, pela partilha de experiências e oportunidades de aprendizagem.

A todos os meus colegas de trabalho, serviço de urgência, que mesmo em momentos de incerteza que temos vindo a vivenciar, nunca deixaram de me demonstrar incentivo, apoio e compreensão pelos constantes pedidos de troca de turnos. Juntos somos mais fortes! Um especial agradecimento à Enfermeira Chefe, que sempre acreditou em mim e no meu potencial, dizendo sempre que um dia, eu posso ser tudo o que eu quiser! Obrigada!

Às minhas amigas pessoais, pelo companheirismo, incentivo e compreensão pelos meus momentos mais ausentes.

Um agradecimento às minhas companheiras de curso, Daniela Almeida e Ana Sarah, apoiando-nos e estando presentes, mutuamente.

Um especial agradecimento à minha amiga Carolina Amado, pelas horas que despendeu a ler e a reler comigo este relatório, lutando contra a minha aversão a vírgulas.

Aos meus pais, à minha irmã e sogros que estiveram sempre comigo e não deixaram que desmoralizasse.

Ao Gonçalo, pelo companheirismo, pela força diária, pela compreensão, pelo incentivo, pelos momentos que me puxou para cima e não me deixou desistir... obrigado por estares comigo! E a ti filho, que ainda não nasceste, mas que me deste uma força tremenda para terminar com sucesso esta etapa.

Obrigado a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – *Bispectral Index*

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEEMC – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FAST – *Focused Assessment with Sonography in Trauma*

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica

MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

NAS – *Nursing Activities Score*

NIRS – *Near-infrared spectroscopy*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PEI – Plano de Emergência Interna

PEE – Plano de Emergência Externa

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SU-A – Serviço de Urgência A

SU-B – Serviço de Urgência B

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TAC-CE – Tomografia Axial Computadorizada Crânio-Encefálica

TDC – Transporte Doente Crítico

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

TSRC – Técnicas de Substituição Renal Contínua

ULS – Unidade Local de Saúde

UP – Úlcera de Pressão

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

RESUMO

Os cuidados de enfermagem não se restringem apenas à pessoa em situação crítica (PSC), mas também se estendem às suas famílias. A admissão de um familiar, seja no serviço de urgência (SU) ou no serviço de medicina intensiva (SMI), origina uma experiência única, intensa e, difícil de gerir emocionalmente. Portanto, é essencial que a equipa de enfermagem estabeleça uma relação interpessoal com essas famílias, como forma de prevenir estados menos adaptativos numa situação de crise. Essa abordagem holística não beneficia apenas os familiares, como contribui para o bem-estar geral da PSC. Para estabelecer uma relação interpessoal eficaz com a família da PSC no SU, é necessário não só competências técnicas, mas também ter aptidão para demonstrar capacidade de observação, empatia, escuta ativa, comunicação e raciocínio crítico. Estas competências são fulcrais para antecipar e lidar com eventuais manifestações de conflito, uma vez que estas podem surgir neste tipo de contexto delicado. Com o presente trabalho académico pretende-se identificar a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da PSC em contexto de SU. Tem como objetivo o desenvolvimento de estratégias e aquisição de novos conhecimentos que potenciem mudanças na prática clínica dos enfermeiros, com particular ênfase na relação enfermeiro - familiares. A realização do estágio de enfermagem à PSC II, que decorreu no SU e no SMI numa unidade local de saúde do centro de Portugal, permitiu uma visão abrangente de todo o trajeto da PSC, desde a sua admissão no hospital até à alta no SMI. Possibilitou ainda, o estabelecimento de uma conexão diferenciada com as famílias, adaptadas às circunstâncias específicas da PSC. Foi elaborado um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Teve como base, a análise de conteúdo resultante da discussão com enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, ocorrida em janeiro de 2024. Com o desenvolvimento desta investigação, pretende-se contribuir para uma prestação de cuidados mais eficaz, priorizando sempre a relação entre as partes envolvidas que, como supracitado, envolve a equipa de enfermagem e o/os elemento/os significativo/os. O foco é garantir que os cuidados prestados sejam concordantes com a pretensão da PSC e restantes elementos de relação, nomeadamente: os seus valores, necessidades e preferências PSC e suas famílias, permitindo que participem ativamente nas tomadas de decisão e respetivos cuidados. Considera-se que este estudo possa vir a representar uma estratégia progressiva de melhoria da qualidade dos processos de assistência de enfermagem para PSC e suas famílias.

Palavras Chave: Emergências; Enfermeiro; Relação Profissional-Família.

ABSTRACT

Nursing care is not only restricted to the critically ill person (CIP), but also extends to their families. The admission of a family member, whether in the emergency department (ED) or in the intensive care unit (ICU), originates a unique, intense and difficult experience to manage emotionally. Therefore, it is essential that the nursing team establishes an interpersonal relationship with these families, as a way to prevent less adaptive states in a crisis situation. This holistic approach not only benefits family members, but also contributes to the overall well-being of CIP. To establish an effective interpersonal relationship with the family of the CIP in the ED, it is necessary not only to have technical skills, but also to have the ability to demonstrate observational skills, empathy, active listening, communication and critical reasoning. These skills are crucial for anticipating and dealing with possible manifestations of conflict, as they can arise in this type of delicate context. The aim of this academic study is to identify the perception of nurses about the factors that influence the interpersonal relationship with the family of the CIP in the context of ED. It aims to develop strategies and acquire new knowledge that enhance changes in the clinical practice of nurses, with particular emphasis on the nurse-family relationship. The completion of the nursing internship at CIP-II, which took place in the ED and in the ICU in a local health unit in central Portugal, allowed a comprehensive view of the entire path of the CIP, from its admission to the hospital to discharge from the ICU. It also made it possible to establish a differentiated connection with the families, adapted to the specific circumstances of the CIP. A qualitative, exploratory and descriptive study was carried out. It was based on the content analysis resulting from the discussion with nurses specialized in medical-surgical nursing, which took place in January 2024. With the development of this research, it is intended to contribute to a more effective provision of care, always prioritizing the relationship between the parties involved, which, as mentioned above, involves the nursing team and the significant element. The focus is to ensure that the care provided is in accordance with the intention of the CIP and other elements of the relationship, namely: their values, needs and preferences CIP and their families, allowing them to actively participate in decision-making and respective care. It is considered that this study may represent a progressive strategy to improve the quality of nursing care processes for CIP and their families.

Keywords: Emergencies; Nurse; Professional-Family Relationship.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra	93
Tabela 2: Facilitadores da relação interpessoal.....	95
Tabela 3: Dificultadores da relação interpessoal.....	97
Tabela 4: Estratégias para facilitar a relação interpessoal	106
Tabela 5: Formação.....	109

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	23
1.1. Estágio em contexto de urgência	24
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	31
2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	34
2.3. Competências do domínio da gestão de cuidados.....	41
2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	45
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	51
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	51
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	65
3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	67
4. Considerações finais.....	73
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	75
1. Resumo.....	77
2. Abstract	79
3. Fundamentação/enquadramento teórico	81
4. Finalidade e objetivos.....	87
5. Metodologia	89
5.1. Desenho do estudo	89

5.2. Considerações éticas.....	91
6. Resultados e Discussão	93
7. Conclusão.....	111
8. Considerações Finais.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXOS	133
ANEXO I: ADMISSÃO NO SMI	135
ANEXO II: ESQUEMA DAS RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO.....	137
ANEXO III: PÓSTER ELABORADO NO ESTÁGIO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA	139
ANEXO IV: APRESENTAÇÃO VIA POWER POINT ELABORADO NO ESTÁGIO EM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	141
ANEXO V: PÓSTER ELABORADO NO ESTÁGIO EM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	144
ANEXO VI: <i>FOCUS GROUP</i> – GUIÃO ORIENTADOR DA REUNIÃO.....	146
ANEXO VII: APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	148
ANEXO VIII: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO	150
ANEXO IX: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA RECOLHA DE IMAGEM E ÁUDIO	153

INTRODUÇÃO

A experiência profissional adquirida ao longo destes últimos 10 anos, proporcionou à investigadora principal habilidades, conhecimentos e capacidades essenciais que se refletem na capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados de qualidade, sempre adaptados às necessidades da Pessoa Situação Crítica e de suas famílias, também alvo importante de cuidados. Durante essa década de exercício profissional, houve o desenvolvimento de pensamento reflexivo e uma tomada de decisão que despertou e suscitou interesse por esta temática.

A área de especialização em Enfermagem à PSC, tem como alvo a PSC entendida como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19362). Assim, os cuidados de enfermagem prestados à PSC deverão ser altamente qualificados e oferecidos por meio de uma abordagem sistemática e contínua. O Enfermeiro Especialista (EE) deve observar, colher e analisar dados de forma organizada, com o objetivo de atender às necessidades alteradas da pessoa e família, prevendo e detetando precocemente complicações e garantindo intervenções precisas, eficientes e oportunas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Para criar uma relação interpessoal eficaz com a família da PSC, é essencial não se limitar apenas às habilidades técnicas, mas também evidenciar competências em observação, empatia, escuta ativa, comunicação e raciocínio crítico. Esses elementos são essenciais para criar um ambiente de confiança, compreensão mútua e apoio durante momentos críticos de saúde. A comunicação empática e sensível é especialmente relevante em SU, pois ajuda a aliviar o sofrimento da família, esclarece informações e reduz a ansiedade (George, 2000).

Tendo por base esta temática, o desenvolvimento deste estudo de investigação surge da necessidade de identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da PSC em contexto de SU, para que seja possível desenvolver estratégias e proporcionar novos conhecimentos que estimulem mudanças na abordagem clínica dos enfermeiros, com ênfase na interação entre profissionais e família. Essa abordagem visa

garantir que os cuidados prestados estejam alinhados com os valores, necessidades e preferências da PSC, permitindo-lhes participar ativamente nas tomadas de decisão e no planeamento dos cuidados.

O presente estudo de investigação tem como base, em termos conceptuais, a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau. Segundo a autora, a relação interpessoal em enfermagem é caracterizada pelas interações entre duas ou mais pessoas que compartilham objetivos comuns (George, 2000). Este objetivo comum serve como incentivo para um processo terapêutico, no qual o enfermeiro e a PSC, que está sob os seus cuidados, se respeitem mutuamente como indivíduos que interagem de forma colaborativa, visando garantir a qualidade dos cuidados prestados. Trata-se da conexão e comunicação entre profissionais de enfermagem, PSC e suas famílias, com o objetivo de alcançar metas e melhorar o cuidado de saúde.

A vivência clínica obtida durante os estágios possibilitou a conexão entre os aspetos teóricos e práticos do *currículo* de enfermagem, sendo que essa experiência contribui para o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais, tornando-se um facilitador essencial para a prática em ambientes de saúde reais e desafiadores (AlMekawi et al., 2020). A realização do estágio de enfermagem à PSC II, que decorreu no SU-A e no SMI numa unidade local de saúde do centro do país, permitiu uma visão holística do percurso da PSC, desde a sua entrada no hospital até à alta no SMI. Além disso, permitiu o desenvolvimento de uma conexão diferenciada com as famílias, adaptada às circunstâncias únicas da PSC. A escolha destes estágios veio permitir alinhar as competências com o que é preconizado com a Ordem dos Enfermeiros (OE) para a especialidade de Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O relatório final de estágio, com componente de investigação na área de especialização de enfermagem à PSC do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é um trabalho original que se concentra em metas avançadas e cuidados altamente especializados para indivíduos, que passam por processos complexos de transição entre saúde/doença após uma condição crítica.

Este documento encontra-se, estruturalmente, dividido em duas partes essenciais. A primeira parte refere-se à componente de estágio, onde é apresentado um enquadramento dos locais de estágios e é realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas que culminaram no desenvolvimento de competências comuns e específicas inerente ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa

em Situação Crítica, terminando numa conclusão. A realização desta fase do relatório, teve na sua base as competências descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A segunda parte do relatório é reservada à componente de investigação através da realização de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo em que se pretende conhecer a interpretação que os enfermeiros dão e os significados que atribuem à relação interpessoal que estabelece com as famílias da PSC no SU. Nesta parte é descrito uma fundamentação teórica sobre a temática; o desenho de investigação onde se apresenta os critérios de seleção dos participantes, o método de colheita de dados e as considerações éticas; os resultados em categorias tendo por base o Método de Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016); a discussão dos resultados obtidos fazendo uma relação com a evidência científica; e por fim, a conclusão onde são apresentadas as principais conclusões e implicações deste estudo de investigação para a prática atual e futura, bem como, as limitações do mesmo.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A experiência adquirida durante os estágios, estabelece uma ponte crucial entre os aspetos teóricos e práticos do *curriculum* de enfermagem, sendo que, não apenas amplia o conhecimento, mas também fomenta o desenvolvimento de habilidades e atitudes profissionais, tornando-se um facilitador essencial para a prática em ambientes de saúde reais e desafiadores (AlMekkawi et al., 2020).

Os estágios selecionados para aprimorar as habilidades de julgamento crítico, planeamento e tomada de decisão em situações complexas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, objetivo de nível avançado proposto pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), foram o Serviço de Urgência e o Serviço de Medicina Intensiva, ambos, numa unidade local de saúde do centro do país.

Inicialmente, denominando-se centro hospitalar e universitário, passou por várias etapas de reestruturação ao longo dos últimos anos. A 07 de novembro de 2023, é publicado em Diário da República, uma nova reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, surgindo, assim, as Unidade Local de Saúde (ULS). Consequentemente, o referido centro hospitalar e universitário passa a integrar uma ULS da região centro do país (Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, 2023; Unidade Local de Saúde, 2024b).

É uma instituição de saúde que se destaca nacional e internacionalmente pela sua excelência clínica, técnica e científica, bem como pela sua qualidade e segurança, comprometendo-se com a criação de conhecimento e inovação, para com os utentes, profissionais, acionistas e sociedade. Ostenta como missão, a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de alta qualidade e a formação de profissionais de saúde, tanto em nível pré-graduado, quanto pós-graduado, bem como a investigação. Por fim, assumem valores de referência: a dignidade humana, o respeito pela pessoa humana - nos domínios bioéticos e deontológicos profissionais, a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a justiça (Unidade Local de Saúde, 2024c).

A ULS, é composta por dois serviços de urgência de adultos, um no pólo A (SU-A) e outro no pólo B (SU-B). Nos últimos anos, as características, a área de abrangência e os horários de atendimento têm sido redefinidos. O Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022 da instituição, apresentado em agosto de 2021, não propõe um modelo para o

SU-B, uma vez que aguarda definição em articulação com a Administração Regional de Saúde do Centro (CHUC, 2021).

1.1. Estágio em contexto de urgência

O primeiro momento de estágio, em contexto de prática clínica, decorreu de 02 de outubro a 08 de dezembro de 2023 no SU-A, sendo este classificado como um SU Polivalente (SUP). É o nível mais diferenciado no que diz respeito a situações de Urgência e Emergência e deve dar resposta de proximidade à população da sua área. Inerentes a este grau de diferenciação estão, para além das valências médicas obrigatórias num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), as valências de Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia e Ressonância Magnética Nuclear, Patologia Clínica com toxicologia, Cardiologia de Intervenção (cateterismo cardíaco/angioplastia), Pneumologia com endoscopia, Gastrenterologia com endoscopia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Vasculuar e Medicina Intensiva. O SU-A possui também, uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação, um Centro de Trauma e um heliporto imediatamente à porta do SU (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os SU são a primeira linha de contato entre o utente e o hospital diferenciando-se dos outros serviços pelo contexto específico e da capacidade de cuidar da PSC. Os cuidados de enfermagem à PSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), deverão ser altamente qualificados e fornecidos de forma contínua, devido ao risco de falência de uma ou mais funções vitais, pois a sua sobrevivência depende de meios de vigilância, monitorização e terapêuticas avançados. Desta forma, o EEEMCPSC é quem detém os conhecimentos aprofundados em formação humana, técnica e científica adequada e necessária para prestar cuidados em qualquer situação, especialmente em contextos complexos e desafiadores, sendo detentor de competências específicas, que lhe permite atuar de forma independente e interdependente, trabalhando em equipa em situações de emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

O SU-A tem as suas instalações físicas no piso -1 do edifício central. Estruturalmente, durante o período de estágio, encontrava-se sob um projeto de requalificação, tendo este iniciado no mês de março de 2023. Apesar dos diversos setores estarem em constante modificação, esta é composta pelas áreas funcionais de triagem, gabinete de informações, urgência básica (área médica 1), área médica 2, isolamento, sala de emergência (SE), área de ortopedia e área cirúrgica. A área de psiquiatria encontrava-se no piso 0. É composta

igualmente por um gabinete de eletrocardiografia e pela área de imagiologia com raio-X, ecografia e uma Tomografia Axial Computadorizada (TAC). Nas áreas de apoio, há várias salas de armazenamento de materiais clínicos, hoteleiros, material esterilizado, medicação, soros, roupa limpa e outros equipamentos. Existe a copa, sala de refeições, salas de sujos, balneários, várias casa de banho para funcionários e utentes, bem como a esterilização. Existe ainda, o gabinete do Enfermeiro Coordenador, da Enfermeira Gestora, do Diretor de Serviço e o gabinete do Assistente Social. A equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação apresenta novas instalações, localizando-se, de momento, noutra pólo.

O circuito percorrido pelo utente, que procura atendimento no SU-A, começa no secretariado onde os técnicos administrativos procedem à sua inscrição. Finda a inscrição, aguardam, dependendo da sua situação clínica, de forma autónoma, em maca ou cadeira de rodas na sala de espera pela triagem. Caso necessite de cuidados emergentes, será transportado imediatamente para a SE.

A área de triagem é composta por três gabinetes, de momento, todos adaptados à entrada de macas. A triagem de Manchester é efetuada pelo enfermeiro, que através de uma análise rápida e focada do utente, colhe informação que permite a atribuição de uma prioridade clínica adequada (Grupo Português de Triagem, 2021). Após triagem, são encaminhados para as diversas áreas do SU.

Na área médica 1, são alocados os utentes triados de verde e amarelo, autónomos ou em maca para a Urgência Geral. Atualmente, devido ao programa de requalificação, foram criados algoritmos de direcionamento de utentes do SU-A para o SU-B para utentes elegíveis, ou seja, todos os utentes, triados de azul ou verde, que sejam autónomos ou cadeira de rodas são direcionados para o SU-B (Circular Informativa n.º 15/2023 de 2 de março, 2023).

Na área médica 2, estão localizados os utentes orientados por especialidade de Medicina Interna, Pneumologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Hematologia ou Neurologia, geralmente com pulseira de cor amarela ou cor de laranja, utentes autónomos, em cadeira de rodas ou em macas. Este é um espaço de trabalho aberto, com formato quadrangular, onde pode ser encontrada, no interior, a equipa médica e um assistente técnico. Na parte externa, encontra-se a área de trabalho da equipa de enfermagem, onde todo o material necessário para a sua prática, está disponível. Esta área é dividida por género de utentes, e em cada ala, há três enfermeiros responsáveis pelos cuidados. Existe ainda, um responsável de setor, o sétimo elemento, responsável por gerir recursos, internamentos, altas, realizar a verificação operacional dos equipamentos, e resolve, ainda, várias situações

que vão surgindo ao longo do turno. Cada uma das alas, é composta por computadores, que permitem o apoio à prestação de cuidados, material hoteleiro e clínico, um carro de emergência e pontos de higienização das mãos. A área médica 2, é um espaço amplo que permite uma melhor observação dos utentes ali presentes. Porém, devido ao elevado volume de utentes, que recorre ao serviço de urgência, este tende a ficar sobrelotado, confuso e com muito ruído.

Apesar de serem considerados ambientes silenciosos, os hospitais podem acarretar riscos resultantes da exposição sistemática ao ruído. O estudo realizado por Passos & Fiorini (2022), mostrou que os valores de ruído no SU, estavam acima dos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tanto para o conforto acústico, quanto para a saúde ocupacional, representando um risco para os profissionais de saúde, que relataram sintomas como irritabilidade, diminuição do bem-estar, fadiga, cefaleias, cansaço fácil, dificuldade na comunicação e concentração, mas também um risco para os utentes. Nestes os efeitos negativos do excesso de ruído no SU incluem distúrbios de sono afetando a sua recuperação e bem-estar, agravamento cardiovascular (associado ao aumento da tensão arterial e frequência cardíaca), dificuldades de comunicação, irritação e stress, recuperação mais prolongada e aumento da dosagem dos medicamentos para alívio da dor que poderá, conseqüentemente, levar a um aumento da taxa de readmissão hospitalar (Junior et al., 2021; Pimenta et al., 2021).

As principais fontes de ruído dentro de um hospital são oriundas dos próprios funcionários, equipamentos com alarmes sonoros (bombas infusoras, monitores), movimentação e diálogo de utentes, obras, o movimentar de macas/carrinhos, utentes confusos que gritam, entre outros. Importa referir que, o ruído pode comprometer a compreensão do discurso, originando interpretações erróneas que, em contexto de saúde, pode resultar em erros clínicos (Junior et al., 2021). Desta forma, é importante que os hospitais adotem medidas para minimizar o impacto do ruído, como consciencialização dos profissionais, ajustes em equipamentos e a nível estrutural, como isolamento acústico, pois quanto mais seguro e saudável for o ambiente em SU, menor é a probabilidade de acidentes de trabalho, absentismo e diminuição de rendimento de trabalho (Passos & Fiorini, 2022; Pimenta et al., 2021).

A sala de emergência é um espaço destinado à PSC que necessita de suporte avançado de vida e deve ser assegurado, preferencialmente por EEEMCPSC, sendo estes os profissionais de enfermagem com formação especializada para lidar com situações específicas que ocorrem em SU (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). É uma das

áreas que sofreu alterações da sua localização, encontrando-se temporariamente, na antiga sala de observações, situando-se mais distante da porta de entrada do SU. Apesar de não se encontrar próximo do posto de triagem, como recomendado pelas Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência, o seu acesso está devidamente facilitado, sem passagem por outros espaços funcionais cumprindo, igualmente, as recomendações (ACSS, 2019). Está organizada para receber 6 utentes que apresentem a vida ameaçada ou eminência de falência de uma ou mais funções, utentes referenciados pelas Vias Verdes Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Coronária e ainda, utentes que durante a sua permanência no SU, agravam o seu estado clínico. No que se refere a dotações ideais da SE, para dar resposta às necessidades em cuidados da população, esta deve ser baseada de acordo com a casuística, sem descurar a necessidade de uma distribuição equitativa dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). É composta por uma equipa multidisciplinar, sendo que permanentemente, em média são alocados 5 enfermeiros por turnos e 2 assistentes operacionais. Nem sempre são EEMCPSC, mas tendem a que, pelo menos, o enfermeiro responsável o seja. Aquando da entrada de utentes na SE, é acionado um alarme sonoro na área médica e na área cirúrgica o que permite aos médicos saber que são necessários, de imediato. Aquando da ativação de uma via verde (VV), todos os meios são devidamente, acionados.

Na área de ortopedia, devido às obras de requalificação, situa-se no antigo hall de entradas das consultas externas, sendo composto por uma sala de observação, onde se encontra o posto de trabalho médico e de enfermagem. Tem capacidade para receber utentes autónomos, em cadeira de rodas e macas. Por ser um local de passagem de pessoas, a privacidade e conforto do utente nem sempre estão assegurados, como padronizados pelos Padrões de Qualidade da OE.

Na área cirúrgica, destinada a utentes do foro cirúrgico e especialidades cirúrgicas tais como Cirurgia Vascular e Neurocirurgia, localiza-se temporariamente num contentor. É composto por um gabinete de pequena cirurgia com capacidade para observação de dois utentes, com material de apoio, apósitos e um computador para registos; a área de enfermagem com material necessário à prestação de cuidados e dois computadores de apoio; uma pequena área para autónomos cumprirem terapêutica ou com necessidade de vigilância e unidades de utentes em macas. Apresenta ainda, gabinete médico adjacente que serve de apoio à urologia e otorrinolaringologia. Tal como a área médica 2, é um setor amplo, que permite uma rápida visualização dos utentes.

O isolamento, durante a pandemia de COVID-19, situava-se num contentor, na entrada da urgência, mas foi recentemente desmantelado. Durante o estágio, o isolamento situava-se num corredor preparado para 4 utentes em maca, com debitómetros e vacuómetros, separados por biombos, cada um com um monitor portátil. Neste espaço, eram alocados os utentes com *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*, COVID-19 ou Gripe A.

A área de psiquiatria, encontra-se no piso 0, sendo assegurado essencialmente, por enfermeiro especialista em saúde mental.

Por fim, encontra-se o gabinete de informações, onde as famílias/acompanhantes aguardam esclarecimentos sobre a situação atual dos seus familiares, que estão sob observação médica. O ambiente é neutro, com paredes sem cor específica, contendo uma mesa e um computador posicionados entre o enfermeiro e a pessoa que procura informações. Nesse espaço, eles podem interagir e trocar informações de maneira confortável e privativa.

No que diz respeito aos recursos humanos, o SU-A, é composto por 158 elementos em que 74 (46,83%) têm título de especialista atribuído pela OE, sendo que, apenas, 58 (36,70%) são EEEMC.

A integração no SU decorreu de forma gradual, permitindo um aumento progressivo da autonomia. A familiaridade com o espaço físico, a observação da dinâmica de cuidados, a metodologia de trabalho e a organização da equipa multidisciplinar foram aspetos essenciais que facilitaram o processo de integração. As semanas de estágio no SU-A proporcionaram uma variedade de experiências enriquecedoras, uma vez que, durante esse período houve oportunidade de ampliar conhecimentos, partilhar experiências e aprendizagens com a equipa de enfermagem. Essa troca de experiências contribuiu para a aquisição de competências comuns e específicas, favorecendo uma preparação para o futuro como EEEMCPSC.

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos

O segundo momento de estágio, em contexto de prática clínica, decorreu de 11 de dezembro de 2023 a 12 de março de 2024, num SMI de uma ULS da região centro do país.

A Medicina Interna é uma área médica que se dedica à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças agudas graves, potencialmente reversíveis, em utentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Independentemente do local onde a PSC se encontre no hospital, o SMI deve ser responsável

pelo seu tratamento. Desta forma, os SMI, são os locais mais habilitados para assumir toda a responsabilidade dos utentes com disfunção orgânica, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Parecer n.º 15/2018, 2018). O papel da Medicina Interna, em Portugal, tem vindo a tornar-se cada vez mais significativo, verificando-se, em diversos hospitais, a passagem de Unidades de Cuidados Intensivos, para SMI. Em hospitais de grandes dimensões, constatou-se que a integração de várias unidades de cuidados intensivos, unidades nível III (denominadas como intensivas) e de unidades de nível II (denominadas de intermédias), num único SMI do hospital, é crucial para maximizar a eficiência, otimizar a continuidade dos cuidados, facilitar a disponibilidade de camas e a sua gestão com equidade, reduzir eventos adversos, readmissões em nível III e custos de tratamento (Paiva et al., 2017). Clarificando, as camas de nível III, também conhecidas como intensivas, são atribuídas à PSC com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, podendo ser potencialmente ameaçadoras da vida e, assim, necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico; as camas de nível II, também conhecidas como intermédias, são atribuídas à PSC que necessitam de monitorização multiorgânica e suporte de apenas uma função orgânica, não necessitando de ventilação mecânica invasiva (VMI) (Paiva et al., 2017).

O SMI, onde decorreu o estágio, assume a tipologia de unidade polivalente-nível III, ou seja, é uma unidade que não se limita a uma especialidade médica ou cirúrgica (Penedo et al., 2013). Adota como missão, a prestação de cuidados especializados e garante a assistência médica, cirúrgica, traumatológica e neurocrítica a utentes que necessitam de monitorização e vigilância contínuas e rigorosas (Sérgio & Sónia, 2022).

Este serviço é constituído por três unidades fisicamente separadas, uma no primeiro andar, outra no piso -1 e a terceira no piso -3. O piso +1 (unidade A) é composto por 12 camas, das quais dois quartos são de isolamento destinados prioritamente a utentes com essa indicação. O piso -1 (unidade C) é composto por 8 camas e por fim, o piso -3 (unidade B) por 12 camas perfazendo um total de 32 utentes. Todas as unidades dos utentes são compostas por uma cama e duas colunas. Do lado direito do utente ficam 4 bombas e 4 seringas infusoras. Existe uma gaveta com material de apoio à circulação, composta por glucómetro, tiras reagentes, lancetas, bolas de algodão, seringas; e ainda material de pensos, quando necessário. Contém ainda, tomadas elétricas, uma manga de pressão e o computador de apoio à prática do enfermeiro. Do lado esquerdo fica rampa de oxigénio, ar comprimido, sistema de aspiração, ventilador, monitor fixo e portátil e duas gavetas de apoio (material relacionado com a via aérea e luvas). A unidade é ainda composta por uma mesa portátil, em que a gaveta possui material de higiene. Constatamos que no que diz respeito à

organização física e estrutural o SMI cumpre praticamente todas as recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos (ACSS, 2013).

A SMI articula-se frequentemente com o SU, Bloco Operatório e imagiologia. O bloco operatório localiza-se imediatamente ao lado da unidade A e a imagiologia no piso -1. A distância entre estes serviços e a unidade B e C não se encontra ajustada às recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos (ACSS, 2013), porém, em caso de necessidade, é possível reduzir a frequência de uso do elevador por outros departamentos, permitindo que a equipa da SMI possa usá-lo em exclusivo, minimizando assim o impacto negativo que a situação possa ter.

Em todos os pisos existem áreas não clínicas, com armazenamento de material clínico, hoteleiro e equipamentos. Comporta, ainda, várias salas de apoio com funções distintas, como o gabinete do enfermeiro-gestor, gabinetes médicos, gabinete onde permanece o enfermeiro de emergência interna e gabinete de secretariado.

O acolhimento de utentes no SMI exige cumprimento de vários procedimentos. A PSC é sempre acompanhada por médico, enfermeiro e assistente operacional e é transportado do serviço de origem até à entrada do SMI, onde já se encontra a cama da unidade que irá ocupar. A unidade a ocupar encontra-se, previamente preparada, pelo enfermeiro responsável, de acordo com as *check-list* existente para cada piso (Ver Anexo I).

No que se refere aos recursos humanos, a equipa da SMI é multidisciplinar, própria, dedicada e em presença física 24h por dia, sendo composta por 125 enfermeiros com as distintas categorias em que 59 (47,2%) têm título de especialista atribuído pela OE e, apenas 38 (30,4%) dos elementos são EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Uma boa integração no serviço é essencial para o sucesso do estágio, para que se este se demonstre proveitoso para o estudante. Estas semanas de estágio no SMI foram bastante enriquecedoras para a investigadora principal pois, foi possível vivenciar uma realidade com a qual nunca tinha tido contacto. Foram semanas bastante desafiantes na medida em que demandaram um esforço adicional na compreensão teórica das patologias e procedimentos clínicos. No entanto, revelaram-se extremamente benéficos para o desenvolvimento, como futura EEEMCPSC.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Atualmente, os cuidados de saúde, especialmente os cuidados de Enfermagem, são cada vez mais importantes e exigem maior especialização e diferenciação técnica e científica. Assim, a especialização em enfermagem permite que os enfermeiros assumam funções avançadas e desempenhem um papel mais significativo na prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Independentemente do título, o EE possui um conjunto de competências comuns que envolve "*dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem*" (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744).

Neste capítulo, serão apresentados os quatro domínios integrantes das competências comuns do EE, bem como as atividades realizadas durante os estágios.

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

A responsabilidade profissional, ética e legal surge no regulamento de competências comuns do EE como um dos quatro domínios da sua atividade. Neste sentido, é exetável que o EE assuma uma prática profissional ética e legal, seguindo normas legais, princípios éticos e deontológicos; e garanta que a prestação de cuidados de saúde respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A prática de enfermagem é regulada por pilares estruturantes da profissão que norteiam o exercício da profissão de enfermagem, tão bem expostos em documentos como o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015), o Código Deontológico dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em que se encontra claro que os enfermeiros durante o seu exercício profissional devem adotar uma postura responsável, ética e atuar em consonância com os direitos e interesses dos cidadãos.

A Enfermagem é uma profissão que apresenta uma dimensão ética importante, pois envolve respeito e a proteção da dignidade humana; uma dimensão moral pois é esperado que os profissionais de enfermagem possuam um desempenho competente e de qualidade;

e uma dimensão deontológica e jurídica onde se fundem valores, virtudes, princípios e deveres (Lucília & Guida, 2022).

A investigadora principal, durante a sua prática profissional procura ter sempre presente os princípios que orientam a prática de Enfermagem e no decorrer do estágio não foi exceção, considerando-se ter mantido e assumido sempre uma postura responsável e ética durante a prestação de cuidados. Procurou sempre priorizar a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido ao clarificar a PSC, sobre as intervenções a realizar. Com base nos princípios de beneficência e não maleficência, no utente sem capacidade de fornecer consentimento e tomar decisões devido à sua situação clínica, prestou cuidados de enfermagem com recurso ao consentimento presumido. O consentimento presumido, é uma autorização implícita que é fornecida quando a pessoa se encontra impedida de exprimir a sua vontade, não existindo uma manifestação de vontade anterior, que recuse a prestação de cuidados de saúde (Decreto Lei n.º 48/95 de 15 de março, 1995). Para cumprir os princípios éticos que norteiam o seu trabalho, os profissionais de saúde necessitam de superar muitos desafios no cuidado à PSC. Assim, é essencial que respeitem princípios como justiça (distribuição justa e adequada), beneficência (fazer o bem), não maleficência (evitar causar danos) e autonomia (direito de se autogovernar) ao prestar cuidados (Alves et al., 2023).

Os estágios decorridos permitiram contactar com momentos reflexivos, que se revelaram essenciais para discussões construtivas com os enfermeiros tutores, abordando diversas situações, entre as quais, decisões éticas. Enfrentaram-se situações de grande complexidade ética, conhecidas como dilemas éticos, que requerem ao profissional um julgamento e uma escolha sobre qual, ou até que ponto, realizar um determinado procedimento, sem violar as regras ou princípios éticos (Paixão et al., 2019).

Frequentemente, a PSC admitida num SMI poderá vir a ter mais benefícios de cuidados paliativos, do que ser submetida a intervenções médicas altamente complexas. Dos dilemas éticos que mais discussão e reflexão geraram, em ambos os contextos de estágio, foi o reanimar ou não a PSC, nomeadamente, situações de utentes com um mau prognóstico médico. A ação de reanimar a PSC, traduz-se em procedimentos médicos que podem, ou não ser eficazes, e em alguns casos, podem prolongar o processo de morte e o sofrimento da pessoa (Paixão et al., 2019). Os avanços na área da medicina têm permitido que as pessoas vivam por mais tempo, reduzindo consideravelmente o número de mortes causadas por doenças naturais, o que nem sempre traz benefícios para a PSC, pois tende-se para a obstinação terapêutica. A obstinação terapêutica é uma prática médica que ocorre quando há prolongamento de tratamentos em pessoas em fase terminal, que não trarão benefícios

para a PSC, podendo esta prática ser evitada com a adoção de cuidados paliativos (Silva et al., 2021).

É notório, por parte da equipa de enfermagem, a preocupação pela implementação de cuidados paliativos em PSC, que se encontra em fim de vida, ao oferecerem apoio emocional ao próprio e família, conforto e bem-estar; prestação de cuidados de enfermagem que assegurem a dignidade do utente e providenciem a administração da analgesia para que não sintam dor. Porém, quando questionado o tutor percebe-se que a ativação da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, existente na instituição, não é uma prática comum no SMI, sendo algo que reconhecem, que têm a melhorar.

A sobrelotação dos SU, é algo que nos faz também, refletir sobre a ética e os direitos dos utentes estando associada a um aumento do risco de erros médicos, atraso nos tratamentos e consequentemente, aumento da mortalidade e entre outros, maior gasto financeiro (Silva et al., 2020). Diariamente, a equipa de profissionais de saúde, depara-se com situações que estão longe do ideal, para fornecer cuidados de qualidade em condições seguras, com privacidade e conforto. Frequentemente, os utentes encontram-se tão próximos uns dos outros, quer seja maca, cadeira de rodas ou mesmo autónomos, que a privacidade e confidencialidade fica seriamente comprometida, interferindo desta forma com os seus direitos descritos na Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014) e na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes (Direção-Geral da Saúde, 2009). Sendo da competência do EE promover a proteção dos direitos humanos, são perceptíveis as preocupações destes profissionais, perante esta lacuna do serviço, esforçando-se ao máximo por desenvolver estratégias alternativas para a prestação de cuidados, como deslocar o utente para áreas com maior privacidade ou, todas as vezes em que não foi possível, utilizar cortinas e/ou biombo como barreiras físicas, nos momentos em que poderia resultar algum tipo de exposição física do utente, eram uma opção.

Com o propósito de salvaguardar a qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados prestados, face ao elevado fluxo de utentes ao SU, dias antes do término do estágio, foi decidido, superiormente, o acionamento do Plano de Contingência para a Resposta Sazonal em Saúde – Módulo de Inverno 2023/2024. Este entrou em vigor no dia 11 de dezembro de 2023 e consistiu, entre outras intervenções, na abertura de mais camas de internamento, distribuídas entre os dois pólos; gestão mais eficiente de altas nos serviços de internamento; alargamento da consulta aberta, durante o fim de semana na ULS; e criação, no pólo principal, de um local próprio para realização de análises clínicas, zaratogas, imagiologia e Eletrocardiograma (ECG), para utentes referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários (Circular Informativa n.º 1/2024 de 4 de janeiro, 2024).

Em ambiente de SMI, é necessário ter em consideração que, a maioria da PSC, se encontra num meio desconhecido, debilitados, vulneráveis e sem muita intimidade, sob sedação ou anestesia, ficando dependentes dos profissionais para garantir o seu conforto e privacidade (Morais et al., 2021). Constatou-se que a PSC está mais exposta ao nível da sua intimidade, estando apenas “protegido” por um lençol, e que esta situação se deve ao fato de dependerem de múltiplos dispositivos médicos invasivos; e em caso de emergência, permitirá a realização mais rápida de procedimentos. Pode considerar-se que, apesar da limitação estrutural, toda a equipa se revela preocupada em garantir a intimidade e privacidade da PSC, através da utilização de biombos, que embora sejam em número insuficiente, são geridos pelos enfermeiros de forma alternada.

O SMI apresenta formato de espaço aberto, com o posto de trabalho/vigilância da equipa médica e enfermagem em posição central, com o intuito de facilitar a observação, a visão e o contacto rápido com a PSC, porém tem o inconveniente de não assegurar a total privacidade da PSC, como se pode comprovar. Por este motivo, organizações em espaços amplos, deveriam ser evitados e privilegiadas boxes com divisórias laterais transparentes com a possibilidade de se tornarem opacas (ACSS, 2013). Assim, verifica-se que o SMI não se encontra em plena concordância com as recomendações, uma vez que, existem apenas 2 boxes com divisórias laterais, em 12 camas disponíveis. No entanto, é ético que os cuidados de saúde sejam de alta qualidade e seguros, e que a prestação dos mesmos seja acessível e equitativa, com um nível profissional ótimo, levando em consideração os recursos disponíveis (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2014).

Ao longo do estágio, procurou garantir-se cuidados de enfermagem seguros e de qualidade a todos os utentes, respeitando os princípios éticos, deontológicos e legais da profissão, respeitando assim, o Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho (2022).

2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No que confere ao domínio da melhoria contínua da qualidade o EE deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qualidade em saúde caracteriza-se pela prestação de cuidados acessíveis e justos, mantendo um alto padrão profissional, tendo em consideração os recursos disponíveis, procurando a adesão e satisfação do utente, garantindo que as suas expectativas e necessidades individuais são respeitadas (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2014). A qualidade e a segurança

no âmbito da saúde representam uma responsabilidade ética na medida em que contribuem para a promoção da saúde e, prevenção da doença (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2014). Neste seguimento, a ULS onde foi desenvolvido o estágio é composta por uma Comissão de Qualidade e Segurança do Utente, que trabalha lado-a-lado com o Gabinete de Qualidade e Segurança do Utente, com o objetivo “*definir, promover, desenvolver e avaliar a política e a cultura global da qualidade que garanta a melhoria contínua e a eficiência dos cuidados de saúde*” (Unidade Local de Saúde, 2024a). Têm vindo a ser efetuadas diversas iniciativas nas áreas de qualidade e acreditação, gestão de risco, auditorias clínicas, indicadores clínicos e planos de segurança internas. Além disso, foram desenvolvidos vários processos de acreditação *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* e certificação ISO 9001:2015 (Unidade Local de Saúde, 2024a).

A nível nacional, foi desenvolvido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, tendo como objetivo fortalecer e fomentar a segurança na prestação de cuidados de saúde. Encontra-se assente em cinco pilares - cultura e segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do utente; e práticas seguras em ambientes seguros – e catorze objetivos estratégicos (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

Também, a Ordem dos Enfermeiros, elaborou em 2017, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, na área de enfermagem à PSC, enunciando a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e controlo da infeção associada aos cuidados, como elementos essenciais para atender às necessidades de cuidados seguros e garantir a qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). Estes são tidos como um referencial para a prática especializada, incentivando a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua de qualidade. Assim, é importante que o EE saiba refletir sobre as suas intervenções e possua pensamento crítico, uma vez que esta se encontra intimamente relacionada com uma prestação de cuidados segura, efetivos e de qualidade (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019),

Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem, são sinais específicos que refletem o estado de saúde das populações. Eles destacam a contribuição única da prática profissional dos enfermeiros para melhorar a saúde dessas mesmas populações. Estes podem ser agrupados de acordo com o modelo de Donabedian em indicadores de estrutura, processo e resultado. Os primeiros referem-se à organização, estrutura física, profissionais e utentes; os segundos referem-se à prestação de cuidados; e por fim, os resultados, dizem

respeito aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem/ganhos em saúde, satisfação (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Em SU e SMI, os indicadores de qualidade, são instrumentos fundamentais para avaliar e acompanhar a excelência dos serviços prestados permitindo mensurar a eficácia, segurança e eficiência dos cuidados de saúde, assegurando que os utentes recebem os melhores cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Paiva et al., 2016). Tanto no SU como no SMI, foi possível verificar uma aposta na melhoria contínua, existindo grupos de trabalho compostos por elementos da equipa de enfermagem, com o objetivo de aperfeiçoar continuamente a qualidade do serviço, através da implementação de projetos de melhoria contínua, tendo por base uma prática baseada na evidência.

A formação contínua é crucial, tanto para o crescimento pessoal e profissional, como para o bom funcionamento das organizações. A sua relevância advém da habilidade de se adaptar às inovações que ocorrem num mundo em constante mutação, bem como do seu papel fundamental na aperfeiçoamento dos serviços prestados (Marques, 2021). Cada grupo de trabalho é responsável por realizar uma revisão periódica dos protocolos, procedimentos de enfermagem e formação contínua em serviço. Julga-se que estes, são deveras importantes, pois além de facilitar o processo de integração de novos elementos da equipa e estudantes, promovem a padronização dos procedimentos e contribuem para uma cultura de segurança no serviço. A formação na área de enfermagem, é um espelho da prática profissional, pois a aprendizagem e a experiência estão intrinsecamente ligadas. No contexto dos cuidados de enfermagem, a formação desempenha um papel crucial, pois é responsável por moldar condutas, comportamentos e atitudes que devem ser seguidos na profissão (Marques, 2021).

De acordo com, o PNSD 2021-2026, a comunicação é um dos pilares essenciais, evidenciando-se nos momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou a troca de informação entre os profissionais envolvidos (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021), como tal a forma como é realizada a passagem de turno nos serviços onde foi realizado estágio, foi merecedora de reflexão. A passagem de turno é reconhecida pela transferência de responsabilidade pelo utente, é momento em que a equipa de enfermagem se reúne para garantir a continuidade dos cuidados, transmitindo informações verbalmente e promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta é realizada oralmente, para complementar a informação escrita, sem nunca substituir o registo de enfermagem (Frias & Paiva-Santos, 2023; Parecer CJ/20 – 2001, 2001). De salientar, que a continuidade dos cuidados e os registos, se encontra em destaque no artigo 104.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, na área do direito ao cuidado – *“o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de assegurar a continuidade dos*

cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 83)

Os locais onde decorre a passagem de informação, são geridos de acordo com as suas características e contextos de trabalho, sendo este, preferencialmente, um local que respeite a confidencialidade, privacidade e proteção da intimidade/reserva da vida privada da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

No SU-A, a passagem de turno é realizada junto à cabeceira, de forma estruturada e sucinta, que ponto de vista da investigadora principal, tem aspetos positivos e negativos. Puder associar a informação transmitida à pessoa em questão, é um aspeto que considera positivo, porém, há outros princípios que não estarão garantidos, tais como o respeito pela intimidade, a privacidade e intimidade descrito no artigo 107.º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) e o dever do sigilo (Ordem dos Enfermeiros, 2001) devido à dinâmica e lotação do SU. No que diz respeito à passagem de turno no SMI, julga ser pertinente, uma ponderação relacionada com uma alternativa à localização atual da mesma, pois é uma área aberta e a poucos metros de distância encontram-se utentes. Devemos ter em consideração que nem todas as PSC que estão na SMI, se encontram sedados e, tendo em conta os que se encontrem em estado de coma, por revisão de literatura sobre o tema, existem estudos que indicam, que a audição é o último sentido a extinguir-se, ainda que não seja possível determinar, com exatidão, o que acontece e o que se entende pelo ser humano nesta condição (Silva et al., 2019). Desta forma, é essencial que se tenha em atenção ao tom de voz utilizado, aquando da transmissão de informações confidenciais durante a passagem de turno. A passagem de turno é composta, no SMI, por dois momentos: um primeiro, na área de trabalho de enfermagem, no centro da unidade, o enfermeiro coordenador do turno transmite a toda a equipa uma breve informação sobre todos os utentes, assim como assuntos de gestão organizacional relevantes para a prestação de cuidados da equipa; num segundo momento, à cabeceira do utente, o enfermeiro responsável transmite a informação mais personalizada.

Em ambos os contextos, apesar das particularidades, é privilegiado a metodologia ISBAR (*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), em que existe uma transmissão de informação eficaz, promotora de segurança e que permite a transição dos cuidados, tal como preconiza a Direção Geral de Saúde (DGS) na norma n.º 001/2017 (Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro, 2017). Ao longo de todo o estágio, a investigadora principal esforçou-se por implementar esta metodologia, de modo a manter a uniformidade da informação transmitida, com recurso a linguagem científica e sem perda de informação importante. Utilizou ainda, para registos de enfermagem, o sistema de informação *B-Simple*®

e *SClinic*[®], no SMI e SU, respetivamente, de forma a garantir uma continuidade de cuidados, como preconizado pelo artigo 104.º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A Organização Mundial de Saúde, propôs um conjunto de diretrizes para garantir que os utentes sejam identificados de forma clara e inequívoca dentro das organizações de saúde com vista a melhorar segurança dos utentes e facilitar o cuidado adequado e personalizado. Tendo por base a Orientação n.º 018/2011 da DGS, a incorreta identificação dos utente pode originar erros graves que envolvam medicação, transfusões sanguíneas, realização de exames complementares de diagnósticos, realização de tratamentos em pessoas erradas e outros incidentes, que afetam negativamente a saúde dos utentes (Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio, 2011). Neste sentido, a ULS tem em vigor um procedimento para a correta identificação dos utentes (Fernandes et al., 2022). Assim, aquando da prestação de cuidados, procedeu-se sempre à identificação dos utentes pelo nome completo, comparando-o com a pulseira identificativa. Quando não era possível, devido à alteração do estado de consciência, procedia-se à comparação dos dados da pulseira, com os dados no processo clínico. Sempre que esta apresentava alteração no estado de integridade, era substituída por uma nova. Tanto no SU, como no SMI, o sistema de segurança utilizado no procedimento de colheita de sangue para tipagem e, posterior administração de hemoderivados, é feito com recurso a um sistema eletrónico com leitura de código de barras – *Gricode*[®], em que os dados da unidade de hemoderivados, têm que ser coincidentes com os códigos existentes na pulseira do utente.

No que diz respeito à segurança dos medicamentos, foi possível verificar uma diferença significativa nos dois locais de estágio. Se no SMI existe uma especial atenção por implementar práticas seguras no manuseamento dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*), no SU, este sistema não se encontra em vigor. No SMI, os medicamentos encontram-se identificados e armazenados com sinaléticas próprias, com especial reforço nos medicamentos de alto risco, nos concentrados de eletrólitos e nos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes. No SU, esta encontra-se distribuída de acordo com a forma farmacêutica e por ordem alfabética. Assim, relativamente à segurança dos medicamentos, verifica-se que o SMI cumpre o que está definido pela Norma n.º 20/2014 de 30 de dezembro (2014), enquanto que o SU, é algo que necessita de melhorar. Face ao exposto, foi possível refletir sobre a constante sobrelotação dos serviços de urgência, que se repercute em elevada demanda de utentes e trabalho, o que leva a um elevado risco de ocorrência de erros, nomeadamente erros de medicação e

atentar ainda que, pela ausência de um sistema de segurança eficaz, este encontrar-se-á ainda mais em risco (Azevedo et al., 2020).

No que se refere à redução do risco de lesões resultantes de quedas, de acordo com o PNSD 2021-2026, a meta para 2026 passa por 90% das instituições de saúde adotarem estratégias para a prevenção de quedas (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Assim, a ULS tem em vigor um procedimento de Prevenção de Quedas em Meio Hospitalar, com o intuito de uniformizar os procedimentos para avaliação e monitorização do risco de queda em adultos, através da escala de Morse, bem como, a promoção de medidas de prevenção de queda em meio hospitalar (Sequeira et al., 2022).

Em contexto de SU, é bastante frequente, a presença de utentes agitados, confusos e agressivos, que põem em risco a sua segurança e/ou segurança do meio ambiente, pelo que por vezes, existe a necessidade de recorrer a técnicas de contenção mecânica para garantia de segurança. Na Orientação n.º 21/2011 de 6 de junho (2011), contenção mecânica é definida por *“utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do utente”* (p. 21). Pesquisas científicas indicam que a utilização de métodos de contenção mecânica ocorrem por razões diversas, tais como, segurança da pessoa e do ambiente envolvente, prevenção de quedas, prevenção de remoção de dispositivos médicos e necessidade de tratamento médico emergente (Rodrigues et al., 2020).

A avaliação do risco é sempre realizada e feita de forma regular, pelo que várias medidas preventivas são adotadas, como: tentativa de orientação para a realidade, elevação das grades da cama, baixar a cama para o nível mais baixo possível, verificar que estas estão travadas, porém, são medidas que por vezes são insuficientes. De acordo com Orientação n.º 021.2011 de 6 de junho (2011), são elegíveis, os utentes que, entre outras, *“manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos”* (p. 1). Assim, quando necessário, o enfermeiro deve agir, prontamente, durante a prestação de cuidados comunicando, de imediato, a situação à equipa médica para que possam decidir qual a medida mais apropriada para garantir a continuidade dos cuidados, devendo esta ser prescrita pelo menor tempo possível e, regularmente, reavaliada a sua necessidade. A fim de evitar os possíveis efeitos que advêm deste procedimento, nomeadamente, impacto na liberdade, autodeterminação e dignidade do utente, a contenção mecânica deverá ser tida como último recurso (Orientação n.º 21/2011 de 6 de junho, 2011),

A prevenção de ocorrência de Úlcera por Pressão (UP), encontra-se, também, no PNSD 2021-2026 como medida a implementar pelas instituições de saúde (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). De acordo com a DGS, na Norma n.º 017/2011 de 19 de maio (2011), as UP representam um desafio significativo para a saúde pública e servem como indicador da qualidade dos cuidados prestados, sendo que essas feridas não só causam

sofrimento ao utente, como também, resultam em diminuição da qualidade de vida para si e para os seus cuidadores. A prevenção das UP é um objetivo estratégico importante do PNSD 2021-2026 e estima-se que cerca de 95% destas sejam evitáveis por meio de identificação precoce dos fatores de risco (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

Institucionalmente, com vista ao atingimento das metas preconizadas pelo PNSD 2021-2026, bem como a uniformização dos procedimentos relacionados com a prevenção da UP existe um manual, “Prevenção de Úlceras por Pressão – Manual da Qualidade” e um procedimento institucional “Prevenção de Úlceras por Pressão” instituídos (Almeida et al., 2024). Durante o estágio pode-se verificar que, em ambos os serviços, a escala aplicada é a de *Braden*. No SMI é avaliado o risco de desenvolvimento de UP uma vez por dia, no turno da manhã, sendo que grande percentagem das avaliações é de alto risco devido às características inerentes da PSC em SMI (Lopes et al., 2021). A PSC, neste contexto, frequentemente, apresenta vários fatores de risco para o desenvolvimento de UP, como idade avançada, imobilidade, má perfusão e administração de vasopressores, como tal, é importante estar atento e adotar medidas preventivas adequadas. Desta forma, o EE apresenta um papel crucial ao aplicar medidas de prevenção como avaliação do risco, inspeção periódica da pele, alternância de decúbitos e posicionamento correto, alternar posicionamento dos dispositivos, adequar a superfície de apoio e ajustar a nutrição (Lopes et al., 2021). Pode afirmar-se que, no decorrer do estágio houve conhecimento apenas de uma PSC ter desenvolvido uma UP a nível occipital devido a colar cervical. Este aspeto revela-se como um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e vai de encontro aos objetivos do PNSD 21-2026.

De acordo com o procedimento institucional, a aplicação da escala de *Braden* deverá ocorrer no momento de admissão, quando a condição de saúde se altera ou ocorra uma UP (Almeida et al., 2024). Porém, no SU não foi possível constatar esta prática. Diversos estudos demonstram que a incidência de UP tem vindo a crescer em SU e são vários fatores que contribuem para esse agravamento. Não só fatores intrínsecos da PSC, como a sobrelotação dos SU, falta de macas, o elevado tempo deitados em superfícies rígidas (como macas, talas, colares cervicais) (Soares et al., 2022). O elevado número de admissões no SU, baixas dotações de recursos humanos e conseqüente sobrecarga da equipa de enfermagem, muitas vezes desvia a atenção das boas práticas de enfermagem. A preocupação em estabilizar o quadro clínico da PSC faz com que, a avaliação do risco de desenvolvimento de UP seja adiada ou focada exclusivamente, no grupo de utentes considerados de alto risco (Soares et al., 2022). Verificou-se que existe uma preocupação por parte de alguns enfermeiros em minimizar o risco de UP, mas existe uma falta de continuidade nas ações realizadas durante os turnos, muitas vezes justificadas pela sobrelotação de utentes e pela escassez de recursos.

Assim, como EE, é essencial que se encontre um equilíbrio entre a estabilização do quadro clínico e a prevenção de UP.

A importância da notificação de incidentes de segurança do utente é reconhecida pela DGS, pelo que criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021), sistema utilizado pelos profissionais de saúde na ULS. O NOTIFICA é um sistema criado para notificar e gerir incidentes relacionados com a segurança do utente durante a prestação de cuidados de saúde, que ocorrem no Sistema de Saúde (Unidade Local de Saúde, 2024d). O princípio desse sistema, é garantir a segurança do utente identificando as causas dos incidentes, para prevenir sua recorrência no futuro e aperfeiçoar a qualidade da assistência à saúde. Assim, ao desenvolver e fortalecer a cultura de segurança institucional, é promovido um ambiente mais seguro para utentes e profissionais de saúde. Após reportar os incidentes, o Gabinete de Gestão do Risco Clínico procede à sua análise e fornece uma resposta. Para enfatizar a natureza não punitiva da notificação, é possível optar por fazer a notificação de forma anónima e confidencial (Garcia, 2022; Unidade Local de Saúde, 2024d).

As práticas relacionadas com a redução do risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), serão descritas mais adiante neste relatório, visto que convergem com uma das competências específicas do EEEMCPSC.

Ao longo do estágio, foram vários os momentos de reflexão e análise de situações de cuidados, que culminaram em gratificantes oportunidades de crescimento e aprendizagem. Procurou-se uma prestação de cuidados em ambiente terapêutico e seguro, visando a prevenção de incidentes, gestão de risco, segurança e qualidades dos cuidados, privilegiando o bem-estar da PSC.

2.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

A gestão de cuidados de enfermagem é evidente em várias fases e desempenha um papel crucial na procura por objetivos como qualidade, segurança e eficiência nos cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). A competência comum do EE no domínio da gestão de cuidados acarreta a gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Durante os dois momentos de estágio, existiu a oportunidade de acompanhar o enfermeiro de coordenação do turno, bem como o enfermeiro responsável por setor. Foi possível compreender que se trata de um papel exigente, stressante e desgastante. Além de

garantir as dotações adequadas e gerir recursos materiais, necessitam também, de manter os enfermeiros envolvidos num ambiente positivo e saudável.

No SMI, a gestão do serviço é feita pela enfermeira chefe, mas dada à complexidade do serviço, algumas tarefas são delegadas ao enfermeiro coordenador de turno. Neste serviço foi elaborado um procedimento de enfermagem “Enfermeiro Coordenador de Turno: Perfil de Competências e Intervenções” em que estão definidas competências, ferramentas e habilidades indispensáveis ao EE, enquanto coordenador de turno, destacando-se, a necessidade de deter conhecimento diferenciado na área do cuidar à PSC desenvolvendo uma prática baseada na evidência; ter uma comunicação efetiva, capacidade de empatia, liderança, espírito de equipa, negociação e gestão de conflitos; ser uma referência para a equipa e possuir uma capacidade de organização e articulação de acordo com os recursos disponíveis, distribuindo e delegando tarefas (Baltazar, 2022). O enfermeiro coordenador no SMI, tem diversas funções entre elas: gestão de recursos humanos, procedendo à distribuição de utentes por enfermeiro; requisição de medicação que não existe no *stock* do serviço ou medicação que necessite de justificação clínica; gestão e registo dos estupefacientes; manutenção da operacionalidade e teste de funcionalidade de alguns equipamentos; gestão de eventos problemáticos e resolução de conflitos; participa na reunião médica para, posteriormente, atualizar a equipa sobre o plano terapêutico do utente e faz ainda, a gestão das visitas. O coordenador substitui também outros enfermeiros na prestação de cuidados, caso estes necessitem de se ausentar ou em casos de horário reduzido (Anexo II).

No SU a gestão é, também, realizada pelo enfermeiro chefe em partilha com o enfermeiro coordenador do turno. Dado ao levado número de setores de trabalho, existe também o enfermeiro responsável de setor nas diferentes valências. O enfermeiro coordenador de turno é responsável pela mobilidade de elementos entre setores de acordo com as necessidades, sejam enfermeiros ou assistentes operacionais; gestão de equipamentos, quer em pedidos de reparação como empréstimos a outros serviços; agilização e organização de transportes intra e inter-hospitalares que são solicitados; armazenamentos no cofre o espólio de valores dos utentes a fim de evitar extravios; enviar amostras de sangue para deteção de taxa de alcoolémia ao Instituto de Medicina Legal. No fim do turno, é da sua responsabilidade a elaboração de um relatório com todas as informações que ocorreram durante o turno. No que diz respeito ao enfermeiro coordenador de setor, referente ao setor em que se encontra, as suas funções passam pela requisição de medicação que não existe no *stock* do serviço ou medicação que necessite de justificação clínica; gestão e registo dos estupefacientes; manutenção da operacionalidade e teste de funcionalidade de alguns equipamentos; solicitar alimentação para os utentes; gerir

encaminhamento dos utentes para os exames complementares de diagnóstico; agilizar os internamentos e altas; gerir os recursos humanos nas horas de refeição; gestão de eventos problemáticos e resolução de conflitos e, ajudar outros enfermeiros na prestação de cuidados, sempre que necessário.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica (MCEEMC), com o Parecer n.º 15/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018b), esclarece que em contextos de SMI, o melhor profissional para assumir a chefia e coordenação de equipas é o EE em Enfermagem Médico Cirúrgica. No que se refere ao SU, de acordo com o Parecer N.º 10/2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017c), quando há EEEMCPSC, são estes os profissionais que devem assumir o papel de coordenador de turno. No contexto de atuação dos enfermeiros, o profissional com melhor formação para ser designado com responsável de turno, é o EE, porém, na ausência deste, é possível designar um enfermeiro de cuidados gerais, desde que sua competência para a tarefa seja comprovada (Ordem dos Enfermeiros, 2017c). Pode-se afirmar que, tanto no SMI como no SU, nem sempre é possível assegurar que em todos os turnos a coordenação de turno seja assegurada por um EEEMCPSC, porém, é evidente que as competências estabelecidas pelos serviços estão em congruência com a competência comum na gestão de cuidados do EE, mencionado no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019).

Para que sejam garantidos cuidados de saúde seguros, e de alta qualidade, é fundamental que exista uma dotação adequada de enfermeiros com qualificações e competências ajustadas à população alvo e organizações, requerendo uma adequação às reais necessidades de cuidados da população. Assim, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), referente à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, num SU, independentemente da sua tipologia, é necessário que 50% da equipa de enfermagem possua competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de PSC atribuída pela OE e deve contemplar formação de suporte avançado de vida. Neste caso, o SU-A, é composto por 158 elementos em que 74 (46,83% da equipa) têm título de especialista atribuído pela OE, sendo que, apenas, 58 (36,70% da equipa) são EEEMC. Face ao exposto, concluo que o número de enfermeiros com títulos de especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica é inferior ao recomendado.

Preconiza-se que os hospitais façam uma gestão dos seus recursos humanos do SU de forma a facilitar o planeamento de atividades e promover a sustentabilidade da resposta em situações urgentes e emergentes. Não valorizar esta gestão, poderá levar à desorganização e colocar em risco a segurança da pessoa que procura o hospital em situação crítica (Machado, 2021).

No SMI, tal como recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), a equipa multidisciplinar, é própria, dedicada e em presença física 24h por dia. A equipa de enfermagem, é composta por 125 enfermeiros com as distintas categorias sendo que 59 têm título de especialista (47,2% da equipa) atribuído pela OE, embora, apenas 38 dos elementos sejam EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (30,4% da equipa). À semelhança do SU, o SMI as equipas devem ser constituídas, preferencialmente, por 50% de EEEMCPSC. Assim, pelo apresentado, verifica-se que o número de enfermeiros com título de EEEMC, é inferior ao recomendado.

O cálculo das dotações seguras deve ser efetuado de acordo com a tipologia da unidade, em que o rácio enfermeiro/utente recomendado, em SMI nível III, é de 1/1 (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). Porém, durante o período de estágio, o rácio foi de 1/2, algo que foi motivo de reflexão com os tutores. Diversos estudos demonstram que a dotação insuficiente de enfermeiros é prejudicial para a PSC no SMI havendo uma relação entre proporção inadequada de rácio enfermeiro/utente e a alta mortalidade; aumento de complicações e eventos adversos; aumento das infeções nosocomiais; insatisfação de familiares da PSC; aumento de UP, de tempo de internamento; e aumento dos custos hospitalares (Bruyneel et al., 2019). O PNSD 2021-2026, reflete a importância de se garantir a segurança dos ambientes e práticas seguras, sendo necessário adequar as equipas de profissionais e sua formação, bem como a organização do trabalho e o uso de ferramentas adequadas para garantir a confiabilidade dos processos (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

É essencial para garantir cuidados de qualidade, segurança do utente e eficiência económica no sistema de saúde, que se determine o número adequado de profissionais de enfermagem, tendo por base as necessidades do utentes e, conseqüente carga de trabalho. Avaliar a carga de trabalho, permitir-nos-á entender as atividades envolvidas no cuidado e tempo requerido para cada uma delas (Simões, 2020). Assim, no SMI a distribuição da carga de trabalho de enfermagem pelo enfermeiro coordenador, é feita de acordo com a ponderação da escala de *Nursing Activities Score* (NAS), para que esta seja o mais equitativa possível. O NAS, abrange 81% das atividades realizadas pelos enfermeiros, independentemente da gravidade clínica específica de cada utente e é composta por 23 intervenções terapêuticas, subdivididos em sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas (Nobre et al., 2019). Cada item, dentro dessas categorias, descreve uma situação ou conduta aplicável à PSC e a pontuação atribuída a cada item reflete o tempo de assistência necessário. Assim, esta avaliação considera não apenas os aspetos numéricos, mas também tem em conta o nível de dependência, instabilidade e ausências do serviço (Nobre et al., 2019).

Ao longo do seu percurso profissional, o enfermeiro tem a responsabilidade de fornecer cuidados de alta qualidade e segurança, sendo que esses cuidados devem estar alinhados com as diversas abordagens de organização da enfermagem. Cada serviço de saúde pode adotar um ou mais métodos de trabalho, considerando fatores como gestão de enfermagem, cultura institucional, disponibilidade de recursos e características da equipa de enfermagem (Ventura-Silva et al., 2021).

Durante o percurso académico a investigadora principal constatou que, o método individual, é metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros em ambos os locais de estágio. Com esta metodologia, durante o turno, o enfermeiro é o único responsável por toda a prestação de cuidados à PSC, evitando-se perdas de informação, bem como cuidados fragmentados, assumindo a responsabilidade pela PSC encarregando-se pelo planeamento, implementação e avaliação desses cuidados (Ventura-Silva et al., 2021). Apesar disso, a equipa de enfermagem mantém uma atitude de cooperação e interajuda entre si para garantir que a pessoa receba os melhores cuidados possíveis. Em modo de reflexão, acredita-se que o método individual contribui, significativamente, para ganhos em saúde e segurança dos cuidados, pois permite que o enfermeiro tenha uma visão global da situação clínica da PSC, possibilitando a execução contínua e estruturada do processo de enfermagem, durante toda a prestação de cuidados.

Os dois estágios proporcionaram diversas oportunidades de aprendizagem no âmbito da gestão e liderança, sendo esta, ainda, uma área com necessidade de desenvolver. A liderança em enfermagem, refere-se à capacidade de liderar uma equipa para alcançar objetivos comuns, assegurando que as necessidades de saúde da PSC, família e comunidade sejam atendidas. Nos dias de hoje, gerir um serviço de saúde é um desafio complexo, pelo que saber liderar é uma competência crucial na prática profissional do enfermeiro com vista a promoção do bem-estar e prestação de cuidados de qualidade que se percutirão em ganhos em saúde (Gomes et al., 2021). De acordo com o REPE, alínea 6 do artigo 9º “*os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão (...), para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 103). A OE, preconiza que os enfermeiros procurem, permanentemente, a excelência no exercício profissional tendo por base cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A OE prevê que uma “*prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de*

enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 2). Assim, no que se refere às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cabe ao EE desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

De acordo com Patrícia Benner, no seu modelo de aquisição de competência, descrito no Parecer n.º 10/2017 *“as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017c, p. 2), ou seja, a experiência permite ao enfermeiro identificar rapidamente o que é relevante numa situação e compreender o seu significado. Assim, o EE desempenha um papel decisivo nos cuidados especializados prestados à PSC. Para atender às suas necessidades, o EEEMCPSC deve possuir habilidades qualificadas, desenvolvendo uma prática baseada em evidência mais recente, revelando-se o líder ideal para conduzir formações, participar em projetos assessoria e contribuir para a investigação na sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A formação em enfermagem é essencial para atender às necessidade de saúde das sociedades contemporâneas. Ela capacita os profissionais a tomar decisões eficazes, promovendo a mudança de atitudes, práticas e comportamentos necessários para alcançar ganhos em saúde (Marques, 2021).

Ao longo deste estágio, a investigadora principal procurou ser assertiva, interessada, proativa, manter uma postura humilde, com reconhecimento das suas dificuldades. Considera ter demonstrado autonomia e, conseqüentemente, melhoria do desempenho. No que diz respeito ao estágio no SMI, foi a sua primeira experiência com a PSC, em contexto de cuidados intensivos, o que exigiu um esforço adicional, impondo mais autoformação teórica e pesquisa. O objetivo era adquirir e demonstrar conhecimentos resultando no desenvolvimento de competências específicas nesta área de atuação. Deparou-se com diversas técnicas e procedimentos, com as quais nunca tinha lidado, como técnicas dialíticas, manuseamento de derivações ventriculares externas, utente entubado e conseqüentemente, os cuidados inerentes.

O papel dos enfermeiros tutores foi essencial, pois a reflexão conjunta realizada, por diversas vezes, permitiu a aquisição de mais conhecimentos teóricos e identificação de lacunas no conhecimento, que se revelaram oportunidades de aprendizagem e melhoria. Além dos enfermeiros tutores, também os restantes elementos da equipa que, enquanto mediadores de oportunidades, sempre se demonstraram profissionais e empáticos no seu processo de aprendizagem.

No estágio em SU propôs-se à realização de um póster intitulado como “Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência” (Anexo III), tendo sido desenvolvido para apresentar à equipa de enfermagem. Este compreende um pequeno enquadramento teórico sobre o tema, as dificuldades na colaboração e relacionamento com as famílias, os pilares da relação do enfermeiro-utente e as competências do EE inerentes à gestão de conflitos. No SMI, achou-se pertinente desenvolver um trabalho, tendo por base o tema do estudo de investigação, Relação Interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica, mas ajustada ao SMI. Assim, foi elaborada uma apresentação via *power point* (Anexo IV) e um póster (Anexo V), ambos intitulados de “Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Medicina Intensiva” em que se encontra explanado um breve enquadramento teórico sobre o tema, os sentimentos da família perante um SMI, motivos que estão na génese dos conflitos entre enfermeiro e familiar no SMI e as intervenções de Enfermagem para promover positivamente esta relação. Por inviabilidade temporal e dos serviços, a apresentação não foi operacionalizada, mas o póster ficou afixado na sala de enfermagem. No entanto, foi, também, deixado com as enfermeiras-chefes do SU e SMI, como instrumento de apoio e auxílio.

De forma a desenvolver aprendizagens profissionais, esteve presente em formações realizadas no serviço. A formação em serviço, acontece simultaneamente com a prática profissional e está diretamente relacionada com a resolução de problemas das diferentes unidades e/ou serviços. É um dos principais meios para aprofundar e desenvolver competências em contexto de trabalho, gerando novos conhecimentos em enfermagem que se adaptem às mudanças que diariamente sucedem (Marques, 2021). No SU, compareceu à “1ª reunião multidisciplinar: via verde AVC” e no SMI esteve presente na formação sobre “A Pessoa em Situação Neurocrítica no SMI”. Ambas foram importantes pois permitiram refletir sobre as práticas e os cuidados prestados.

Inerente às competências do EE no domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, encontra-se a gestão de conflitos. De acordo com estudo apresentado por Lima et al. (2021), os conflitos em contexto de saúde encontram-se relacionadas com a “*comunicação ou problemas relacionados à comunicação, estrutura e/ou ambiente laboral das instituições e sobrecarga de trabalho*” (p. 5). Refere ainda que, face aos sujeitos envolvidos “*verificam-se conflitos entre enfermeiros e familiares, entre enfermeiros e médicos e entre os próprios profissionais da equipa de enfermagem*” (Lima et al., 2021a, p. 5). É de realçar que quando estes não são solucionados ou amenizados de forma eficaz, a prestação de cuidados ao utente e família pode estar em risco, traduzindo-se numa má qualidade de cuidados (Sbordoni et al., 2020).

Segundo OMS, descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2008), família não se restringe a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, mas, ao conjunto de pessoas cujas relações são fundamentadas na confiança, apoio mútuo e um objetivo compartilhado. Assim, compreende-se que família é quem o utente entende como sendo significativo para si, pelo que se torna importante que, durante a prestação de cuidados, se tenha em consideração a sua família, incitando a criação de uma relação interpessoal significativa e terapêutica (Frade et al., 2021). De acordo com Peplau (George, 2000), a relação interpessoal em enfermagem, é definida como interações entre duas ou mais pessoas que compartilham objetivos comuns proporcionando o impulso para um processo terapêutico em que o enfermeiro e o utente se respeitam mutuamente como indivíduos, aprendem e crescem a partir desta interação. A relação estabelecida, é essencial para a prática de cuidados de enfermagem efetivos e humanizados em que empatia, respeito, confiança, comunicação eficaz, compreensão das necessidades e perspetivas do utente, são na perspetiva da autora a base para a relação do enfermeiro-utente (Bittencourt et al., 2018; Lima et al., 2020).

Durante o estágio no SU, os conflitos que foram surgindo deveram-se à sobrelotação do serviço e a sobrecarga de trabalho, a priorização de emergências, com o prolongado tempo de espera, horários de visitas limitados, que conseqüentemente, origina dificuldades na colaboração e relacionamento com as famílias (Alshehry, 2022; Emmamally et al., 2020; Lima et al., 2021b). Porém, observou-se a uma postura cordial por parte da tutora que interveio como mediadora, assumindo uma postura cooperativa, em que principal objetivo foi otimizar a comunicação entre as partes a fim de perceber o problema e solucionar de acordo com o melhor interesse possível para o utente/família. A forma como o resolveu serviu como grande aprendizagem.

Em ambientes de SMI, a satisfação das necessidades da família é um desafio para os enfermeiros, pois os conflitos surgem devido a receio de aproximação emocional do enfermeiro perante o sofrimento da família, devido à priorização de cuidados à PSC, e quando a família sente que a informação disponibilizada é insuficiente ou contraditória (Cabete et al., 2019). Assim, a comunicação eficaz está na base da relação entre enfermeiro e família da PSC, devendo este fornecer informações detalhadas e verdadeiras sobre o estado clínico da PSC, garantindo que a família se encontra bem informada. Assim, demonstrar empatia, respeito e sensibilidade é fundamental (Cabete et al., 2019). Neste contexto, não se presenciou nenhum tipo de conflito, antes pelo contrário, pode observar-se uma preocupação constante por parte da equipa de enfermagem em manter a família informada e presente, incentivando à marcação de visitas bi-diárias.

Analisando os períodos de estágio, pode concluir-se que foram prestados cuidados complexos e específicos, que resultaram, não apenas na aquisição e aplicação de

conhecimentos, mas também no desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva. A troca de experiências e conhecimentos com os tutores demonstrou-se, assim, uma mais valia.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

O presente capítulo tem patente a reflexão das competências específicas do EEEMCPSC, desenvolvidas ao longo do estágio de Enfermagem à PSC II.

A área de especialização em Enfermagem à PSC tem como alvo de cuidados a PSC como sendo alguém “*cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19362). Para dar resposta às necessidades da PSC, são necessários cuidados e conhecimentos altamente qualificados, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com obtenção o mais possível de sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Os cuidados de enfermagem à PSC envolvem a observação constante, a colheita sistemática de dados e a busca contínua de informações. O objetivo é monitorizar continuamente a condição da pessoa, família ou cuidador sob cuidados, antecipar e identificar precocemente, complicações e garantir uma intervenção precisa e eficaz no momento certo. Desta forma, foram definidas, pela OE, as competências específicas do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

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

A competência específica do EE, supramencionada, diz respeito à mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas que o EE necessitará ser detentor para dar resposta em tempo útil e de forma holística à PSC (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Apesar de trabalhar num SU, a complexidade e afluência de utentes no SU-A é bastante diferente. Assim, considera-se que o desenvolvimento deste estágio veio revelar-se bastante enriquecedor em termos de aprendizagem e crescimento pessoal. Na SE, houve oportunidade de observar e participar em intervenções complexas, geradas por situações de emergência, que proporcionaram grandes momentos de aprendizagem:

- Vítima de AVC em que foi ativado o protocolo de Via Verde de AVC;

- Dor torácica, com confirmação de síndrome coronário agudo, onde foi possível acompanhar a PSC à sala de hemodinâmica e assistir à realização de cateterismo cardíaco após ativação do protocolo Via Verde Coronária;
- Trauma (acidentes de viação, queda) com ativação do protocolo Via Verde Trauma, em que foram realizadas técnicas de imobilização, gestão de dor e acompanhamento do utente para realização de exames complementares de diagnóstico;
- Paragem respiratória e dispneia grave, com a oportunidade de colaborar na colocação de ventilação não invasiva;
- Alterações do estado de consciência, convulsões, entre outras.

A prestação de cuidados nestas circunstâncias foi realizada de forma individual, com base numa avaliação inicial rápida tendo por base evidências fisiológicas e queixas da PSC.

No que diz respeito à avaliação da PSC, esta deve ser feita de forma célere e seguindo a metodologia ABCDE (*A-Airway*, *B- Breathing*, *C-Circulation*, *D-Disability*, *E-Exposure*), que permite de forma rápida avaliar a integridade ou compromisso das funções vitais que podem colocar a vida da pessoa em risco e definir se a vítima é ou não crítica. Especialistas defendem que o uso adequado desta metodologia aumenta a qualidade do atendimento (INEM, 2012). A metodologia ABCDE, é o método utilizado para abordagem à PSC e para os registos de enfermagem em SE, permitindo uma avaliação rápida, intervenção adequada e elaboração de registos completos e organizados (INEM, 2012).

Num ambiente pautado por grande vulnerabilidade, como ocorre num SMI, onde a dualidade entre vida e morte está bem presente, a realização de estágio desempenha um papel crucial na formação dos profissionais. Além da competência técnico-científica, o estágio permite aquisição de competências para uma prestação de cuidados humanizados, caracterizados pelo cuidado, empatia e respeito para com a PSC e seus familiares (Giraldes et al., 2022). Estas semanas de estágio no SMI, foram bastante enriquecedoras, pois facultaram um leque de oportunidades das quais nunca tinha existido um contacto prévio, tais como: PSC submetidas a VMI, utentes neurocríticos com toda a neuromonitorização adjacente, Técnicas de Substituição Renal Continua (TSRC).

Relativamente à VMI, houve oportunidade de conhecer alguns dos modos de ventilação mais utilizados, pressão controlada, pressão assistida e volume controlado, e desenvolver intervenções com vista à manutenção da permeabilidade das vias aéreas e

adaptação do PSC aos parâmetros ventilatórios. Assim, desenvolveram-se aprendizagens no que respeita à interpretação de alguns dos sinais sonoros do ventilador e, perceber como atuar em conformidade na sua resolução; manter o sistema de aspiração operacional e com todo o material necessário à sua utilização; avaliar o nível do tubo endotraqueal na comissura labial e proceder à alternância de fixação do mesmo; verificação e manutenção da pressão de *cuff*; monitorização do nível de consciência e analgo-sedação; evitar desconexões desnecessárias do sistema de ventilação; manter todo o sistema íntegro e limpo; monitorização de secreções e suas características.

O acúmulo de secreções e as complicações associadas à VMI, estão diretamente relacionados à manutenção prolongada do suporte ventilatório e também à permanência hospitalar mais prolongada (Lima et al., 2022). Assim, a aspiração de secreções é um procedimento de enfermagem comum e deve ser iniciada em resposta a sinais como padrão dente de serra no circuito fluxo-volume do ventilador, aumento da pressão de pico, diminuição do volume corrente, queda de saturação pela oximetria de pulso, presença de secreção no interior da cânula e agitação (AARC, 2010).

Foi possível verificar que é prática recorrente aspirar a PSC três vezes no turno e sempre necessário, porém de acordo com AARC (2010) esta não deve ser realizada de forma rotineira, mas sim em caso de necessidade, no entanto outras recomendações são cumpridas em pleno, como a pré-oxigenação, a duração da aspiração não ser mais longa que 15 segundos e uso de técnica asséptica. Surgiu oportunidade de proceder à aspiração de secreções em circuito fechado, uma técnica que permite a passagem da sonda de aspiração pela via aérea sem a desconectar do ventilador, estando recomendada em PSC que necessitam de parâmetros ventilatórios elevados e em situações com elevado risco de dessaturação aquando da aspiração de secreções (AARC, 2010). Pode afirmar-se que no SMI, a aspiração de secreções em circuito fechado é realizada dentro destas recomendações, mas também, quando há infeção das vias aéreas, para proteção da equipa.

É impossível não comunicar, é o primeiro axioma da comunicação na teoria da comunicação humana de Watzlawick, Beavin e Jackson de 1967, uma vez que, a comunicação - verbal e não verbal - estão intimamente ligadas (Machado & Ribeiro, 2022). É expectável que a prática de VMI em utentes acordados aconteça mais frequentemente, uma vez que a utilização de uma sedação mais leve traz benefícios significativos, incluindo a redução do tempo de ventilação e a diminuição de complicações (Cabrita et al., 2022). Desta forma, quando se pensa em comunicação num utente submetido a VMI, é algo que promoverá mais desafios aos enfermeiros, no que diz respeito à adequação de habilidades comunicacionais,

exigindo destes uma maior adaptabilidade e criatividade no desenvolvimento de estratégias comunicacionais (Cabrita et al., 2022; Sias et al., 2022). Tendo por base o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), poder-se-á afirmar que o EEEMCPSC é dotado de competências avançadas de comunicação técnico-científica que permite superar barreiras de comunicação e adaptar-se às necessidades específicas de cada situação.

Estudos realizados, demonstram que as pessoas ventiladas enfrentam frequentemente, dificuldades em expressar-se pela impossibilidade de comunicação verbal condicionando a sua autonomia e independência, pelo que, quando não são compreendidas sentem medo, ansiedade, frustração e podem desenvolver depressão (Cabrita et al., 2022; Sias et al., 2022). São várias as estratégias possíveis de ser adotadas nestas situações, tais como, uso de lápis e papel, letras do abecedário, placas de palavras e imagens, mimica labial, acenar com a cabeça, apontar objetos, recursos às tecnologias, entre outras (Cabrita et al., 2022; Sias et al., 2022).

Remete-se a uma situação em particular, uma PSC internada por acidente de viação, submetido a VMI, com baixos níveis de sedação, que se encontrava consciente e orientada. No momento da admissão na unidade, estava em ventilação espontânea e pôde explicar como tinha ocorrido o acidente, sempre muito colaborante e comunicativa, tendo em conta toda a situação. Num segundo momento, dias mais tarde quando se regressou, a mesma encontrava-se sob VMI, mas alerta. No princípio, compreender a mensagem era difícil, mas com esforço entre as partes, foi possível dissipar um pouco a ansiedade e estabelecer uma conexão satisfatória. Recorreu-se ao papel e caneta e à interpretação de alguns gestos que a própria ia fazendo, inclusivé, quando solicitava a fotografia dos filhos. Posto isto, considerase ter desenvolvido competências relacionadas com a adaptação da comunicação em situações complexas de saúde, bem como o desenvolvimento de estratégias para facilitar a comunicação com pessoas que encaram barreiras à comunicação (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A admissão de um familiar numa unidade hospital, SU ou SMI, desencadeia um processo de transição saúde-doença que origina emoções intensas como medo, ansiedade, angústia, insegurança e desamparo, enfrentam sentimentos de incertezas e preocupações relacionadas com a situação clínica e carência de informação, ao ambiente hospitalar e aos desafios que surgem (Cabete et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020a). Assim, torna-se fulcral que o EE esteja atento a este tipo de reações emocional e ofereça apoio adequado à família da PSC para que possam enfrentar essa transição com mais tranquilidade, particularmente no domínio relacional (Cabete et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020a). A demonstração de

empatia, respeito e sensibilidade, juntamente com o apoio emocional e espiritual à família, são destacadas, pelo autor Cabete et al. (2019), como ações essenciais para atender às necessidades dos familiares e que contribuem significativamente, para proporcionar um ambiente de cuidado e compreensão durante momentos desafiadores, estando em consonância com a teoria da Relação Interpessoal de Hildegard Peplau.

Empatia, respeito, confiança, comunicação eficaz, compreensão das necessidades e perspectivas do utente, são na perspectiva de Peplau a base para a relação do enfermeiro-utente (George, 2000). Apesar da teoria da Relação Interpessoal ter como base a relação enfermeiro-utente, esta também poder-se-á estender à interação com a família dos utentes, pois a autora reconheceu a importância da família no processo de cuidados, admitindo que desempenha um papel vital no suporte emocional e prático ao utente (Bittencourt et al., 2018). Identificar a importância das relações interpessoais na formação e funcionamento das famílias, enfatizando como os padrões de comunicação, o apoio emocional e a resolução de conflitos influenciam a saúde e a estabilidade do sistema familiar (Bittencourt et al., 2018; George, 2000). Na prestação de cuidados, a Teoria das Relações Interpessoais pode ser aplicado na interação com a família, através da inclusão da mesma no processo de cuidado. Desta forma, os enfermeiros serão capazes de proporcionar um ambiente de cuidados mais holístico, promovendo o bem-estar, não só do utente, mas como da sua família, pois a *“integração da família no cuidado otimiza o cuidado de enfermagem à pessoa utente”* (F. Sá & Velez, 2021, p. 2).

Para o utente, poder ter a família junto de si, providencia uma maior sensação de segurança, conforto e apoio (Barreto et al., 2019). A comunicação eficaz é, também, uma estratégia a incutir na interação com a família. Da mesma forma que deve utilizar ferramentas de comunicação com o utente, o enfermeiro deverá aplicar técnicas de comunicação eficazes e construtivas na abordagem à família, tais como *“uso de respostas honestas e a utilização de termos simples e claros na comunicação de informação”* (Jorge & Madureira, 2020a, p. 9). Assim, ao clarificar a situação do seu familiar e fornecer suporte emocional, o enfermeiro diminuirá o sofrimento, ansiedade e stress vivenciada pela família, logo, promoverá uma maior sensação de segurança (Barreto et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020a; F. Sá & Velez, 2021). A comunicação em saúde é reconhecida como parte essencial da eficácia dos tratamentos e da qualidade dos cuidados e a falta de informação e falhas de comunicação estarão na génese e manutenção de conflitos entre enfermeiro e utentes e/ou seus familiares (Jólluskin & Silva, 2021).

A relação interpessoal com a família da PSC em SU é a temática do estudo de investigação apresentado posteriormente.

Transpondo para o vivenciado nos estágio, reconhece-se que em contexto de SU, o estabelecimento de uma relação interpessoal com a família da PSC e com o próprio é complexo, quer pela tipologia de utentes, quer pela sobrelotação de utentes que se reflete num grande volume de trabalho. Os profissionais de saúde que exercem no SU lutam diariamente com a sobrelotação do serviço e a sobrecarga de trabalho, a priorização de emergências, com o prolongado tempo de espera, horários de visitas limitados, que conseqüentemente, origina dificuldades na colaboração e relacionamento com as famílias (Alshehry, 2022; Emmamally et al., 2020; Lima et al., 2021a). Estas situações causarão alterações significativas na comunicação e originará insatisfação por parte dos utentes e familiares perante a qualidade de cuidados que recebem e pela experiência em meio hospitalar, originando, conseqüentemente, conflitos injustificados com os prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, enfermeiros (Alshehry, 2022; Lima et al., 2021a).

Nos SU em Portugal, nos termos do disposto da Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014), todos os cidadãos têm o direito de serem acompanhados por uma pessoa por eles indicada. Porém, no SU-A encontra-se em vigor uma norma que, atendendo aos constrangimentos do espaço físico decorrentes do projeto de requalificação, a presença de acompanhantes encontra-se mediante autorização do profissional de saúde, em qualquer das áreas de serviço. Esta norma, encontra-se enquadrada no artigo 14º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014) que explana os limites ao direito de acompanhamento.

Para combater estas fragilidades, como preconizado no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014), o SU apresenta um gabinete de informações (área de informação e comunicação com familiares) onde está um enfermeiro disponível para fornecer informações relevantes aos familiares que o solicitarem. Este enfermeiro desempenha um papel essencial na gestão da informação entre utente, a família e os profissionais de saúde, garantindo, sempre que possível uma articulação entre eles. A fim de facilitar a gestão e evitar aglomerações em áreas de passagem constante, foi implementado um sistema de senhas e os familiares aguardam na sala de espera, sendo chamados de acordo com o seu número de senha. Essa organização visa otimizar o atendimento e garantir que todos sejam atendidos e as informações fornecidas de forma eficiente.

No SMI pôde-se constatar que a abordagem à família é mais pacífica e feita num ambiente mais calmo. Os enfermeiros demonstraram preocupação em acolher os familiares,

em explicar a situação, esclarecer dúvidas e prestar apoio emocional e fizeram diversas vezes a ponte entre a família e o médico, para que estes pudessem ver esclarecidas dúvidas mais do foro médico.

Pode afirmar-se que é essencial os enfermeiros adquirirem habilidades comportamentais e relacionais para atender de maneira adequada às necessidades identificadas de PSC e suas famílias, pois essas competências são essenciais para fornecer um cuidado compassivo e eficaz, em qualquer contexto onde exerçam a sua prática (Cabete et al., 2019). Ao longo do estágio, procurou sempre estabelecer-se uma relação terapêutica, esclarecer dúvidas e anseios de forma a minimizar o medo e ansiedade do utente e sua família.

A comunicação de más notícias é considerada uma das tarefas mais difíceis para os enfermeiros (Gadonski et al., 2022). Em ambiente hospitalar, em caso de morte, a responsabilidade pela comunicação da notícia aos familiares é do diretor do serviço, porém, na sua ausência, esta pode ser delegada a outro profissional de saúde do mesmo serviço (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). De acordo com o Parecer CJ 153/2013, a responsabilidade de comunicar o óbito deve recair sobre o enfermeiro que melhor conheça o familiar do falecido e possua competências sólidas em comunicação de más notícias e, quando incumbido dessa tarefa, deve ser sensível à situação e agir com empatia, considerando o contexto e a relação com os familiares. Portanto, a escolha do enfermeiro mais experiente e habilidoso na comunicação é fundamental para garantir que a notícia seja transmitida de forma adequada e compassiva (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Em caso de morte, de acordo com o artigo 108.º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) cabe ao enfermeiro respeitar e fazer respeitar o corpo, no que se refere à qualidade humana dos procedimentos após a morte, seja no imediato (ao corpo) como posteriores (transporte para a casa mortuária).

Durante os estágios realizados, não se proporcionaram momentos de comunicação de más notícias, mas compreende-se que seja um momento de grande preocupação para a enfermagem, pois trata-se de transmitir informações difíceis às suas famílias. Exige uma postura e competências adequadas por parte do enfermeiros – empatia, comunicação eficaz, respeito, cortesia, estar emocionalmente disponível, dominar as suas emoções e procurar ir ao encontro do outro – ou seja, existe o estabelecimento de uma relação interpessoal com a família (Gadonski et al., 2022; Malta et al., 2023). É necessário que ocorra, também, ajuste do ambiente físico, no que se refere à privacidade em que se respeitem sentimentos,

expressões emocionais adaptativas de cada cultura, que possam a vir a surgir em ambiente de crise, como a supracitada (Malta et al., 2023).

A vigilância e monitorização da PSC é uma competência fundamental do enfermeiro que exerce em SMI, uma vez que permite o reconhecimento atempado de focos de instabilidade, encontrando-se relacionada com a segurança e qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017a; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A monitorização hemodinâmica em PSC é fulcral, visto que a instabilidade observada nestes utentes pode resultar rapidamente num quadro de descompensação, levando à morte em poucas horas, assim para melhorar o prognóstico destes, é essencial utilizar métodos diagnósticos rápidos e eficazes (Santos, 2022). Neste âmbito, em SMI, contactou-se com a monitorização de derivações ventriculares externas; aplicação do eletrodo de monitorização do *Bispectral Index* (BIS) e *Near-infrared spectroscopy* (NIRS) e interpretação dos valores; avaliação da sedação através da escala *Richmond Agitation Sedation Scale*; e monitorização e interpretação dos valores de pressão intracraniana. Contactou-se, também pela primeira vez com o sistema *Irraflow*®. O *Irraflow*® é um sistema inovador na gestão de líquidos intracranianos, possibilitando a irrigação, drenagem, eliminação de oclusão e controlo da pressão intracraniana (IRRAflow, 2024).

Constatou-se que a escala de avaliação de *delirium* adotada pelo SMI é a *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit*, porém não é muito utilizada. O *delirium* é uma disfunção cerebral que, frequentemente, afeta a PSC em SMI e caracteriza-se por um síndrome de início agudo ou subagudo, de rápida evolução, em que se associam flutuações de alterações no nível de consciência, déficits de atenção, cognição e perceção (Silva et al., 2023; Tavares et al., 2023). Segundo dados internacionais, mais de 87% das PSC em SMI desenvolve esta condição, estando relacionada a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade em utentes críticos (Silva et al., 2023; Tavares et al., 2023). Posto isto, percebe-se que é de extrema importância que a monitorização do *delirium* em SMI seja uma prática comum, e com recurso a escalas válidas e de alta sensibilidade, como a CAM-IUC (Tavares et al., 2023).

A lesão renal aguda é das complicações mais suscetíveis de ocorrer na PSC em SMI, pelo que a implementação de TSRC está cada vez mais presente no dia-a-dia, podendo estes ser métodos contínuos ou intermitentes: hemodiálise venovenosa contínua, hemofiltração venovenosa contínua, ultrafiltração venovenosa contínua e hemodiafiltração venovenosa contínua (Morsch et al., 2021). Os enfermeiros que prestam cuidados à PSC em TSRC necessitam de executar atividades de preparação, planeamento, monitorização e

acompanhamento, uma vez que a probabilidade de ocorrência de eventos adversos pode atingir os 97%, entre os quais hipotermia, arritmias e hipotensão (Andrade et al., 2019; Morsch et al., 2021). Pode conhecer-se a dinâmica do procedimento, desde a colocação do cateter de diálise até à preparação do equipamento e material que envolve todo o sistema. Apenas se contactou com a modalidade de hemodiafiltração venovenosa contínua, sendo uma técnica composta por um circuito típico de diálise, uma bomba de sangue, um circuito do dialisante e respetivo filtro (Morsch et al., 2021).

Atualmente, é reconhecido que uma intervenção precoce e adequada pode reduzir a mortalidade e a morbidade em utentes hospitalizados que enfrentam uma deterioração clínica aguda. Portanto, tendo por base a Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO (2010), é crucial implementar mecanismos organizacionais que permitam a rápida identificação desses utentes e a instituição oportuna de terapêutica otimizada. Posto isto, como preconizado pela circular anteriormente mencionada, a ULS é composta por 2 Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares (EEMI): uma no SU-A e outra no SMI. Estas equipas estão destinadas a dar resposta a situações de paragem cardiorrespiratória, bem como situações de deterioração fisiológica aguda significativa, sendo constituídas por um médico e um enfermeiro, ambos com competências em suporte avançado de vida (Circular Normativa N.º 15/DQS/DQCO, 2010). De acordo com a MCEEMC, no Parecer n.º 09/2017, o profissional com melhor formação para integrar as EEMI são os EEEMCPSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). Ambos são compostos por um *deck* próprio para um contato rápido. A EEMI do SU-A é responsável por dar resposta a emergências que ocorram nos espaços comuns, enquanto que a EEMI do SMI dá resposta aos espaços clínicos, ou seja, serviços de internamento.

Hoje em dia, o transporte inter-hospitalar (TIH) de PSC é uma necessidade crescente, por diversos motivos, como transferência da SE para a SMI, BO, realização de exames complementares de diagnóstico e inclusivé, transferência para as áreas de residência ou por inexistência de vagas em SMI (Borges et al., 2023; Ordem dos Médicos, 2023). O período de TIH pode ser extremamente desafiador para a PSC, pois não é isento de riscos, podendo potenciar instabilidade no seu estado clínico e levar ao surgimento de complicações (Borges et al., 2023). Durante o transporte da PSC, os cuidados prestados nunca devem ser inferiores aos do serviço de origem, desta forma, é crucial que o enfermeiro envolvido no transporte antecipe e se prepare adequadamente para minimizar os riscos durante essa fase crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2020; Ordem dos Médicos, 2023). De acordo com as Recomendações do Transporte Doente Crítico (TDC), o enfermeiro que acompanhe a PSC durante o TIH, deve ter experiência em reanimação e formação na área de transporte de

utentes críticos, o mesmo corrobora a OE no Parecer n.º 09/2017, onde menciona que o EEEMCPSC é o profissional mais qualificado para fazer parte da equipa de TDC (Ordem dos Enfermeiros, 2017b; Ordem dos Médicos, 2023).

A OE, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC, menciona que EE detém um papel importante na prevenção de complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Assim, deve identificar e responder prontamente a focos de instabilidade, executar cuidados técnicos de alta complexidade à PSC, demonstrar conhecimentos em suporte avançado de vida, responsabilizar-se pela evacuação e transporte da pessoa em segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2017a; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Desta forma, pode-se concluir que o EEEMCPSC é o profissional com competências adequadas para efetuar em segurança um TIH da PSC, pois implica que estejam preparados para o imprevisto e tenham a capacidade de prever e atuar eficazmente e em tempo útil para a prevenção de complicações (Borges et al., 2023). Em relação a esta temática, no SU há sempre um enfermeiro destacado para TIH em todos os turnos, sendo o mesmo elemento da EEMI. Quando este se encontra em transporte, caso haja necessidade de ativação da EEMI é a equipa da SMI a dar resposta. O mesmo procedimento acontece no SMI, onde também existe sempre, em todos os turnos, um enfermeiro destacado para a EEMI. No entanto, este não assume prestação de cuidados, sendo considerado com um elemento extra no turno. Durante esta atividade, houve oportunidade em participar em alguns TIH de PSC, que incluíram transferência do SU-A para a SMI, do SMI para o BO e, ainda, acompanhamento à imagiologia.

Conhecer e compreender os procedimentos e protocolos estabelecidos, em ambos os estágios, não apenas permitiu uma atuação em conformidade com a situação, mas também resultou num aumento de autonomia, confiança e segurança na prestação de cuidados de enfermagem. Desta forma, os protocolos de enfermagem desempenham um papel importante na padronização dos cuidados prestados à PSC, que quando baseados em evidência científica tornam-se uma ferramenta teórico-prática valiosa no planeamento e avaliação para garantir práticas seguras (Sales et al., 2018). É competência do EEEMCPSC assegurar que os protocolos terapêuticos complexos sejam implementados, administrados e avaliados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Durante o estágio surgiu oportunidade de aplicar várias vezes o protocolo Via Verde de AVC, ou seja, PSC com sinais de alarme presentes – dificuldade em falar, diminuição da força num membro, desvio da comissura labial – na sua grande maioria entra diretamente

para a SE e é ativada a VV. Assim, é contactado o médico neurologista destacado que procede à avaliação do utente e aplica escalas neurológicas, como o *National Institutes of Health Stroke Scale*. O *National Institutes of Health Stroke Scale* é uma ferramenta validada para avaliar a gravidade do AVC ao permitir a avaliação da função neurológica e os défices (NIH, 2024). A PSC é observada e após estabilização hemodinâmica é levada o mais rápido possível à imagiologia para avaliação imagiológica através da tomografia axial computadorizada crânio-encefálica (TAC-CE) para estabelecimento de diagnóstico e ajuste de procedimentos terapêuticos agudos (fibrinólise ou endovascular). De acordo com a instrução de trabalho instituída no SU, quando o neurologista não exclui a necessidade de trombolítico, o enfermeiro deverá levar para a TAC-CE, na bolsa térmica, o Alteplase®, para que a primeira administração (10% da dose total), idealmente, ocorra ainda na imagiologia, seguindo-se uma perfusão dos restantes 90% durante uma hora, na SE (António et al., 2023). Na situação em que se esteve presente, a realização de fibrinólise estava contraindicada, pelo que a PSC ficou na SE, para avaliação regular de défices neurológicos, vigilância e registo.

O protocolo de VV Coronária, é um sistema implementado em Portugal que visa agilizar o atendimento a utentes com enfarte agudo do miocárdio, sendo esta uma das principais causa de morte em Portugal (SNS, 2021). Este pressupõe que, nas situações em que a PSC não é encaminhado diretamente para a SE, em caso de dor torácica, durante a triagem, é necessário solicitar um ECG que deverá ser realizado até, no máximo, 10 minutos (Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro, 2018). Essa medida visa agilizar o atendimento e garantir que os utentes, com suspeita de problemas cardíacos, recebam a avaliação adequada (Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro, 2018). Pode verificar-se que este procedimento é cumprido em larga escala pelos enfermeiros responsáveis pela triagem.

No SU-A, reconhecido como centro de trauma, está, também, implementada a VV Trauma como preconizado no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). O trauma, atualmente, é um impactante problema de saúde pública devido à elevada taxa de mortalidade, comorbidades e impacto social e económico que acarreta (Santos et al., 2021; Norma n.º 012/2022 de 12 de novembro, 2022).

A abordagem à vítima de trauma é uma tarefa crucial que envolve uma equipa multidisciplinar pois, diferentes profissionais desempenham papéis específicos para garantir uma avaliação e tratamento adequados (Santos et al., 2021). Durante as situações que houve a ativação desta VV e que foi possível estar presente, considera-se que funcionou bastante bem, pois houve organização por parte da equipa multidisciplinar. Uma equipa organizada é fundamental para melhorar o processo, abordagem e resultado final dos cuidados à PSC

vítima de trauma (American College of Surgeons, 2018). O cirurgião responsável, ao ser informado sobre a vítima, dirigiu-se à SE e delegou funções, a médicos e enfermeiros, a fim de todos saberem o que fazer aquando da chegada da PSC. O sangue desesperado tinha sido solicitado bem como a ecografia *Focused Assessment with Sonography in Trauma* (FAST). Aquando da chegada do utente, foi realizada uma avaliação inicial da PSC, obedecendo à metodologia ABCDE. Assim que esta se encontra hemodinamicamente estabilizada, é acompanhado à imagiologia para realização de TAC abomino-pélvica. A TAC cerebral e à coluna só é realizado quando há sintomatologia que o justifique. Por fim, é alocado à área da cirurgia para continuação de cuidados, caso não se justifique permanecer na SE.

No que diz respeito à VV de sépsis, não se encontra, de momento, em vigor no SU-A. A Norma n.º 010/2016 atualizada a 16 de maio (2017) recomenda que todos SU tenham equipas compostas por, pelo menos, um médico e um EEEMCPSC. De acordo com WHO, em 2017, mundialmente, 11 milhões de mortes, estavam relacionadas à sepsis, representando quase 20% de todas as mortes globais (WHO, 2023). Posto isto, considera-se que a SU-A deveria pensar na estratégia e implementar a VV sépsis, pois esta abordagem demonstra-se mais eficiente e pode ter implicações significativas na melhoria do tratamento de PSC com suspeita de sepsis, permitindo uma intervenção mais rápida e adequada (Norma n.º 010/2016 atualizada a 16 de maio, 2017).

No SMI, estão implementados vários protocolos complexos e procedimentos específicos, que perfeioam a eficiência na prestação de cuidados e reforçam a segurança. No primeiro dia de estágio, foi dado a conhecer os mesmos e utilizámo-los durante a prestação de cuidados, tais como, protocolo para contabilização de perdas insensíveis no balanço hídrico das 24h, protocolo da nutrição entérica, estase gástrica e protocolo de insulinoaterapia diabético e não diabético.

O SMI é composto por um quarto de isolamento preparado para a admissão de PSC em morte cerebral. No entanto, ao longo destas semanas não surgiu oportunidade de prestar cuidados à pessoa em estado de morte cerebral e à manutenção hemodinâmica do potencial doador de órgãos e tecidos pois não foi admitido nenhum utente nessa condição.

Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, é uma competência essencial na área da enfermagem enquanto EEEMCPSC, envolvendo cuidados especializados para aliviar a dor e promover o bem-estar físico, emocional e espiritual da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A dor é um indicador inequívoco e pessoal,

com consequências sistémicas, que afetam o bem-estar individual pelo que é essencial o seu controlo, assim, procurar uma abordagem distinta na gestão da dor é uma responsabilidade dos profissionais de saúde e um direito dos utentes, visando tornar a humanização dos cuidados de saúde uma realidade (Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho, 2003; Direção-Geral da Saúde, 2008). De acordo com a OE, sendo a dor como o 5º sinal vital, é essencial que esta seja valorizada, diagnosticada, avaliada e registada, em que o enfermeiro deve selecionar instrumentos de avaliação da dor de acordo com, entre outros, o tipo de dor, idade, situação clínica, facilidade de aplicação. Têm ao seu dispor diversas escalas como: Escala Visual Analógica; Escala Numérica; Escala de Faces e Escala Qualitativa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No SU, a escala mais utilizada para a avaliação da dor foi a escala numérica, apesar de, frequentemente, se recorrer à escala de fáceis na abordagem aos utentes não comunicativos. No SMI, em utentes que, não comunicam, sedados e ventilados, a dor é avaliada utilizando a escala *Behavioural Pain Scale*. A *Behavioural Pain Scale* é baseada em indicadores comportamentais e foi desenvolvida para detetar e avaliar a dor em PSC, incluindo três itens comportamentais - expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória (SPCI, sem data-b). A avaliação da mesma é efetuada, de forma fixa, três vezes no dia, e sempre que se justifique.

A OE descreve que o cuidados de enfermagem no controlo da dor engloba intervenções autónomas e interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A administração de terapêutica farmacológica é uma intervenção interdependente, ou seja, é da responsabilidade do médico a prescrição, mas cabe ao enfermeiro a sua administração e monitorização dos possíveis efeitos. Como intervenções autónomas do enfermeiro no alívio da dor, a OE recomenda intervenções não farmacológicas, tais como terapia cognitiva com vista a diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças; treino de habilidades de *coping* de forma a ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para gerir a dor e o stress; estratégias de distração com a consequente diminuição da perceção da dor; aplicação de frio/calor; massagem como facilitador do relaxamento e diminuição da tensão muscular; promover apoio, conforto e segurança através do toque terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Concluiu-se que os métodos farmacológicos são, largamente, os mais utilizados no controlo da dor, no entanto, ainda que em menor escala, também as intervenções não farmacológicas são implementadas.

Considera-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estão cada vez mais despertos para a vigilância e monitorização da dor. No entanto, nem sempre

há registo no processo de caracterização da dor, bem como da sua evolução e do efeito da analgesia administrada, sendo algo a melhorar, especialmente no SU. No SMI, os registos de dor eram apropriados quanto à classificação da dor quanto às medidas tomadas para o seu alívio. A OE (Ordem dos Enfermeiros, 2008), reforça que para assegurar a continuidade de cuidados, os registos de enfermagem devem considerar as necessidades dos cuidados, as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados obtidos.

Pode afirmar-se que foram adquiridas habilidades na gestão diferenciada da dor ao incluir a avaliação diagnóstica, a aplicação de terapias farmacológicas e não farmacológicas, o acompanhamento dos resultados e a reavaliação contínua do tratamento.

Os avanços tecnológicos, que se verificam nos últimos anos contribuíram significativamente para melhorar as taxas de sobrevivência da PSC nos SMI. No entanto, um grande número desses utentes ainda apresenta, no pós alta, alterações decorrentes do internamento prolongando nestes serviços – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) (Inoue et al., 2019; Tejero-Aranguren et al., 2022). A SPICI é uma condição que afeta a PSC que sobreviveu a um internamento prolongado em SMI padecendo de alterações físicas (fraqueza muscular e perda de massa muscular), cognitivas (alterações de memória, *delirium*, demência) e mentais (depressão, ansiedade e transtorno de stress pós-traumático) (Inoue et al., 2019; Tejero-Aranguren et al., 2022). No estudo conduzido por Tejero-Aranguren et al. (2022) pode verificar-se 56,3% da amostra sofre de SPICI, em que as alterações mentais são as mais frequentes, seguidas de perto pelas alterações físicas enquanto os distúrbios cognitivos são os menos comuns. A SPICI não afeta apenas as PSC que sobrevivem, mas traz, também, consequências psicológicas para as suas famílias (depressão, ansiedade, stress pós-traumático, luto patológico) como tal, é importante que se reconheça e se providencie suporte necessário para todos os familiares durante esse período (Inoue et al., 2019).

Através da implementação de medidas preventivas, o EEMCPSC pode contribuir significativamente para a segurança e bem-estar dos utentes, assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A implementação de consultas *follow-up* pelo SMI, é outra medida preventiva (José Artur et al., 2017). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, tem um grupo de estudo “*Follow-up no Utente Crítico*” que tem como objetivo promover a pesquisa e o estudo relacionados com o SPINCI e seu acompanhamento (SPCI,

sem data-a). No SMI está implementada a consulta de *follow up* que ocorre 8 meses após a alta do internamento. Pode ser feita via telefone, quando a pessoa não consegue estar presente e, neste caso é feita somente pelo médico e presencialmente, sendo uma consulta composta por uma equipa multidisciplinar.

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

Uma situação de emergência, ocorre quando alguém sofre uma agressão súbita e violenta, resultando na perda de saúde e ameaçando a integridade dos órgãos vitais, sendo crucial prestar assistência imediata à vítima para evitar riscos à vida. Uma situação de exceção é caracterizada por haver um desequilíbrio, pontual ou prolongado, entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis requerendo atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. Uma catástrofe é algo grave, com capacidade de provocar elevados prejuízos materiais, socioeconómico e tem associadas perdas humanas (INEM, 2012; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Em Portugal não é frequente a declaração de catástrofe, mas é comum a existência de situações de exceção, como acidentes graves, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, cheias e/ou inundações, ondas de calor e vagas de frio (INEM, 2012). O EEEMCPSC, perante uma situação de emergência, exceção e/ou catástrofe deverá atuar “*concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime*” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363)

Os planos de emergência hospitalar têm como objetivo detalhar as ações que devem ser executadas de forma organizada e eficaz em situações excecionais, a fim de garantir que o hospital responde de maneira adequada e oportuna a essas circunstâncias (Figueiredo, 2021). Atualmente, a implementação de Planos de Emergência nas Unidades de Saúde, é regulamentada pela Orientação nº 007/2010 de 6 de outubro (2010), emitida pela Direção-Geral da Saúde, sendo um guia que providencia diretrizes gerais para a elaboração desses planos, considerando os riscos de catástrofe (fenómenos naturais, acidentes tecnológicos, comportamento humano e eventos de saúde pública). De acordo com Serrano & Saldanha (2018), existem dois tipos de Planos de Emergência, o Plano de Emergência Interna (PEI) e o Plano de Emergência Externa (PEE). Apesar de serem complementares, esses planos de emergência desempenham funções distintas, pois o PEI concentra-se na gestão de situações dentro das instalações, enquanto o PEE visa mitigar e limitar os danos fora do

estabelecimento, organizando a atuação dos vários intervenientes e garantido a segurança da população (Serrano & Saldanha, 2018). Efetivamente, durante todo o estágio não sucedeu nenhuma situação de exceção ou catástrofe, porém, de forma, autodidata procurei informar-me sobre o PEE e PEI.

A ULS possui dois documentos orientadores que conduzem a resposta hospitalar em caso de catástrofe: PEE e um Plano de Segurança Interno que contempla um plano de emergência. Estes documentos, estão adaptados a ambos os pólos. O PEE no local onde decorreu os estágio, tem como objetivo, uma atuação eficaz de modo a mitigar os efeitos negativos em situações de grande afluxo de vítimas no SU-A com vista a reduzir o número de morbidade e mortalidade (Fonseca & Leitão, 2017). O PEI tem como finalidade aperfeiçoar a capacidade de reação a acidentes que possam resultar em situações de emergência e reduzir ao mínimo as suas consequências (CHUC, 2017). São planos claros, que orientam os profissionais sobre as ações que devem ser executadas quando o mesmo é ativado, em que essas ações são detalhadas em cartas de ação, que esclarecem todas as atividades que cada profissional deve realizar (Proteção Civil & Agência Portuguesa do Ambiente, 2016). Ambos estão facilmente disponíveis na intranet, acessíveis à leitura frequente. Apesar destes serem de 2017, foram atualizados em 2023, para as Jornadas Mundiais da Juventude e para um concerto de grandes dimensões que aconteceu na cidade.

Os simulacros têm como objetivo, familiarizar os profissionais da instituição de saúde com as rotinas e procedimentos a seguir em situações de emergência, tendo por base os aspetos físicos e humanos específicos do próprio espaço (SPMS, 2017). Para assegurar que, tanto o PEE como o PEI se encontram operacionais, está recomendado a realização de exercícios/simulacros de 3 em 3 anos (Proteção Civil & Agência Portuguesa do Ambiente, 2016; Serrano & Saldanha, 2018).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), cabe ao EEEMCPSC assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime atendendo à cadeia de Custódia, reconhecer irregularidades e suspeitas de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes, incluindo organismos direcionados ao apoio da vítima. Os profissionais de saúde que trabalham em SU têm maior probabilidade de reconhecer situações relacionada com questões legais ou forenses, que requer identificação, colheita e preservação de vestígios forenses. No entanto, essa habilidade pode gerar ansiedade e insegurança aos profissionais que não possuem conhecimentos ou formação específica nessa área, pois sabem que são elementos essenciais para o sucesso da investigação criminal e para a integridade da cadeia de custódia (Santos

et. al., 2021; Silva et al., 2022). O Regulamento n.º 728/2021 de 5 de agosto (2021), defende que o exercício de enfermagem forense é essencial para garantir o apoio completo e eficaz às pessoas, famílias e comunidades envolvidas em situações de violência, violação de direitos humanos, trauma e/ou desastres em massa constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. Durante o estágio no SU-A não foi possível observar a prestação de cuidados a pessoas vítimas de situações de exceção. No entanto, como momento reflexivo com o enfermeiro tutor, foi possível compreender os procedimentos relacionados com essa temática de forma a garantir uma abordagem adequada e segura.

3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No que se refere à competência supramencionada o EE deverá responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Segundo a OMS, as IACS são um problema de âmbito global pela morbimortalidade dos utentes e pelo impacto socioeconómico, sendo assumido em 2015 como um problema de Saúde Pública (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018). As IACS têm um impacto negativo no prognóstico das doenças subjacentes, pois prolongam as hospitalizações, aumentam a morbilidade, contribuem para uma maior mortalidade e, aumentam, também, os custos associados aos cuidados de saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018).

Intimamente, relacionado com as IACS, surge o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) que se constitui igualmente como um problema de importância, sendo que nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as suas implicações, pelo que é importante adotar medidas preventivas rigorosas para reduzir o risco de IACS e melhorar os resultados clínicos dos utentes (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018). Em 2013, em Portugal, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) resultando da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana. É assente em três pilares essenciais: prevenção e controlo das IACS e RAM; promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção;

e vigilância epidemiológica (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) são um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas que têm como objetivo a prevenção de transmissão cruzada originário de fontes de infeção conhecidas ou não, garantindo a segurança dos cidadãos, profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde (Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013). As PBCI são compostas por 10 itens: 1-Colocação de utentes; 2-Higiene das Mãos; 3-Etiqueta Respiratória; 4-Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); 5-Descontaminação do Equipamento Clínico; 6-Controlo Ambiental; 7-Manuseamento Seguro da Roupa; 8-Recolha Segura de Resíduos; 9-Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; 10-Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013). Em termos práticos considera-se que a implementação de PBCI nos serviços hospitalares está condicionada com fatores como: recursos materiais, espaço físico, políticas organizacionais, entre outros.

Segundo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2019), os SMI são as unidades de internamento com maior prevalências de IACS, estando associado ao uso de dispositivos invasivos, como tubos endotraqueais, cateteres venosos centrais e sondas vesicais, sendo que uma proporção importante é considerada evitável. Consequentemente, a PSC encontrar-se-á internada durante mais tempo por se encontrarem hemodinamicamente mais instáveis (Gonçalves & Carmo, 2022). No SMI estão implementadas medidas que promovem a prevenção das IACS, tais como: existência de uma gaveta na mesa de cabeceira destinada a todo o material necessário à prestação de cuidados; em toda a abordagem à PSC são utilizados equipamentos de proteção individual como luvas, batas de manga comprida e máscara; descontaminação dos equipamentos reutilizáveis no momento da alta do utente; limpeza regular da área clínica; os sacos da roupa suja não são cheios a mais de 2/3 da sua capacidade; vários dispensadores de soluções antissépticas de base alcoólica pela unidade; e possibilidade de utilizar pressão negativa ou positiva nos quartos de isolamento (ACSS, 2013; Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013).

No SU, a prevenção de infeções é um grande desafio, pelas suas características, pela necessidade de prestação de cuidados de forma mais célere, sobrelotação de utentes, e neste momento, pelo decorrer do Projeto de Requalificação que, inevitavelmente, condiciona, ainda mais o espaço físico. No entanto é perceptível a preocupação pelos EEMCPSC em combater estas lacunas, como lavagem frequente das mãos; incentivarem

outros colegas a utilizar EPI; na gestão da alocação de utentes, sobretudo os que necessitam de isolamento. A implementação de medidas preventivas, como isolamento e uso de EPI, irá minimizar o risco de infeção cruzada entre os utentes e a equipa (Martins et al., 2024). No SMI, os utentes de maior risco de transmissão eram isolados, para que esse risco fosse minimizado, porém era difícil, uma vez que, existe apenas um quarto de isolamento com pressão negativa. Assim, era feita uma gestão racional, tendo por base as vias de transmissão dos microrganismos. Outra medida adotada, era o sistema de aspiração fechado, quando o risco de infeção era elevado no desenvolvimento deste procedimento e adequação das máscaras de acordo com o nível de proteção (Circular Informativa n.º 096/CD/100.20.200 de 13 de maio, 2020).

No que diz respeito à utilização de EPI, julga-se que foram usados sempre de forma consciente e racional, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar. É amplamente aceite que uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre profissionais de saúde e utentes, bem como entre utentes, ocorre por meio do contato direto ou indireto com as mãos, desta forma, a higienização das mãos é reconhecida, pela Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro (2019), como das medidas mais simples e efetivas na redução de IACS quando associadas às restantes medidas de PBCI. O modelo criado pela OMS - “5 momentos” para a Higiene das Mãos – deve estar enraizada na prática dos enfermeiros, pois é nosso dever ético e deontológico.

Relativamente ao controlo ambiental, outra PBCI, pode comprovar-se que os profissionais, no SMI, são muito preocupados por manter as áreas de prestação de cuidados limpas e seguras. Na sua grande maioria, possuem conhecimentos sobre procedimentos de limpeza e descontaminação de equipamentos, limpeza após derrame de sangue/fluidos orgânicos, conforme as indicações na Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro (2013). O fato da tutora no SMI ser um elo da PPCIRA, permitiu ter mais consciência sobre esta temática, pois era algo que ela própria dava bastante ênfase durante a prestação de cuidados. No SU também verifiquei esta preocupação por parte de alguns colegas, nomeadamente, em manter as bancas de trabalho e os carros de apoio limpos.

Devido à relevância desta temática, a Ordem dos Enfermeiros (OE) menciona nos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados do EEEMCPSC, o papel que detém ao maximizar a intervenção da prevenção e controlo de infeção, sendo este um indicador de qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

O rastreio da sépsis está associado a uma diminuição da taxa de mortalidade e acordo com Evans et al. (2021) é altamente recomendado a implementação de estratégias para identificar utente com a doença, pois a sua precoce identificação e tratamento adequado melhoram os resultados. No SMI, aquando da admissão de um utente, o rastreio séptico é realizado, sendo efetuado de acordo com a prescrição médica e consiste, normalmente, em colheita três hemoculturas (duas em colheita de sangue na linha arterial e outra via cateter central), urina para urocultura, zaragatoa retal para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos, zaragatoa nasal para pesquisa de *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* (MRSA) e colheita de aspirado traqueobrônquico para cultura, quando possível. Estas ações têm como objetivo a vigilância, monitorização e deteção precoce de focos de infeção no utente, dirigindo a decisão sobre a colocação do utente e/ou o tipo de isolamento, se necessário (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Foi possível constatar que as práticas de enfermagem no SMI, no que se refere à Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA, descrito na Norma n.º 018/2014 de 9 de dezembro (2014), não estão em plena concordância: a higiene oral é realizada, pelo menos três vezes por dia, com cloridrato de benzidamina e não com gluconato de clorohexidina a 0,2%; e os utentes nos primeiros cinco dias após admissão não são submetidos a higiene corporal com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes. Porém, o procedimento de descolonização dos utentes é cumprido como recomendado na Norma n.º 018/2014 de 9 de dezembro (2014). É aplicado, três vezes ao dia, mupirocina a 2% pomada nasal, bem como, o banho antisséptico com gluconato de clorohexidina a 2% em forma de toalhetes durante 5 dias (Norma n.º 018/2014 de 9 de dezembro, 2014). Após a descolonização, procede-se à avaliação da sua eficácia através de rastreios de acompanhamento. O primeiro ocorre 48 horas após a conclusão do tratamento, seguindo-se mais 2 com intervalos semanais.

Outra preocupação presente no dia-a-dia dos EEEMCPSC, prende-se com a implementação dos feixes de intervenção, consistindo num conjunto de intervenções, que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, podem ter um efeito sinérgico, superando os resultados obtidos por intervenções individuais isoladas, revelando-se, assim, uma estratégia valiosa para a garantia da segurança dos utentes ao prevenir infeções e outras complicações (Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022).

A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) é reconhecida como a infeção mais comum em SMI, repercutindo-se negativamente na PSC com aumento da necessidade de VMI,

incremento no consumo de antibióticos, prolongamento do internamento hospitalar e aumento da morbimortalidade, resultando num aumento de custos para as instituições de saúde (Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022). Considera-se que, com vista a prevenção da PAI, na prestação de cuidados à PSC sob VMI, na generalidade, as intervenções incluídas no feixe de intervenção foram cumpridas seguindo as diretrizes estabelecidas na Norma PAI. Deste modo, sempre que possível, através de intervenções autónomas de enfermagem procedeu-se à elevação da cabeceira do leito com inclinação aproximadamente 30 graus em utentes sem contra-indicação para tal; realização de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia; substituir circuitos ventilatórios apenas quando sujos ou não funcionantes; avaliação da pressão do balão do tubo endotraqueal, mantendo entre os 20 e 30 centímetros de água (Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022).

É importante destacar o papel do enfermeiro como parte integrante da equipa multidisciplinar no contexto da redução da sedação e desmame ventilatório, pois, embora essas intervenções não sejam autónomas de enfermagem, o enfermeiro desempenha um papel preponderante na coordenação e colaboração com a equipa multidisciplinar para garantir o sucesso do processo (Silva et al., 2021).

O manuseio de Cateter Venoso Central (CVC) para administração de terapêutica é uma prática comum em todos as PSC e a infeção nosocomial da corrente sanguínea, associada ao uso deste, está relacionada ao aumento da morbidade e mortalidade, além de custos significativos no sistema de saúde (Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022). Atualmente, é reconhecido que as IACS associadas a CVC podem ser amplamente preveníveis quando diretrizes baseadas na melhor evidência são cumpridas para a sua inserção e manutenção (Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022). Fundamentando o referido anteriormente, considera-se que as intervenções mencionadas na Norma n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto (2022), foram instituídas, tais como, higienização das mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica antes de manusear o CVC, utilização de técnica asséptica na realização e mudança do penso do CVC, descontaminação das conexões com clorhexidina a 2% antes do manuseamento e vigilância de sinais inflamatórios no local de inserção.

No que se refere aos cuidados com o cateter vesical, estes desempenham um papel fundamental nas medidas adotadas para prevenir IACS e RAM, estando inserido no pilar 5 – Práticas Seguras em Ambiente Seguros - do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Em SMI, toda a PSC era algaliada aquando da admissão para controlo de monitorização de débito urinário horário e, no caso de neurocríticos, avaliação da

temperatura central. Assim, como recomendado pela Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto (2022) foi cumprida a técnica asséptica durante o procedimento e de conexão ao sistema de drenagem; utilizada a técnica limpa no manuseamento do mesmo; realizada higiene diária do meato urinário e mantido cateter vesical seguro e com o saco coletor abaixo do nível da bexiga. No SU, era sempre avaliado a necessidade de cateterismo vesical, isto é, nos utentes autónomos, consciente e orientados, eram incentivados ao uso de urinol ou arrastadeira para controlo de débito urinário.

A vigilância epidemiológica é outra área de atuação do PPCIRA e no SMI, e foi possível constatar que é uma preocupação. A ULS possui um Grupo de Coordenação Local – PPCIRA que emana normas e orientações ao SU-A e ao SMI, com o objetivo de promover, divulgar e sensibilizar a equipa a adotar e manter práticas seguras. Como mencionado anteriormente, foi possível contactar diretamente com um elo da PPCIRA pois a tutora de EC no SMI tinha essa função. Um elo da PPCIRA é responsável por fazer a articulação entre o serviço/unidade e o Serviço de Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos, ou seja, trabalha em conjunto com o enfermeiro gestor para identificar as necessidades do serviço relacionadas com prevenção, intervenção e controlo de infeções (CHUC, sem data). Dentre várias funções, o elo da PPCIRA divulga à equipa o plano anual da PPCIRA, colocando em prática as práticas as diretrizes institucionais e da PPCIRA; contribui para a criação de protocolos específicos, utilizando evidências científicas e seguindo as normas institucionais. Além disso, garante a implementação adequada dos procedimentos e circuitos necessários para prevenção e controlo de infeções, considerando as vias de transmissão. Sempre que é detetado algum tipo de microrganismo nas análises dos utentes, ela é informada via email e é responsável por informar a equipa sobre a necessidade ou não de implementação de medidas de isolamento (CHUC, sem data).

O EEEMCPSC, assume um papel importante na prevenção, intervenção e controlo da infeção e RAM, pelo que se considera que os estágios permitiram a consolidação e aquisição de novos conhecimentos nesta área.

4. Considerações finais

Devido aos avanços tecnológicos contemporâneos, a especialização dos profissionais de saúde, especialmente na área de enfermagem, emerge como uma resposta à evolução das demandas das instituições de cuidados de saúde. As habilidades técnicas e a competência clínica resultantes dessa especialização manifestam-se na melhoria dos indicadores de saúde, na eficiência dos processos, na gestão eficaz e no bem estar pessoal dos profissionais envolvidos (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Posto isto, os estágios desempenham um papel fundamental na formação em Enfermagem, pois oferecem a oportunidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências em contexto real. Estabelecem ainda uma ponte contínua entre a teoria e a prática, na qual, a interação com os profissionais experientes possibilita a assimilação gradual das competências necessárias para a prática profissional enquanto EEEMCPSC (Aviz et al., 2022).

Refletindo sobre o percurso académico e pela análise reflexiva feita ao longo deste relatório, pode afirmar-se que a realização dos estágios, em serviços diferenciados, como o SU-A e o SMI, contribuiu, significativamente, para o enriquecimento da investigadora principal, enquanto, futura EEEMCPSC. Essa vivência permitiu o desenvolvimento de competências, tanto comuns como específicas, que serão essenciais para a sua futura atuação. Além disso, providenciou uma maior consciência sobre o contínuo processo de aprendizagem e aprimoramento de competências avançadas em diversas áreas do conhecimento. Essas habilidades são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, tanto durante a fase crítica da doença como após essa fase, visando à obtenção do título de especialista à PSC.

Para além do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, também se foi ao encontro das competências exigidas ao grau de mestre. O título de mestre é concedido ao enfermeiro que demonstre capacidade para desenvolver e aprofundar as competências e conhecimentos previamente adquirido. Surge ainda como impulsionado no processo de aprendizagem de novos conhecimentos, de forma a conseguir enfrentar questões complexas, com base no raciocínio crítico, acrescentando informações e criando soluções, refletindo sobre as implicações éticas e sociais decorrentes das suas decisões; deve demonstrar capacidade para comunicar de forma clara e inequívoca as suas conclusões e reunir habilidades para uma aprendizagem autónoma e contínua ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

Durante o percurso em direção à obtenção do grau de mestre, foi possível consolidar os conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do mestrado e atingir os objetivos inicialmente estabelecidos, o que permitiu o aprimoramento de novas habilidades e competências pessoais, interpessoais, técnicas e crítico-reflexivas, fundamentais para a enfermagem especializada em PSC. A aquisição dessas competências foi sustentada pela especialização nas aprendizagens, pela habilidade de raciocínio clínico e tomada de decisão, bem como pelas intervenções altamente diferenciadas que caracterizam a enfermagem especializada em relação à prática geral. Destaca-se ainda, o desenvolvimento de uma prática avançada e baseada em evidências científicas, que orienta toda a tomada de decisão.

A maior responsabilidade decorrente da aquisição de novas habilidades avançadas nesta área, tornou mais simples reconhecer oportunidades de transformação e aplicar ações específicas, tendo por base evidências científicas, durante a prática clínica. Um dos objetivos será alcançar um desempenho de enfermagem excelente, com ênfase na qualidade e segurança dos cuidados.

No *términus* deste percurso, salienta-se o sentimento de satisfação e realização pessoal, por todo o crescimento alcançado. Anseia-se pelo desenvolvimento de novos desafios, oportunidades de aprendizagem e com o compromisso de ser um agente de mudanças no contexto clínico, contribuindo para a construção de uma enfermagem mais distinta, especializada e centrada no cuidado humano.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência

1. Resumo

Introdução: A relação interpessoal na área de enfermagem, desempenha um papel essencial no cuidado efetivo e humanizado, envolvendo as interações entre o enfermeiro, a pessoa em situação crítica e a família, tendo na sua génese, empatia, respeito, confiança, comunicação eficaz e compreensão das necessidades e perspetivas de cada um. É, assim, esperado que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no serviço de urgência, aprimore competências a fim de melhorar a sua perceção e experiência sobre prática relacional, o que ajudará a pessoa em situação crítica/família e lidar com a sua saúde, promoverá autoconhecimento e autonomia, contribuindo para a garantia de melhoria contínua de cuidados prestados, culminando em ganhos em saúde.

Objetivos: Com a elaboração deste estudo de investigação, pretende-se identificar a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência.

Material e métodos: Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, através da análise de conteúdo resultante do *focus group* com enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, ocorrida em janeiro de 2024, com recurso à metodologia proposta por Bardin (2016), que envolveu categorização e análise de conteúdo.

Resultados: Tendo por base a perspetiva dos enfermeiros especialistas, em enfermagem médico-cirúrgica, sobre a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica em serviço de urgência, os 7 enfermeiros participantes, foi possível identificar 4 categorias, nomeadamente: facilitadores e dificultadores da relação interpessoal, estratégias para a relação interpessoal e formação.

Conclusão: Este estudo de investigação, proporcionou *insights* valiosos para compreender e aprimorar a interação entre os enfermeiros e as famílias da pessoa em situação crítica. Foi unânime a importância do reconhecimento de fatores facilitadores e dificultadores da relação interpessoal, bem como a necessidade da aplicabilidade de estratégias que incitem o melhoramento desta relação com a pessoa em situação crítica e sua família. Por fim, a formação de profissionais de saúde também foi destacada como fator importante neste contexto, com vista ao desenvolvimento profissionais e garantia da qualidade da intervenção especializada.

Palavras-chave: Emergências; Enfermeiro; Relação Profissional-Família.

2. Abstract

Introduction: The interpersonal relationship in the field of nursing plays an essential role in effective and humanized care, involving the interactions between the nurse, the person in critical situation and the family, having in its genesis, empathy, respect, trust, effective communication and understanding of the needs and perspectives of each one. It is, therefore, expected that the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing to the Person in Critical Situation, in the emergency service, will improve skills in order to improve their perception and experience of relational practice, which will help the person in a critical situation/family and deal with their health, promote self-knowledge and autonomy, contributing to the guarantee of continuous improvement of the care provided, culminating in health gains.

Objectives: With the elaboration of this research study, it is intended to identify the perception of nurses about the factors that influence the interpersonal relationship with the family of the person in a critical situation, in the context of an emergency service.

Material and methods: This is a qualitative, exploratory and descriptive study, through content analysis resulting from the focus group with nurses specializing in medical-surgical nursing, which took place in January 2024, using the methodology proposed by Bardin (2016), which involved categorization and content analysis.

Results: Based on the perspective of the specialist nurses in medical-surgical nursing on the interpersonal relationship with the family of the person in critical situation in the emergency service, the 7 participating nurses, it was possible to identify 4 categories, namely: facilitators and hinderers of the interpersonal relationship, strategies for the interpersonal relationship and training.

Conclusion: This research study provided valuable insights to understand and improve the interaction between nurses and the families of the critically ill person. The importance of recognizing factors that facilitate and hinder interpersonal relationships was unanimous, as well as the need for the applicability of strategies that encourage the improvement of this relationship with the critically ill person and his/her family. Finally, the training of health professionals was also highlighted as an important factor in this context, with a view to professional development and quality assurance of specialized intervention.

Keywords: Emergencies; Nurse; Professional-Family Relationship

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Os profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência enfrentam diariamente diversos obstáculos ao lidar com as famílias das PSC, como a sobrelotação do serviço, a carga de trabalho intensa, a necessidade de priorizar emergências e os longos tempos de espera que podem ser frustrantes para todos os envolvidos. As restrições nas visitas e acompanhamento também podem gerar dificuldades no relacionamento com as famílias, tornando a comunicação e compreensão mútua mais desafiadoras (Alshehry, 2022; Emmamally & Brysiewicz, 2019; Lima et al., 2021a). Essas situações podem ter um grande impacto na comunicação e levar a uma insatisfação por parte da PSC e seus familiares em relação à qualidade dos cuidados prestados no hospital. Isso, por sua vez, pode resultar em conflitos injustificados com os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros (Alshehry, 2022; Lima et al., 2021a). Isso ocorre porque, nos últimos anos, os SU têm sido fundamentais, como a primeira porta de entrada para muitas pessoas à procura de cuidados de saúde. No entanto, o aumento na procura tem levado a um aumento diário nas admissões, pois embora o SU seja destinado a casos urgentes ou emergentes, este está, cada vez mais, a ser utilizado para resolver problemas que não são urgentes. De fato, aproximadamente 30% de todas as admissões nos serviços de urgência do país são para questões que não exigem atendimento imediato (Brazão & Baptista, 2022; Circular Normativa n.º 11/2022/ACSS de 27 de julho, 2022).

Os SU são destinados ao atendimentos de pessoas com problemas agudos, de elevada gravidade, cuja vida pode estar em risco e que necessitam de assistência rápida e imediata, ou seja, são essenciais para garantir que PSC recebam o cuidado necessário o mais rápido possível (Sousa et al., 2019). De acordo com Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), a PSC é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (p. 19362). No entanto, observamos cada vez mais, um uso inadequado das urgências por partes das pessoas originando uma sobrecarga destes serviços (Sousa et al., 2019). A sobrelotação dos SU pode ter diversas causas, entre as quais, o aumento da população e da expectativa de vida, o uso inadequado dos serviços de saúde, a falta de acesso a outros serviços de saúde, a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e a falta de recursos originando atrasos nos cuidados urgentes potenciando o aumento da mortalidade (Silva et al., 2020; Silva, 2017). Segundo Costa (2023), é possível verificar uma

constante no que diz respeito à ausência de resposta aos portugueses por parte dos cuidados de saúde primários justificada pela falta de planeamento e de recursos adequados e tal fato, deixa os hospitais perante uma crise recorrente, apresentando-os como a única resposta em cuidados de saúde 24 horas por dia, nos 365 dias por ano.

Por definição e de acordo com Despacho Normativo N.º 11/2022 de 6 de março (2002), SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais cujo objetivo é prestar cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica, ou seja, aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exige uma intervenção imediata. Estes visam receber, diagnosticar e tratar pessoas acidentadas ou com doenças súbitas, necessitando de atendimento imediato em ambiente hospitalar (ACSS, 2015). A Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência desempenha um papel crucial na avaliação e melhoria contínua dos serviços de saúde de urgência. No entanto, a verdade é que o sistema de saúde enfrenta desafios significativos, incluindo sobrecarga, falta de recursos e pressão sobre os profissionais de saúde (Costa, 2023; Despacho Normativo nº 13377/2011 de 6 de outubro, 2011).

Com base nos estudos de Alshehry (2022), Cunha et al. (2021) e Lima et al. (2021), observam-se importantes diferenças na forma como enfermeiros, PSC e as suas famílias percebem os desafios de saúde, especialmente em comparação com outros serviços de saúde. Os estudos, dos autores anteriormente mencionados, mostram que, enfermeiros que trabalham em SU enfrentam mais conflitos, o que prejudica a relação entre enfermeiro e PSC/família e, por consequência, afeta negativamente sua capacidade de desempenhar suas funções de forma adequada (Lima et al., 2021a). É crucial notar que, se os conflitos não forem resolvidos de forma eficaz, a qualidade dos cuidados prestados à PSC e à sua família pode ser comprometida. Portanto, é responsabilidade do enfermeiro que trabalha em SU, superar as pressões da carga associadas ao trabalho e adotar práticas que incentivem a colaboração com as famílias, promovendo assim uma relação interpessoal significativa e terapêutica, de forma a assegurar um ambiente de cuidado adequado e uma experiência positiva para todos os envolvidos (Frade et al., 2021; Sbordoni et al., 2020).

Em 1952, Hildegard Peplau criou a Teoria das Relações Interpessoais, onde destaca a relevância da interação entre o enfermeiro e a PSC para a prestação de cuidados de enfermagem eficazes e humanizados (George, 2000). Segundo a própria, uma relação interpessoal na Enfermagem é construída através de interações entre duas ou mais pessoas que têm objetivos em comum, impulsionando um processo terapêutico no qual o enfermeiro

e a PSC se respeitam, mutuamente, como indivíduos, aprendendo e crescendo juntos por meio dessa interação. É enfatizado que essa relação deve ser baseada em empatia, respeito, confiança, comunicação eficaz e compreensão das necessidades e perspectivas da PSC (George, 2000).

Para que a relação interpessoal exista, Peplau propôs, em 1990, um processo que envolve quatro fases: fase da orientação, fase de identificação, fase de exploração e fase de resolução (Bittencourt et al., 2018; George, 2000). A fase de orientação caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente e pela identificação das suas necessidades; na segunda fase, identificação, a sentir-se-á mais à vontade e confiará no enfermeiro. É nesta fase, que o enfermeiro ajudará o utente na identificação de estratégias para atender às suas necessidades tendo em vista a resolução do problema; a fase seguinte, a fase de exploração, o enfermeiro e o utente trabalham juntos para explorar questões de saúde e desenvolver estratégias de enfrentamento; por fim, na última fase, a fase de resolução, o utente ganha autonomia e o enfermeiro ajuda na resolução de problemas (Bittencourt et al., 2018; George, 2000). Para a autora, a última fase é bem-sucedida quando o utente consegue afastar-se do enfermeiro que o ajudou, tornando-se, ambos, independentes, fortes e amadurecidos (George, 2000).

Embora a Teoria das Relações Interpessoais se concentre na relação enfermeiro-utente, também pode ser aplicada à interação com a família. Peplau reconheceu a importância da família no processo de cuidados, destacando seu papel crucial no suporte emocional e prático à PSC. Essa extensão da teoria explora como os padrões de comunicação, o apoio emocional e a resolução de conflitos influenciam a saúde e a estabilidade do sistema familiar (Bittencourt et al., 2018; George, 2000). Portanto, a abordagem de Hildegard Peplau vai além da relação individual entre enfermeiro e PSC, reconhecendo a importância das relações interpessoais dentro do contexto familiar. A participação da família pode ter um impacto significativo no bem-estar da PSC e na eficácia dos cuidados de enfermagem (Barreto et al., 2019; F. Sá & Velez, 2021). Os enfermeiros aplicam essa teoria ao tentar compreender as dinâmicas familiares, identificando papéis, relações e necessidades para oferecer o melhor cuidado possível a famílias que enfrentam situações difíceis (Jorge & Madureira, 2020a).

Perante a presença de um familiar num SU, cada membro da família reage de forma diferente, apresentando diversas necessidades e preocupações únicas (Jorge & Madureira, 2020a). Segundo a pesquisa conduzida por Jorge & Madureira (2020), as principais necessidades identificadas pela família relacionadas à segurança e à obtenção de informação, seguidas pela proximidade, portanto, é fundamental que o enfermeiro adote

uma abordagem que valorize a singularidade de cada membro familiar. Os enfermeiros são os profissionais que trabalham mais diretamente com as PSC, exigindo não apenas competências técnicas, mas também competências de comunicação, observação, escuta atenta, pensamento crítico e empatia, o que lhes permitirá identificar todas as vertentes e expressões de um conflito, garantindo uma abordagem abrangente e eficaz na prestação de cuidados (Bittencourt et al., 2018; George, 2000). Independentemente da sua área de especialidade, os enfermeiros, devem ser qualificados e competentes para envolver as famílias em todas as áreas da prática clínica, promovendo a formação e capacitação das famílias para responderem às suas preocupações (Frade et al., 2021). O EE é aquele que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, em que considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo essas habilidades num conjunto de competências especializadas relacionadas a um campo específico de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

É referido, como padrão de qualidade especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC, a satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação, como tal, pretende-se que o EEEMCPSC utilize estratégias de comunicação verbal e não verbal no cuidado à pessoa e família; estabeleça uma relação de confiança e empatia com a pessoa e sua família, possibilitando o envolvimento, a negociação e uma parceria de cuidados; respeite crenças, valores e capacidades da pessoa na vivência de processos médicos e cirúrgicos complexos e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica; e avalie a satisfação da pessoa e família relativamente aos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), cabe ao EEEMCPSC gerir a comunicação interpessoal, estabelecer e assistir a PSC e sua família nas perturbações decorrentes da situação crítica de saúde e/ou falência orgânica, ajustando a abordagem conforme a complexidade do estado de saúde, demonstrando conhecimentos em técnicas de comunicação. Deste modo, confirma-se que o EEEMCPSC é um profissional dotado de competências comunicacionais e relacionamento essenciais para o estabelecimento de uma relação interpessoal com a família da PSC.

Conforme o Parecer N.º 10/2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017c) sobre a diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica em comparação com o enfermeiro generalista, destaca-se a importância de adquirir

ampla experiência clínica para direcionar a atenção para o essencial em cada situação, enfatizando a ligação intrínseca entre a progressão na eficiência e a formação de qualidade, que inclui variedade de experiências clínicas em diversos contextos para o desenvolvimento das competências do enfermeiro. No âmbito das intervenções especializadas de enfermagem, é crucial basear as ações no conhecimento, na evidência científica e na competência para o processo de tomada de decisão. Para isso, a equipa de enfermagem deve desenvolver competências em áreas como comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e conflitos, comunicação do risco e transmissão de más notícias, conforme estabelecido pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014), que determina que 50% da equipa de enfermagem dos Serviços de Urgência e Serviços de Medicina Interna deve receber formação nessas áreas.

Segundo Benner (2001), a prática requer que o profissional desenvolva carácter, conhecimento e competência para contribuir com aprimoramento próprio. A aquisição de conhecimento, a formação contínua e a prática baseada na evidência, são cruciais para a competência do enfermeiro especialista, auxiliando na melhor tomada de decisão sobre os cuidados a prestar (Lourenço et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2017c). Assim, correlacionando o Modelo de Aquisição de Competências com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), conclui-se que o EEEMCPSC possui competências distintas, que o destacam como um facilitador de relação interpessoal com a família da PSC.

A relação interpessoal entre o enfermeiro e a PSC e sua família é fundamental para garantir cuidados eficazes, humanizados, científicos e holísticos. Essa relação permite compreender as necessidades individuais da PSC e de seus familiares, estabelecer confiança e colaborar eficazmente com a equipa de saúde. Nesse sentido, o papel do enfermeiro especialista destaca-se ainda mais, desempenhando um papel importante na promoção da saúde da PSC e de suas famílias, com a relação interpessoal sendo o alicerce fundamental para fornecer cuidados compassivos e eficazes (Osugui et al., 2020). Ser EE é ter um olhar cuidado, atento e aprofundado a todos as PSC, dando prontamente resposta às suas necessidades, bem como às necessidades dos seus familiares. É, assim, esperado que o EE no cuidado à PSC, no serviço de urgência, aprimore competências que melhorem a sua percepção e experiência sobre prática relacional contribuindo para uma melhor resolução de conflitos que se repercutirá numa garantia de melhoria contínua de cuidados prestados, culminando em ganhos em saúde.

Neste sentido, considera-se importante realizar estudos, como o presente, como uma estratégia para aprimorar progressivamente a qualidade dos processos de assistência

Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência

de enfermagem à PSC e suas famílias, possibilitando atender às necessidades reais de forma direcionada e segura, elevando a qualidade e a visibilidade dos cuidados prestados.

4. Finalidade e objetivos

Perante o exposto na fundamentação teórica supramencionada, foi formulado a seguinte questão de investigação: Qual a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a relação profissional-família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?

Para responder à questão de investigação formulada, foi estabelecido como objetivo identificar a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência.

Para além do objetivo desta investigação estar relacionada com a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pretende-se identificar estratégias e providenciar novos conhecimentos que incentive a mudanças na prática clínica dos enfermeiros, onde a relação profissional-família esteja em foco, para que culmine numa prestação de cuidados concordantes com os seus valores, necessidades e preferências de forma que possam participar ativamente nas tomadas de decisão e respetivos cuidados.

5. Metodologia

A investigação é uma forma de contribuir para aprofundar a compreensão de um fenómeno em estudo, o que implica, necessariamente, a identificação de toda a pesquisa anterior relevante relacionada com esse mesmo fenómeno (Coutinho, 2019).

A pesquisa científica, é uma atividade essencial na área da ciência cujo objetivo é questionar, analisar e compreender a realidade que nos cerca. Ela desempenha um papel fundamental no ensino, permitindo que novos conhecimentos sejam adquiridos e compartilhados. Além disso, a pesquisa científica mantém-se atualizada diante das mudanças constantes do mundo, adaptando-se às novas descobertas e evoluções. É por meio da pesquisa que avançamos no entendimento do universo e contribuimos para o progresso da humanidade (Coutinho, 2019; Vilelas, 2022).

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo que visa explorar e descrever fenómenos, utilizando a interpretação e a atribuição de significados, com ênfase na colheita de dados em ambientes naturais (Vilelas, 2022). É um estudo que se concentra na investigação sobre como as pessoas interpretam e dão sentido à sua própria realidade (Vilelas, 2022).

5.1. Desenho do estudo

O desenho de estudo qualitativo destaca-se pela flexibilidade e pela atenção detalhada ao objeto de estudo, possibilitando uma compreensão mais profunda e abrangente dos aspetos sociais, culturais e subjetivos envolvidos (Vilelas, 2022).

Como técnica de recolha de dados foi selecionado o *focus group*, pois como técnica de recolha de dados, consiste em entrevistas a um grupo de pessoas com experiências ou conhecimentos em comum sobre um tópico específico, visando não só obter informações individuais, mas também identificar interações entre os participantes para uma compreensão mais profunda das representações, atitudes, preferências, sentimentos e dificuldades relacionadas à experiência em análise (Coutinho, 2019; Vilelas, 2022).

Para a investigação foram selecionados, como critérios de inclusão, enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica e/ou enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica;

trabalhar atualmente num serviço de urgência médico-cirúrgica ou polivalente; ter com uma experiência mínima de cinco anos em urgência; aceitar participar no estudo de forma livre e consentida. A exigência de cinco anos de experiência profissional baseou-se no princípio defendido por Benner, no Modelo de Aquisição de Competências, que estipula que a competência de um especialista é alcançada após esse período de trabalho na mesma área de cuidados (Benner, 2001). Também, a Ordem dos Enfermeiros, conforme o Regulamento n.º 566/2017 de 17 de outubro (2017), reconhece que para uma nova área de competência acrescida são necessários, no mínimo, cinco anos de exercício profissional especializado.

No que diz respeito ao número de participantes, um *focus group*, geralmente é composto por seis e oito participantes. Neste caso, a seleção de sete elementos atende ao número ideal para uma discussão eficaz e enriquecedora em *insights* (Department of Social Sciences, 2019; Sá et al., 2021). Os participantes foram selecionados por conveniência, ou seja, uma amostragem não probabilística, com base nos critérios de inclusão anteriormente mencionados. Os convites para participar no estudo de investigação foram enviados por *e-mail*, incluindo detalhes sobre o objetivo e a data da realização. Doze participantes foram convidados, dos quais sete confirmaram presença. Todos os participantes receberam por *e-mail* informações sobre a data do *focus group*, o *link* para aceder à videochamada via *Microsoft Teams* e o formulário de Consentimento Informado Livre e Esclarecido para obtenção de autorização para participarem.

A discussão orientada foi conduzida pela investigadora principal e pelo orientador deste estudo de investigação, utilizando um guião de discussão pré-definido com questões abertas para permitir uma ampla discussão do tema (Anexo VI). O guião da discussão abordou várias temáticas pertinentes, incluindo, fatores que influenciam e dificultam a relação interpessoal, estratégias para a relação interpessoal, a lei n.º 33/2009 de 14 de julho e a formação. Após uma análise minuciosa da transcrição da discussão, o objetivo foi identificar padrões comuns que pudessem fornecer respostas à questão de investigação.

Para a realização de análises de dados, adotou-se o Método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), um método empírico que se adapta de acordo com o tipo de discurso analisado e os objetivos de interpretação. Esse método consiste num conjunto de técnicas para analisar comunicações, visando descrever o conteúdo das mensagens por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, procurando compreender o significado e o contexto das mensagens, levando em consideração tanto o conteúdo quanto o contexto de sua criação (Bardin, 2016; Vilelas, 2022). O Modelo de Análise de Conteúdo compreende três fases: a) pré-analítica, onde os dados são organizados para operacionalizar a ideia inicial; b)

exploração do material, que envolve uma leitura detalhada da discussão transcrita para definir as categorias de análise, podendo ser feita manualmente ou com o auxílio de programas informáticos; c) tratamento dos resultados e interpretação, onde os resultados são processados para torná-los significativos e válidos, permitindo evidenciar as informações obtidas e compará-las com a literatura existente sobre o tema (Bardin, 2016; Vilelas, 2022).

5.2. *Considerações éticas*

Para a realização deste estudo de investigação, obteve-se o parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP, cujo parecer número é 022/2024 (Anexo VII). Em qualquer pesquisa com seres humanos ou animais, especialmente na enfermagem, os investigadores enfrentam importantes questões éticas, pois a ética é um conjunto de diretrizes fundamentais que orientam o comportamento humano (Vilelas, 2022). Como enfermeiros, os investigadores dever-se-ão reger pelos deveres previstos na deontologia profissional, incluindo o sigilo, respeito pela intimidade, bem como o dever de informação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a; Polit & Beck, 2019).

Segundo Polit & Beck (2019), durante o desenvolvimento do estudo, é crucial respeitar princípios como beneficência, dignidade humana e justiça. Em conformidade com o respeito à dignidade, incluindo o direito à autodeterminação e ao pleno conhecimento, foram comunicados aos participantes os objetivos, procedimentos metodológicos e duração da pesquisa. A participação foi voluntária, com assinatura do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo VIII), enfatizando a liberdade de recusa e de desistência. Para preservar anonimato, privacidade, respeito e confidencialidade dos dados, os participantes foram identificados por um código (E1 a E12), em cumprimento aos princípios da beneficência e justiça.

Quanto à proteção de dados, em conformidade com a lei n.º 67/98, de 26 de outubro, foi requerido consentimento para a videochamada, o qual foi devidamente assinado pelos participantes (Anexo IX) para garantir sua segurança.

A elaboração do presente estudo, não representou risco para os participantes, e não havia expectativa de qualquer conflito de interesse durante a sua realização, o que reforça o compromisso com o princípio da beneficência.

6. Resultados e Discussão

Participaram sete enfermeiros na discussão, sendo que três eram do sexo masculino (42,9%) e quatro eram do sexo feminino (57,1%). Todos são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e atuam em serviço de urgência há mais de cinco anos, exceto o enfermeiro E4. O enfermeiro E4 é EEEMC apenas há três anos, contudo exerce funções em SU há sete anos, o que está de acordo com os critérios de inclusão, previamente estabelecidos. Três dos enfermeiros, são mestres em médico-cirúrgica e dois possuem um curso de pós-graduação em gestão.

A experiência como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, varia de 3 a 14 anos, enquanto o tempo de serviço em serviço de urgência varia entre 7 e 28 anos.

	Sexo	Habilitações Profissionais	Tempo de Serviço em SU	Tempo de Serviço em SU como EE
E1	Masculino	Especialização	15 anos	6 anos
E2	Masculino	Especialização, mestrado e pós-graduação	28 anos	9 anos
E3	Feminino	Especialização, mestrado e pós-graduação	20 anos	6 anos
E4	Feminino	Especialização	7 anos	3 anos
E5	Feminino	Especialização e mestrado	23 anos	6 anos
E6	Feminino	Especialização	16 anos	9 anos
E7	Masculino	Especialização	24 anos	14 anos

Tabela 1: Caracterização da amostra

Após análise detalhada dos dados provenientes da leitura integral do *focus group*, foram identificadas 4 categorias relacionadas à percepção dos EEEMC sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da PSC em SU, nomeadamente, facilitadores e dificultadores da relação interpessoal, estratégias para a relação interpessoal e pertinência da formação.

De seguida são apresentadas as tabelas de análise de conteúdo onde foram selecionadas as unidades de registos que melhor representam a unidade em questão, visando uma compreensão mais clara das mesmas.

Facilitadores e dificultadores da relação interpessoal

Quando questionados sobre a Relação Interpessoal com a família da PSC em SU, os EEEMCPSC destacaram duas perspetivas: facilitadores e dificultadores.

As subcategorias referentes à categoria facilitadores da relação interpessoal referidas pelos EEEMCPSC foram: acolhimento, competências comunicacional e relacional, enfermeiro de referência e acompanhamento (Tabela 2).

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SUB-SUB-CATEGORIA	Unidade de registo
Facilitadores da Relação Interpessoal	Acolhimento	Gabinete de Informações	E3 “a partir do momento em que passou haver o Gabinete de Informações, acho que fez a diferença porque os familiares sentem que há um espaço para eles”
			E1 “o Gabinete de Informações pode ajudar”
		Humanização dos cuidados de saúde no SU	E1 “envolvê-la tanto quanto possível no processo do utente, no processo de cuidar do utente (...) tivermos uma família mais esclarecida, mais envolvida, na minha opinião, isso facilita bastante a relação que criamos”
			E3 “envolver a pessoa, envolver a família no processo de cuidar”
			E5 “devíamos deixar o familiar e ter condições para o familiar estar mais próximo”
		Acompanhamento	E3 “os utentes na urgência têm direito a um acompanhante”
	Competências Comunicacional e Relacional	Comunicação Terapêutica	E4 “Existe uma correlação direta entre a relação e a comunicação terapêutica e os ganhos terapêuticos que isso terá na saúde, na própria satisfação do cliente e também dos seus familiares”
			E4 “Ter uma comunicação eficaz com uma relação empática a respeitando a confidencialidade
			E5 “pessoas mais dedicadas a este tipo de informação, pessoas com habilidades em termos de comunicação”
		Relação empática	E4 “passar uma mensagem positiva, incondicional de empatia”
			E5 “empatia (...) da nossa parte resumiria assim aquilo que eu acho mais importante”
		Gestão emocional	E4 “estando disponíveis, escutando, esclarecendo dúvidas, dando apoio emocional (...) aproximação emocional ao sofrimento daquela família que tem um familiar em situação crítica”
	Comunicação verbal e não verbal	E4 “Devemos ser congruentes com uma comunicação verbal e não verbal, tendo em atenção a linguagem corporal do discurso e a expressão também facial, muitas vezes destes familiares”	
	Enfermeiro de Referência	E3 “enfermeiro que não está diretamente com o utente e às vezes isto é um problema”	

		E6 “eles querem saber informações da parte médica (...) aí o nosso papel pode ser realmente fazer uma ponte”
		E4 “ser a pessoa o que está com familiar, que tem mais informação sobre este utente”
		E4 “existir um horário dedicado, também esta pessoa estar mais livre para ter este papel ter esta competência”
		E3 “o enfermeiro responsável pelo utente, falar diretamente com os familiares”

Tabela 2: Facilitadores da Relação Interpessoal

As subcategorias referentes à categoria dificultadores da relação interpessoal referidas pelos EEEMC foram: desconhecimento das necessidades das famílias, dotações, espaço físico, sobrelotação do SU, cultura organizacional e insuficientes competências comunicacional e relacional (Tabela 3).

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	Unidade de registo
Dificultadores da Relação Interpessoal	Desconhecimento das Necessidades das Famílias	E4 “existe um desconhecimento (...) das necessidades que os familiares querem”
	Espaço Físico	E3 “o que dificulta (...) é o espaço físico, não houver um espaço próprio”
		E1 “um espaço físico que não permite ter acompanhantes”
		E4 “há em muitos sítios a ausência de recursos físicos, como uma sala para reunir com a família (...) não temos espaço dedicado para as pessoas”
		E4 “espaço físico. Será que temos estruturas físicas para ter um familiar a acompanhar o utente constantemente? (...) Não!”
		E1 “o espaço físico do serviço de urgência, como é óbvio, tem que estar adequada”
	Insuficientes Competências Comunicacional e Relacional	E2 “Nem todos têm a mesma perspetiva, ou melhor, a mesma capacidade das mesmas habilidades, a mesma forma de estar para saber lidar com as diferentes situações (...) nem todas as pessoas têm as habilidades e os conhecimentos (...) acho que havia de haver de alguma forma, alguma seleção das pessoas que podem estar a transmitir e a dar apoio à família, a fazerem interligação entre a família e informação a dar”
		E1 “é preciso tentar também perceber qual é que é o perfil de competências que esses enfermeiros detêm e que são capazes de utilizar em determinado tipo de situação”
		E2 “nem sempre as pessoas (...) conseguem, não tem habilidade de comunicação, de conseguir transmitir o que naquele momento o que as pessoas também necessitam”
	Dotações	E3 “uma dotação segura (...) se calhar sobrava mais tempo para que cada enfermeiro conseguisse falar e dedicar mais tempo com os familiares”
		E1 “as dotações não são as melhores e, portanto, acabamos por não ter tanto tempo disponível para poder dar a atenção que

Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência

		que desejaríamos (...) Não temos grande disponibilidade para estar a explicar, a esclarecer as dúvidas, a tentar perceber se a mensagem foi compreendida”
		E5 “temos dificuldade na dotações”
		E6 “estado de exaustão da equipa”
		E4 “imprevisibilidade da elevada demanda e os cansaços físicos e mentais das equipas profissionais (...) a falta de tempo, os rácios enfermeiro-utentes são reduzidos”
		E3 “confesso que olho para o meu serviço, olho à volta, e desespero (...) as dotações seguras no serviço de urgência não são suficientes”
		E3 “são problemas que precisam de resoluções multidisciplinares”
		E1 “que estamos todos cansados”
		E2 “as dotações não são as ideais? Não são”
		E4 “o rácio enfermeiro-utente, é impensável nós deixarmos de prestar cuidados que são urgentes e emergentes para estar a dar resposta a um familiar”
		E7 “os recursos humanos são insuficientes”
	Sobrelotação do SU	E1 “é o elevado volume de utentes que nós temos em termos de serviço de urgência”
	Sobrelotação do SU	E6 “sobrelotação das urgências (...) queremos passar com utente para a sala de emergência e estar o corredor cheio de familiares”
	Sobrelotação do SU	E3 “é preciso assumir de uma vez por todas que as urgências estão sobrelotadas (...) enquanto os utentes continuaram internados nas urgências”
	Sobrelotação do SU	E2 “temos muitos utentes? Temos. Há muitos utentes a permanecer? Correto.”
	Sobrelotação do SU	E5 “com a dotação de utentes que eu tenho naquele espaço reduzido”
	Sobrelotação do SU	E4 “quando há uma demanda (...) torna-se quase impossível colocarmos um familiar no meio dos cuidados, que nós colocamos em primeiro, que é o cuidado àquela pessoa em situação crítica”
	Sobrelotação do SU	E1 “nós temos utentes (...) nós queremos por priorizar determinado tipo de intervenções e negligenciamos outras não, e esta acaba por ser uma dessas”
	Sobrelotação do SU	E7 “são inúmeros utentes”
	Cultura Organizacional	E3 “tem que ser uma intervenção multidisciplinar, essencialmente de gestão e de reorganização dos serviços de urgência”
	Cultura Organizacional	E3 “os enfermeiros não conseguem desenvolver todas as competências, garantir a qualidade e a segurança dos cuidados com estas circunstâncias (...) é fundamental que a gestão intervenha (...) para que nós consigamos ter satisfação dos familiares e para que consiga fazer um trabalho melhor e com mais qualidade”
	Cultura Organizacional	E6 “houve um esforço de serviço em tentar melhorar esta relação com os familiares, então criou-se o Gabinete de Apoio aos Familiares (...) com o aumento do número de afluência que

		temos tido no serviço de urgência, a decisão do enfermeiro gestor e da hierarquia foi retirar o enfermeiro e encerramos o GAF”
		E6 “as chefias são as primeiras a quebrar as regras”
		E4 “é preciso que a gestão o queira. É preciso fazer alterações estruturais nos nossos serviços”
		E6 “a cultura organizacional tem que ajudar os enfermeiros a cultivar esta relação com a família”

Tabela 3: Dificultadores da Relação Interpessoal

Acolher alguém num SU, é um processo contínuo que vai além do fornecimento de acesso aos serviços de saúde, demandando sensibilidade, conhecimento e responsabilidade ativa dos profissionais em relação à condição de saúde da pessoa (Escolari et al., 2020). Quando um familiar é admitido num SU, isso pode alterar significativamente a dinâmica familiar, interrompendo a rotina e desencadeando sentimentos negativos, como incerteza, dúvidas, sofrimento, ansiedade, confusão, tristeza, angústia, preocupação e medo de perda. Nessa situação, é responsabilidade do EE, prestar cuidados à família da PSC, compreendendo os seus sentimentos e atendendo às suas necessidades (Barreto et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020a).

O que nos remete para um dificultador da relação interpessoal com a família da PSC em SU, o desconhecimento das necessidades das famílias - “*existe um desconhecimento (...) das necessidades que os familiares querem*” (E4).

No estudo desenvolvido por Jorge & Madureira (2020), constatou-se que, durante situações críticas, as famílias priorizam a necessidade de segurança e a obtenção de informações, expressando o desejo de estar próximas de seus entes queridos e de receber atualizações regularmente. Com a presença da família, é possível oferecer apoio ao familiar, transmitindo segurança, conforto e tranquilidade, o que ajuda a reduzir os sentimentos de medo, angústia e ansiedade, além disso, a presença familiar permite uma compreensão mais abrangente da situação, incluindo a gravidade e a evolução da doença, assim como dos cuidados prestados (Barreto et al., 2019, 2020; Jorge & Madureira, 2020a). Quando os familiares estão presentes, têm a oportunidade de compartilhar informações com os profissionais de saúde, o que é especialmente benéfico, quando o utente não consegue se comunicar de forma adequada, favorecendo a continuidade dos cuidados. Além disso, na eventualidade de um óbito, a presença da família auxilia no processo de luto. Essas práticas contribuem para promover maior dignidade e humanização na assistência prestada (Barreto et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020b).

Durante todo o processo de atendimento à PSC, no estudo realizado por Barreto et al. (2019), a ausência de espaço físico e o número de insuficiente de profissionais para atender a PSC e a sua família, foram os condicionantes ambientais mais mencionados. Assume-se assim, que as condições do serviço de urgência, pode ter uma influência considerável no conforto da família (Barreto et al., 2020).

A família não deve ser vista apenas como uma extensão da pessoa utente, mas sim como um alvo igual de cuidados, pelo que é essencial que os profissionais de saúde identifiquem e atendam às necessidades emocionais, práticas e informativas dos familiares durante esses momentos difíceis (Alshehry, 2022; Emmamally et al., 2020; Jorge & Madureira, 2020b).

Remetendo para a informação extraída do *focus group*, a criação de um espaço dedicado às famílias, como um gabinete de informações, foi sugerida como uma forma de melhoria no que diz respeito ao acolhimento e permite facilitar uma relação mais eficaz entre os enfermeiros e as famílias: *“a partir do momento em que passou haver o Gabinete de Informações, acho que fez a diferença porque os familiares sentem que há um espaço para eles”* (E3); *“gabinete de Informações pode ajudar”* (E1) e que a sua ausência, ou seja, a inadequado espaço físico do SU dificulta esta relação interpessoal do enfermeiro com o familiar. *“O que dificulta (...) é o espaço físico, não houver um espaço próprio”* (E3); *“Um espaço físico que não permite ter acompanhantes”* (E1); *“há em muitos sítios a ausência de recursos físicos, como uma sala para reunir com a família (...) não temos espaço dedicado para as pessoas”* (E4); *“o espaço físico do serviço de urgência, como é óbvio, tem que estar adequada”* (E1). Conforme estabelecido no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014), é obrigatório que os SU disponham de uma área destinada à informação e comunicação com os familiares. É essencial que esses serviços disponibilizem um espaço, onde os familiares possam receber atualizações sobre o estado de saúde dos seus familiares, esclarecer dúvidas e receber orientações, uma vez que, a inclusão dessa área é crucial para assegurar uma comunicação eficaz e humanizada, facilitando a compreensão e o apoio aos familiares durante situações de emergência médica (Barreto et al., 2019; Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014).

Segundo o estudo de Barreto et al. (2020), fornecer atualizações à família sobre o estado de saúde de seu familiar, foi reconhecido como um elemento facilitador no ambiente de urgência, pois quando os familiares são informados e sentem que a sua situação é compreendida pelos profissionais de saúde, isso auxilia a lidar com a situação e promove um ambiente de tranquilidade entre eles.

A humanização dos cuidados de saúde é tida, pelos convidados, como outra subcategoria que influencia positivamente o acolhimento e, conseqüentemente, a relação

interpessoal. A humanização dos cuidados de saúde está intrinsecamente ligada à adoção de um sistema centrado no utente, no qual os indivíduos são considerados de maneira holística e integrada (Sousa et al., 2019). A nível nacional, foi criada, a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde, tendo como propósito a promoção e o aprofundar a humanização dos cuidados de saúde, tendo como foco a centralidade da pessoa e a sua dignidade (SNS, 2024). De acordo com o artigo 89.º do Código Deontológico, da humanização dos cuidados, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados, deve atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar os utentes, bem como promover o estabelecimento de uma relação de ajuda (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Os convidados referiram ser necessário *“envolvê-la (família) tanto quanto possível no processo do utente, no processo de cuidar do utente (...) se tivermos uma família mais esclarecida, mais envolvida, na minha opinião, isso facilita bastante a relação que criamos”* (E1); *“envolver a pessoa, envolver a família no processo de cuidar”* (E3); *“devíamos deixar o familiar e ter condições para o familiar estar mais próximo”* (E5). Promover a humanização no ambiente de cuidados de saúde, é essencial para proporcionar uma experiência positiva aos utentes, e o desafio para os enfermeiros é criar um espaço físico que seja agradável, confortável, funcional e, acima de tudo, seguro, contribuindo para o bem-estar dos utentes e suas famílias, facilitando a relação de confiança entre estes, e o enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Reconhecer que, tanto o utente, como a família, necessitam de cuidados, culminará numa prestação de cuidados integral, humana e holística. Assim sendo, o processo de acolhimento e a humanização dos cuidados de saúde integrados ao utente e à família, são considerados relevantes para o estabelecimento de uma relação interpessoal positiva (Barreto et al., 2020).

Os espaços inadequados nos serviços de urgência têm também, um impacto direto no direito ao acompanhamento do utente. O acompanhamento é considerado facilitador da relação interpessoal com a família, desde que as condições adequadas estejam garantidas: *“os utentes na urgência têm direito a um acompanhante”* (E3).

Em 21 de março de 2014, foi promulgada a Lei n.º 15/2014, que revogou as leis anteriores (Lei n.º 14/85, Lei n.º 33/2009 e Lei n.º 106/2009) que regulavam o direito de acompanhamento, apresentando, de forma estruturada, as regras gerais para o acompanhamento dos utentes nos serviços de saúde (Lei n.º 15/2014 de 21 de março, 2014). De acordo com o Artigo 12.º da Lei n.º 33/2009, é reconhecido que todo o cidadão admitido num SU, tem direito a acompanhamento por uma pessoa por si indicada. Conforme o artigo 5.º da referida legislação, as instituições têm a obrigação de realizar as adaptações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos SU, de forma a viabilizar o

direito de acompanhamento dos utentes, sem interferir no seu funcionamento regular. Isso significa que, quando um cidadão é admitido num SU, ele tem o direito de ser acompanhado por alguém à sua escolha, e as instituições devem ajustar as suas práticas para assegurar esse direito, sem comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados médicos (Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, 2009). Porém, as opiniões expressas pelos participantes indicam que essa não é a experiência vivenciada nos SU - *“um espaço físico que não permite ter acompanhantes”* (E1); *“infraestruturas que os nossos serviços têm que não foram pensadas quando essa legislação saiu”* (E4); *“isto nunca foi pensado quando saiu o decreto lei (...) os serviços de urgência apenas se foram adaptando em função do volume de utentes. Parece a mim que nunca ninguém pensou nos familiares”* (E1).

Essa situação é corroborada pelo estudo desenvolvido por Gabarra et al. (2020), o qual destaca que, devido ao avanço tecnológico e à mudança do foco dos cuidados da comunidade para o ambiente hospitalar, a rede de apoio social do indivíduo perdeu a sua relevância no processo de cuidado, sendo notável, nos hospitais, a falta de espaços dedicados a acompanhantes e visitantes, tanto na estrutura física, quanto nas rotinas diárias. Quando existe a possibilidade de permanecer junto dos seus familiares e acompanhar de perto os cuidados prestados, a família sente-se mais segura e confortável (Barreto et al., 2020).

Na categoria seguinte, descrita pelos convidados, como facilitador da relação interpessoal com a família da PSC em SU, encontram-se as competências comunicacional e relacional. Habilidades sociais e de comunicação desempenham um papel crucial na enfermagem, promovendo a autonomia e a autodeterminação dos utentes, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde, estabelecendo relações interpessoais, resolvendo conflitos e procurando o bem-estar coletivo (Sousa et al., 2019). *“Existe uma correlação direta entre a relação e a comunicação terapêutica e os ganhos terapêuticos que isso terá na saúde, na própria satisfação do cliente e também dos seus familiares”* (E4); *“Ter uma comunicação eficaz com uma relação empática a respeitando a confidencialidade”* (E4); *“pessoas mais dedicadas a este tipo de informação, pessoas com habilidades em termos de comunicação”* (E5); *“Devemos ser congruentes com uma comunicação verbal e não verbal, tendo em atenção a linguagem corporal do discurso e a expressão também facial, muitas vezes destes familiares”* (E4), são expressões utilizadas pelos convidados que corroboram a necessidade de adequadas competências comunicacional e relacional.

Ao atender às necessidades variadas da família e estabelecer uma comunicação eficaz, clara e objetiva, os profissionais de saúde podem reconhecer os pontos fortes de cada membro familiar, assim, contribuindo para que todos os integrantes enfrentem os momentos críticos de forma mais positiva e unida (Barreto et al., 2020). O estudo realizado por Jorge & Madureira (2020), sugere que os profissionais de saúde que trabalham em

serviços de urgência, adotem técnicas de comunicação eficazes e construtivas ao interagir com as famílias, visando promover relações positivas, e facilitar a compreensão mútua durante momentos críticos. É importante que, ao longo de todas as interações com as famílias, os profissionais de saúde, aproveitem todas as oportunidades para estabelecer relacionamentos, e encontrem maneiras de comunicar com os membros da família, orientando a sua prática de cuidados com base na família (Emmamally & Brysiewicz, 2019).

Na área de enfermagem, a comunicação assume um papel essencial, indo além da transmissão de informações clínicas, pois está intrinsecamente presente em todas as interações com a PSC e sua família, abrangendo componentes emocionais, psicológicas e sociais, permitindo assim, um ambiente mais seguro, confiável e de apoio para todos os envolvidos na prestação de cuidados (Anjos et al., 2023). No estudo desenvolvido por Cabete et al. (2019), fica evidente que, mostrar empatia, respeito e sensibilidade, além de oferecer apoio emocional e espiritual à família, são ações fundamentais para suprir suas necessidades e criar um ambiente de cuidado e compreensão durante períodos difíceis. Estas estão em consonância com a teoria da Relação Interpessoal de Hildegard Peplau e com algumas das afirmações dos convidados, tais como, *“passar uma mensagem positiva, incondicional de empatia (E4)”*; *“empatia (...) da nossa parte resumiria assim aquilo que eu acho mais importante” (E5)*; *“estando disponíveis, escutando, esclarecendo dúvidas, dando apoio emocional (...) aproximação emocional ao sofrimento daquela família que tem um familiar em situação crítica” (E4)*.

De acordo com Peplau (George, 2000), relação interpessoal em enfermagem é caracterizada por interações entre duas ou mais pessoas que compartilham objetivos comuns. Esses objetivos compartilhados impulsionam um processo terapêutico no qual o enfermeiro e a PSC se respeitam mutuamente como indivíduos, aprendendo e crescendo por meio dessa interação (Bittencourt et al., 2018; Lima et al., 2020). Para apoiar as famílias, é essencial prestar tanto cuidados cognitivos quanto emocionais. Em termos cognitivos, os profissionais de saúde devem compartilhar informações de maneira educativa, capacitando as famílias a lidar com a situação da doença. Em relação ao apoio emocional, é importante praticar uma escuta atenta, demonstrar empatia e respeito, promovendo o bem-estar emocional da família (Emmamally & Brysiewicz, 2019).

Tendo por base o Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho (2018), poder-se-á afirmar que o EEEMCPSC é dotado de competências avançadas de comunicação técnico-científica que permite superar barreiras de comunicação e adaptar-se às necessidades específicas de cada situação.

Em contrapartida, a falta de competências comunicacional e relacional por parte dos profissionais de saúde é tida como um dificultador da relação interpessoal, pois cuidar da

PSC e de sua família exige que os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, desenvolvam habilidades comportamentais e relacionais que atendam de maneira adequada às necessidades identificadas (Cabete et al., 2019). *“Nem todos têm a mesma perspectiva, ou melhor, a mesma capacidade das mesmas habilidades, a mesma forma de estar para saber lidar com as diferentes situações (...) nem todas as pessoas têm as habilidades e os conhecimentos (...) acho que havia de haver de alguma forma, alguma seleção das pessoas que podem estar a transmitir e a dar apoio à família, a fazerem interligação entre a família e informação a dar”* (E2); *“é preciso tentar também perceber qual é que é o perfil de competências que esses enfermeiros detêm e que são capazes de utilizar em determinado tipo de situação”* (E1); *“nem sempre as pessoas (...) conseguem, não tem habilidade de comunicação, de conseguir transmitir o que naquele momento o que as pessoas também necessitam”* (E2), são expressões dos participantes que o corroboram.

Os participantes também mencionaram o enfermeiro de referência como um facilitador adicional da relação interpessoal: *“o enfermeiro responsável pelo utente, falar diretamente com os familiares”* (E3); *“eles querem saber informações da parte médica (...) aí o nosso papel pode ser realmente fazer uma ponte”* (E6); *“ser a pessoa, o que está com familiar, que tem mais informação sobre este utente (...) existir um horário dedicado, também esta pessoa estar mais livre para ter este papel ter esta competência”* (E4); *“enfermeiro que não está diretamente com o utente e às vezes isto é um problema”* (E3).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a), reconheceu a relevância de organizar e planear os cuidados de enfermagem, com ênfase na adoção de métodos que visem a qualidade, possibilitando uma abordagem abrangente para lidar com os problemas de saúde das pessoas. Os métodos de prestação de cuidados centrados na PSC estão diretamente associados a resultados positivos, incluindo maior satisfação, redução do tempo de internamento e menor incidência de eventos adversos (Santos et al., 2019).

O método de enfermeiro de referência, também conhecido como *Primary Nursing*, envolve cuidados individualizados e contínuos aos utentes hospitalizados. O enfermeiro de referência assume responsabilidade pela coordenação das decisões clínicas e pela supervisão da prestação de cuidados durante o internamento, utilizando o processo de Enfermagem como base. Esse método visa proporcionar um atendimento personalizado, focado nas necessidades específicas da PSC e de sua família, em vez de simplesmente realizar tarefas padronizadas, contribuindo para um impacto significativo da Enfermagem no processo saúde-doença (Santos et al., 2019; Ventura-Silva et al., 2021).

As dotações seguras e a sobrelotação dos SU, são outra razão apontada pelos convidados como dificultadores da relação entre a família da PSC em SU. De acordo com o E3, *“facilitaria (...) uma dotação segura (...) sobrava mais tempo para que cada enfermeiro conseguisse falar e dedicar mais tempo com os familiares”*; *“as dotações não são as melhores e, portanto, acabamos por não ter tanto tempo disponível para poder dar a atenção que que desejaríamos (...) Não temos grande disponibilidade para estar a explicar, a esclarecer as dúvidas, a tentar perceber se a mensagem foi compreendida”* (E1); *“com o rácio enfermeiro-utente, é impensável nós deixarmos de prestar cuidados que são urgentes e emergentes para estar a dar resposta a um familiar”* (E4); *“os recursos humanos são insuficientes”* (E7); *“confesso que olho para o meu serviço, olho à volta, e desespero (...) as dotações seguras no serviço de urgência não são suficientes”* (E3)

Remetendo-nos para o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), a adequada dotação de enfermeiros, bem como o nível de qualificação e perfil de competências desses profissionais, são elementos essenciais para alcançar níveis de segurança e qualidade nos cuidados de saúde prestados à população-alvo e às organizações. No documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a), no que respeita a organização dos cuidados de enfermagem, reitera a monitorização do cumprimento das dotações seguras nos cuidados de enfermagem especializados. Assim, uma inadequada dotação de enfermeiros, acarreta um maior número de riscos relacionados com a priorização de alguns cuidados em detrimento de outros, como o relacionamento interpessoal com a família da PSC (Azevedo et al., 2020). O estudo realizado por Galvão et al. (2022), ressalta que, muitas vezes, os cuidados de enfermagem relacionados à comunicação, apoio emocional e planeamento são negligenciados, enquanto as funções vitais e o aspeto clínico são priorizados. Esta constatação está alinhada com o que foi mencionado pelo E1 *“por priorizar determinado tipo de intervenções e negligenciamos outras, e esta acaba por ser uma dessas uma dessas questões”* e por E4 que refere *“priorizamos constantemente os cuidados à pessoa em situação crítica”*.

A escassez de enfermeiros capacitados para atender às demandas das PSC e suas famílias gera uma carga de trabalho excessiva, o que por sua vez contribui para elevados níveis de *burnout* (Ordem dos Enfermeiros, 2022) – *“estamos todos cansados”* (E1); *“estado de exaustão da equipa”* (E6). É crucial adotar níveis de dotações seguros para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, e o bem-estar dos profissionais de saúde e dos utentes, uma vez que estes fatores são significativamente prejudiciais para ambos, com implicações negativas na segurança do utente (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

De acordo com Emmammally & Brysiewicz (2019), as infraestruturas e os recursos humanos nos serviços de saúde, devem estar alinhados com uma abordagem centrada na família, pois o espaço limitado e as dotações inadequadas podem representar dificuldades na prestação de cuidados à família. Diariamente, os profissionais de saúde nos serviços de urgência encaram uma gama de obstáculos que prejudicam a excelência dos cuidados, incluindo a lotação excessiva, o volume de trabalho elevado, a necessidade de priorizar emergências, os longos tempos de espera e horários de visitas restritos (Alshehry, 2022; Emmamally et al., 2020; Jorge & Madureira, 2020b). Estes desafios, na opinião dos autores anteriormente mencionados, podem impactar negativamente a colaboração e o relacionamento entre os profissionais de saúde e as famílias dos utentes. Remetendo para as expressões dos convidados, *“sobrelotação das urgências (...) queremos passar com utente para a sala de emergência e estar o corredor cheio de familiares”* (E6); *“é preciso assumir de uma vez por todas que as urgências estão sobrelotadas (...) enquanto os utentes continuarem internados nas urgências”* (E3); *“são inúmeros utentes”* (E7); *“temos muitos utentes? Temos. Há muitos utentes a permanecer? Correto”* (E2).

A sobrelotação nos SU ocorre quando estes ultrapassam os recursos disponíveis prejudicando a capacidade de fornecer um atendimento adequado aos utentes, o que pode impactar negativamente a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos utentes (Rasouli et al., 2019). Esta tem consequências diretas e negativas para as PSC, comprometendo a sua segurança, resultando em atrasos no atendimento, aumento de erros médicos, maior mortalidade e demoras nos tratamentos. Além disso, pode levar ao abandono de pessoas sem observação médica adequada causando insatisfação, tanto para os utentes, quanto para suas famílias. A sobrelotação também impacta os profissionais de saúde e as instituições, aumentando a demanda de trabalho, atrasando as decisões clínicas e os cuidados prestados, prolongando os internamentos e reduzindo a qualidade dos cuidados. É um desafio complexo que requer estratégias eficazes para mitigar os seus efeitos negativos e garantir a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos (Rasouli et al., 2019; Silva et al., 2020).

É fundamental abordar esta questão para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de urgência, o que nos remete para a última categoria dificultadora da relação interpessoal com a família da PSC no SU – a cultura organizacional.

A cultura organizacional, foi várias vezes enunciada pelos intervenientes do *focus group* como um dificultador da relação - *“os enfermeiros não conseguem desenvolver todas as competências, garantir a qualidade e a segurança dos cuidados com estas circunstâncias (...) é fundamental que a gestão intervenha (...) para que nós consigamos ter satisfação dos familiares e para que consiga fazer um trabalho melhor e com mais qualidade”* (E3); *“é*

preciso que a gestão o queira. É preciso fazer alterações estruturais nos nossos serviços” (E4); “tem que ser uma intervenção multidisciplinar, essencialmente de gestão e de reorganização dos serviços de urgência” (E3); “a cultura organizacional tem que ajudar os enfermeiros a cultivar esta relação com a família” (E6).

É inegável, com base na evidência científica, que a falta de apoio institucional e o inadequado trabalho interdisciplinar, representam desafios globais. É essencial reorganizar os serviços de saúde para aliviar a pressão nas urgências, proporcionando maior conforto e segurança para a PSC e as suas famílias. Para abordar essa questão, é fundamental estabelecer uma colaboração sólida entre enfermeiros, gestores e toda a equipa de saúde. Um modelo organizacional centrado no cuidado deve ser adotado, criando ambientes propícios que promovam resultados positivos nas intervenções com os utentes e com as suas famílias (Brazão & Baptista, 2022; Galvão et al., 2022).

A falta de enfermeiros é uma questão multifacetada que requer uma abordagem prioritária, em que a própria OE (Ordem dos Enfermeiros, 2023) reconhece a necessidade urgente de ações para lidar com essa escassez, enfatizando a importância de implementar medidas que garantam dotações seguras, condições de trabalho adequadas e o fortalecimento da capacidade nacional de enfermagem. Essas iniciativas visam melhorar o suporte e o bem-estar dos profissionais, baseando-se em ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Investir na valorização, apoio e saúde da equipa de Enfermagem é fundamental para garantir cuidados de saúde de qualidade para as pessoas e comunidade, promovendo uma sociedade saudável. Um ambiente seguro e saudável para os enfermeiros resulta em melhores resultados para as PSC e suas famílias, aumentando a probabilidade de ter cuidados de alta qualidade e segurança, o que, por sua vez, gera maior satisfação entre os utentes e suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2022, 2023). Portanto, investir em estratégias que fortaleçam as redes de apoio e promovam a colaboração entre profissionais de saúde, é fundamental para enfrentar os desafios globais e proporcionar um atendimento mais eficaz e humano (Brazão & Baptista, 2022; Galvão et al., 2022; Silva et al., 2020).

Estratégias para a relação interpessoal

Quando questionados sobre as estratégias para facilitar a relação interpessoal com a família da PSC em SU, os EEMCPSC destacaram as seguintes subcategorias: presença de familiar, horários de visitas, espaço físico adequado, informações atualizadas, disponibilidade e *briefings* (Tabela 4).

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	Unidade de registo
Estratégias para facilitar a Relação Interpessoal	Presença de familiar	E4 “promover a presença da pessoa e deste familiar com a pessoa em situação crítica (...) proporcionando conforto físico, nem que seja uma cadeira”
		E4 “promover a participação dos familiares nos cuidados promovendo a privacidade (...) valorizando as culturas de cada pessoa, incluindo-os nos cuidados (...) acompanhando em procedimentos que eles tenham que levar para casa”
		E5 “aproximar a família no processo”
		E1 “a presença dos familiares no serviço de urgência junto dos utentes obviamente que ajuda bastante na relação que podemos criar entre profissional e familiar”
	Horário de visitas	E4 “Flexibilidade no horário de visitas”
	Espaço físico	E4 “haver um espaço dedicado a que estes familiares estejam presentes (...) existir uma sala para reunir com os familiares, um local indicado para o fazer”
		E1 “a criação de espaço físico adequado para ter os familiares presentes, isso seria o ideal”
	Informações atualizadas	E4 “antes de abordar um familiar munir da informação necessária sobre a pessoa em situação crítica deste familiar”
	Disponibilidade	E5 “não temos, por vezes, os recursos suficientes para dar a disponibilidade”
		E1 “ter um enfermeiro disponível isso é importante e haver uma preocupação”
		E5 “que às vezes também não somos muito, utentes, não sei se é o termo mais, se é a definição mais correta, mas não estamos com tanta disponibilidade”
	Briefings	E6 “Podemos fazer briefings com os familiares, já aconteceu”

Tabela 4: Estratégias para a relação interpessoal

A presença da família durante a prestação de cuidados é considerada uma estratégia crucial, reforçada pela evidência científica, tanto para a família quanto para a PSC. Esta é corroborada pelas afirmações dos participantes: *“a presença dos familiares no serviço de urgência junto dos utentes obviamente que ajuda bastante na relação que podemos criar entre profissional e familiar”* (E1); *“promover a presença da pessoa e deste familiar com a pessoa em situação crítica (...) proporcionando conforto físico, nem que seja uma cadeira”* (E4); *“promover a participação dos familiares nos cuidados promovendo a privacidade (...) valorizando as culturas de cada pessoa, incluindo-os nos cuidados (...) acompanhando em procedimentos que eles tenham que levar para casa”* (E4); *“aproximar a família no processo”* (E5).

Segundo a OMS, tal como descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2008a), a família não deve ser limitada apenas aos laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, mas um grupo cujas relações se baseiam na confiança, apoio mútuo e objetivos comuns. Indo de encontro à definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem

dos Enfermeiros, 2011), a família é uma unidade social ou coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais. Portanto, compreende-se que a família é percebida pela PSC como uma fonte significativa de apoio, pelo que durante a prestação de cuidados, é fundamental valorizar a presença e o envolvimento da família, incentivando uma relação interpessoal terapêutica e significativa (Frade et al., 2021).

Muitas vezes, a família é negligenciada, involuntariamente, pelos profissionais de saúde, pois o foco principal está nos cuidados à PSC, o que pode levar a falta de tempo ou atenção para as necessidades da família. Reconhecer essa dinâmica é importante para encontrar maneiras de envolver e apoiar a família durante o processo de cuidados de saúde (Cabete et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020b). Assim, é importante salientar o papel que o EEEMCPSC detém neste domínio.

A responsabilidade do EEEMCPSC abrange, não apenas o cuidado direto à PSC, mas também o suporte à sua família, aplicando conhecimentos e habilidades na identificação de intervenções especializadas, participando ativamente na conceção, implementação e avaliação do plano de cuidados, e promovendo a segurança e a qualidade dos serviços prestados. A colaboração entre o EEEMCPSC, a PSC e a família, são essenciais para garantir uma abordagem holística e eficaz no cuidado de saúde (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). O EEEMCPSC deve, primariamente, reconhecer que a família carece de cuidados assim como a PSC. Como tal, é fundamental estabelecer uma relação empática com a família, garantindo um acolhimento adequado e uma comunicação clara e acessível, fornecendo informações honestas, e criando um ambiente confortável e privado. O enfermeiro deve preocupar-se tanto com a PSC quanto com os familiares, permitindo que expressem as suas preocupações, dúvidas e medos e atender às suas necessidades físicas e emocionais. Deve ainda, permitir que a família acompanhe o familiar durante a sua permanência no serviço de urgência (Barreto et al., 2019, 2020; Cabete et al., 2019).

Flexibilidade de horário de visitas foi descrita, durante o *focus group*, como algo a efetuar nos serviços de urgência – “*flexibilidade no horário de visitas*” (E4). De fato, esta é descrita por Cabete et al. (2019) e Jorge & Madureira (2020) como uma intervenção promotora da relação da família com a equipa de enfermagem.

O horário de visitas é um momento muito aguardado pelos familiares de PSC hospitalizados, mas muitas vezes é limitado por regras restritivas que determinam o horário e o número de visitantes com base nas necessidades e prioridades da instituição, em vez das necessidades individuais da PSC (Goularte et al., 2020). Embora haja uma mudança gradual para incluir mais os familiares no processo de cuidado - reconhecendo-se a importância de incluir os familiares no processo de cuidado - obstáculos como carga de trabalho, mudanças

na rotina, falta de estrutura para acomodar os familiares e ausência de capacitação em comunicação, dificultam essa ampliação (Gabarra et al., 2020; Goularte et al., 2020). Apesar dos desafios mencionados, fica claro que a flexibilidade dos horários de visitas é importante, pois traz benefícios significativos, tanto para a saúde emocional da família, como para a PSC, pois uma melhor gestão das necessidades e cuidados, contribui para o bem-estar geral da PSC e sua família (Gabarra et al., 2020).

Demonstrar disponibilidade é outra estratégia apontada pelos participantes como facilitador da relação terapêutica: *“ter um enfermeiro disponível isso é importante e haver uma preocupação”* (E1), *“não temos, por vezes, os recursos suficientes para dar a disponibilidade necessária”* (E5). O EEEMCPSC deve estar disponível para atender a família da PSC, garantindo uma comunicação eficaz que tenha em conta as preocupações, sentimentos e comportamentos da PSC e seus familiares (Silva, 2018). A disponibilidade no SU é fundamental para oferecer um atendimento humano e sensível, mesmo diante de períodos de alta demanda e exaustão, o enfermeiro deve transmitir confiança e disponibilidade, pois isso ajudará a compreender melhor as necessidades emocionais das PSC e suas famílias e estabelecer uma relação de confiança com eles (Silva, 2018).

A realização de *briefings* com os familiares foi outra estratégia mencionada para facilitar a relação interpessoal entre família da PSC no SU. O E6 refere *“podemos fazer briefings com os familiares, já aconteceu”*.

Formação

Na categoria “Formação”, são abordados os seus contributos e as áreas que merecem investimento por parte dos enfermeiros (Tabela 5)

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	Unidade de registo
Formação	Contributos	E2 “é uma área que nós devemos investir e não ser todos a conseguir fazer tudo”
		E4 “existe uma reduzida formação nesta área (...) proporcionar formação na área para termos uma melhorarmos estas competências de relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica”
		E2 “as pessoas estarem mais dedicadas a determinados setores, com formação, claro, sempre mais formação, de forma a que estejam mais habilitadas para gerir as situações mais complexas”
		E5 “a formação pode dar um grande contributo e sim que é uma área investir”

		E6 “a formação é importante efetivamente (...) não só para nós (...) mas também para envolvermos os outros elementos da equipa”
	Áreas a formar	Competências de enfermagem
		Estratégias de comunicação
		Importância do papel da família no processo de alta do utente
		Relação terapêutica

Tabela 5: Formação

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa com Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017a), organização dos cuidados de enfermagem requer a implementação de uma política de formação contínua para os enfermeiros especialistas, que visa promover o desenvolvimento profissional e garantir a qualidade da intervenção especializada. É fundamental que os enfermeiros se mantenham atualizados e aprimorem as suas habilidades para oferecer cuidados de excelência aos utentes em situações críticas (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Para progredir no conhecimento e prática, o EEMCPSC deve adotar uma abordagem fundamentada em evidências científicas recentes, concentrando-se em alcançar resultados que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem, assumindo também um papel de liderança em projetos de formação e pesquisa para aprimorar as suas habilidades na área de especialização (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

De acordo com o E4 *“existe uma reduzida formação nesta área (...) proporcionar formação na área para termos uma melhorarmos estas competências de relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica”*, sendo necessário um investimento nesta área. Considerando as contribuições de vários autores, a instituição deve implementar programas de formação específicos, focados em cuidados de humanizados e competências não-técnicas, bem como promover atividades educativas e programas de acompanhamento para os profissionais dos SU, visando aprimorar suas capacidades para lidar com a realidade do ambiente de trabalho, especialmente no acolhimento das famílias da PSC (Barreto et al., 2020; Sousa et al., 2019). As afirmações dos participantes reforçam essa ideia - *“é uma área que nós devemos investir e não ser todos a conseguir fazer tudo”* (E2); *“as pessoas estarem mais dedicadas a determinados setores, com formação, claro, sempre mais formação, de forma a que estejam mais habilitadas para gerir as situações mais complexas”* (E2); *“a formação pode dar um grande contributo e sim que é uma área investir”* (E5); *“a formação é importante efetivamente (...) não só para nós (...) mas também para envolvermos os outros elementos da equipa”* (E6).

As evidências científicas apontam que, quando os profissionais de saúde demonstram atitudes de apoio às famílias durante a prestação de cuidados de saúde, isso impacta positivamente na satisfação dessas famílias (Barreto et al., 2020; Galvão et al., 2022). A formação adequada desses profissionais pode fortalecer o vínculo e a confiança entre a equipa de saúde e as famílias, facilitando um acolhimento eficaz através da presença, empatia e comunicação assertiva. Mais se afirma que, essa formação apropriada também contribui para a segurança da PSC com estudos, indicando que uma quantidade suficiente de enfermeiros formados está associada à redução de cuidados negligenciados e à diminuição da mortalidade (Barreto et al., 2020; Galvão et al., 2022).

No Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 656/2021 de 16 julho, 2021), a OE reconhece a importância da formação e do desenvolvimento profissional para os seus recursos humanos e membros, considerando-a essencial para a melhoria contínua do desempenho profissional e por consequência, para a qualidade dos serviços prestados. A OE procura capacitar os profissionais com competências e conhecimentos necessários para enfrentar desafios emergentes, e áreas de atuação mais amplas, particularmente num ambiente de mudanças contínuas, destacando a formação profissional como um elemento distintivo que promove a excelência na prática da Enfermagem, e no desenvolvimento pessoal dos profissionais (Regulamento n.º 656/2021 de 16 julho, 2021).

No que se refere a áreas que necessitam de maior investimento por parte dos enfermeiros que trabalham em SU, de acordo com os participantes deste *focus group* são competências de enfermagem, estratégias de comunicação, importância do papel da família no processo de alta do utente e a relação terapêutica.

A Enfermagem, considerada tanto uma arte, quanto uma ciência no cuidado humano, visa atender às necessidades individualizadas de utentes, famílias e comunidades, destacando a importância da formação clínica em adaptar-se às demandas específicas de cada indivíduo e sua família em todas as fases da vida (Longo et al., 2023).

7. Conclusão

O estudo de investigação realizado demonstrou que, na percepção dos enfermeiros, os aspetos a valorizar numa relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica em serviço de urgência, estão relacionados com vários elementos. Entre os elementos facilitadores mencionados estão o acolhimento, acompanhamento, competências de comunicação e a presença de um enfermeiro de referência. Por outro lado, foram identificados obstáculos, como desconhecimento das necessidades familiares, restrições no espaço físico, deficiências nas habilidades de comunicação e relacionamento, escassez de recursos, sobrelotação e influência da cultura organizacional. Para aprimorar essa relação, foram sugeridas estratégias, incluindo permitir a presença dos familiares, estabelecer horários de visita, garantir um espaço físico adequado, fornecer informações atualizadas, assegurar disponibilidade e realizar *briefings*. Além disso, foi enfatizada a importância de investir em formação, tanto para os profissionais de saúde, como para as instituições.

Estabelecer uma relação interpessoal com a família da PSC no SU, requer habilidades essenciais para garantir a prestação de cuidados de qualidade. Os profissionais enfatizam a importância dessa relação como um elemento fundamental para humanizar os cuidados e assegurar a satisfação, tanto da PSC, como dos seus familiares.

Este estudo de investigação teve como objetivo identificar a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência. A intenção foi fornecer *insights* para o desenvolvimento de estratégias e novos conhecimentos que possam promover mudanças na prática clínica dos enfermeiros, com foco na relação entre profissionais de saúde e familiares, visando a garantia de uma prestação de cuidados alinhada com os valores, necessidades e preferências da PSC e as suas famílias, permitindo-lhes participar ativamente nas decisões relacionadas com os cuidados prestados.

Nesta perspetiva, o papel do EEEMCPSC é vital na promoção da saúde da pessoa em situação crítica e das suas famílias, com a relação interpessoal, sendo essencial para fornecer cuidados compassivos e eficazes. Ser EE envolve ter um cuidado atento e profundo com todas as pessoas em situação crítica, respondendo prontamente às suas necessidades e às das suas famílias, especialmente no serviço de urgência. Assim, é expetável que este desenvolva habilidades que aprimorem a sua prática relacional, contribuindo para uma melhor

adaptação da pessoa e da sua família, resultando numa melhoria contínua nos cuidados prestados e ganhos em saúde.

Em relação às limitações do estudo, por ser de natureza qualitativa, não é possível generalizar os resultados. Contudo, ele pode ser uma referência para pesquisas futuras na contínua melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família da pessoa em situação crítica, em serviço de urgência.

Identificar as principais necessidades da família, possibilitará a antecipação e aplicação de estratégias direcionadas, para atender a essas necessidades de forma eficaz, através da implementação da legislação que reconhece o direito de acompanhamento a todos os cidadãos admitido em serviço de urgência, conforme estabelecido na lei n.º 33/2009, e a realização das alterações estruturais necessárias para viabilizar esse acompanhamento de forma adequada; implementação de formação, a todos os profissionais de saúde, pois esta é crucial para atender às exigências de saúde contemporâneas. A formação capacitará os profissionais a tomar decisões eficazes, impulsionando mudanças em atitudes, práticas e comportamentos necessários para alcançar melhorias na saúde. Essa iniciativa visa estimular o crescimento profissional e garantir a qualidade da assistência especializada. Assim, é essencial que os enfermeiros se mantenham atualizados e aprimorem as suas competências para fornecer cuidados de excelência às pessoas em situação crítica e suas famílias.

8. Considerações Finais

O desenvolvimento dos estágios, proporcionaram o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades pessoais, científicas, técnicas e reflexivas no âmbito das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, além das competências de mestre.

A concretização dos objetivos estabelecidos em cada contexto de estágio, no início deste percurso, levou à obtenção de novos conhecimentos, à promoção de aprendizagens inovadoras e ao aperfeiçoamento do raciocínio clínico. Esses objetivos foram personalizados para atender às necessidades de cuidados individualizados, baseados em evidências científicas atualizadas. Em resumo, o estágio proporcionou uma experiência prática enriquecedora para o aprimoramento profissional.

O desenvolvimento do estágio em contexto de serviço de medicina intensiva, num local totalmente diferente do habitual, ampliou a visão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Foi uma experiência enriquecedora, enfrentando novos desafios e desenvolvendo autonomia, iniciativa, criatividade e capacidade de adaptação. Também proporcionou oportunidades para aprender com melhores práticas e analisar criticamente práticas menos adequadas. A tomada de decisão foi aperfeiçoada, mobilizando conhecimentos e pensamento crítico-reflexivo, com foco na excelência nos cuidados de enfermagem e no desenvolvimento de competências como profissional de enfermagem especializado em enfermagem à pessoa em situação crítica. Após a identificação de lacunas e áreas para melhoria, foram concebidas e implementadas iniciativas e estratégias, visando uma melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, em ambos os contextos clínicos.

A componente de investigação proporcionou o desenvolvimento de habilidades por meio da aplicação de metodologia de pesquisa, concentrando-se em evidências relevantes e atualizadas para o processo de aprendizagem. Apesar dos desafios encontrados ao longo do trabalho, que foram gradualmente superados com estudo, dedicação e aquisição de competências de pesquisa, resultando na aprendizagem metodológica e de aptidões interpretativas, houve um avanço notável na produção científica. A opção pela realização de

um estudo qualitativo, foi desafiadora devido à falta de familiaridade, porém, agora é vista como um desafio superado com êxito.

A realização deste estudo de investigação proporcionou acesso a uma ampla gama de informações sobre a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. Essas informações ajudaram a reunir diversas intervenções de enfermagem derivadas da prática clínica, promovendo uma reflexão assente em evidências científicas sobre a relação interpessoal. É essencial que a prática de enfermagem seja alicerçada em evidências sólidas para garantir a qualidade do cuidado prestado aos utentes e das suas famílias. A qualidade da relação interpessoal desempenha um papel crucial nesse contexto, influenciando diretamente o bem-estar e a satisfação de todos os envolvidos. Através da análise científica, podemos aprimorar as nossas abordagens e promover uma comunicação empática e eficaz com as famílias dos utentes no ambiente hospitalar.

O trabalho desenvolvido proporcionou a identificação de áreas de melhoria, visando alcançar uma prestação de cuidados de maior qualidade e implementar estratégias para fortalecer a relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica. Além disso, pretende-se motivar os colegas a envolverem-se em novas investigações sobre este tema. Recomenda-se a realização de formação pela equipa multidisciplinar, enfatizando a importância da interação com a família da pessoa em situação crítica durante a sua permanência no serviço de urgência. Essa formação capacitaria os profissionais de saúde a lidar com situações complexas e a adquirir as competências necessárias para fornecer cuidados de enfermagem sensíveis às necessidades da saúde, promovendo assim o progresso contínuo da enfermagem como uma disciplina de conhecimento nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARC. (2010). Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways 2010. *Respiratory Care*, 55(6), (758-764).

ACSS. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf

ACSS. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/REC%20URG%C3%84NCIAS%2020151221%20PC%20final.pdf>

ACSS. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

Almeida, Z., Martinho, A., Alves, C., Mourão, D., & Monteiro, M. (2024). MA-ENFD 01.00—Prevenção de Úlceras de Pressão: Manual de Qualidade. CHUC.

AlMekkawi, M., Qatouni, F., Al Amoor, H., Alayed, B., & El Najm, M. (2020). Clinical Teaching Effectiveness of Undergraduate Student Nurses in the United Arab Emirates. *SAGE Open Nursing*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2377960820948640>

Alshehry, A. S. (2022). Nurse–Patient/Relatives Conflict and Patient Safety Competence Among Nurses. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 1–11. <https://doi.org/10.1177/00469580221093186>

Alves, L. T., Lima, E. E. L., Souza, A. P., Luciano, E. A., Segunda, J. R. J., Luciano, E. A., Albuquerque, T. J. S., Santana, M. C., Miranda, V. A., Rocha, L. R., Barros, L. P., Silva, S. A., Holanda, J. O. S., Santos, D. M., Silva, T. L., Silva, E. C., Viannês, M. S. R., & Souza, F. H. B. (2023). Ética da Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Um revisão Integrativa. *Revista ft*. <https://doi.org/0.5281/zenodo.10030774>

American College of Surgeons. (2018). ATLS Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual. https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf

Andrade, Á., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Almeida, C., Torres, E., Lopes, G., Saraiva, G., Martins, M., Veloso, M., Pinheiro, M., Andrade, M., Catapirra, M. A., Rodrigues, M., Abrunheiro, S., & Almeida, Z. (2021). Literacia em Saúde, um Desafio Emergente—O Poder e a Dimensão do Cuidador Informal no Sistema de Saúde: Vol. II (1a). https://www2.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/coletaneall.pdf

Andrade, B. R. P. D., Barros, F. D. M., Lúcio, H. F. Â. D., Campos, J. F., & Silva, R. C. D. (2019). Intensivist nurse performance in the collaborative model of continuous hemodialysis: Links with patient safety. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1–8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018004603475>

Anguita, M., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: Análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (23), 59–68. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>

Anjos, E. R. L., Santos, M. E. S., Silva, M. L. M., Souza, R. F., Mendonça, S. R., & Júnior, N. F. P. (2023). Importância e os Desafios da Comunicação na Prática de Enfermagem. *Revista ft*, 28. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10428017>

António, C., Matias, M., & Salomé, M. (2023). Instrução de trabalho: Via Verde AVC - Administração do Trombolítico (Alteplase).

Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do utente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12-22. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.7277>

Baltazar, S. (2022). Enfermeiro Coordenador de Turno: Perfil de Competências e Intervenções.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3a reimp. da 1a edição). ALMEDINA BRASIL.

Barreto, M. D. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L. F. D., & Marcon, S. S. (2019). Presence of the family during emergency care: patient and family living. *Texto & Contexto*, 28, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150>

Barreto, M.D. S., Marcon, S.S., Garcia-Vivar, D., Prado, E., Costa, J. R., Ferreira, P. C., Seguraço, R. D. S. C. (2020). Vivência do familiar do atendimento de emergência. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35100>

Berça, I. C. F., & Veiga-Branco, M., A. R. (2022). Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco. *Servir*, 2(02), 1-19. <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

Borges, B., Correia, T., & Martins, M. (2023). Intercorrências no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. *Servir*, 2(04), 1–7. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0204.28388>

Brazão, M. D. L., & Baptista, A. M. (2022). Can we really improve emergency services in Portugal? *Lusiadas Scientific Journal*, 7–11. <https://doi.org/10.48687/LSJ.130>

Bruyneel, A., Tack, J., Droguet, M., Maes, J., Wittebole, X., Miranda, D. R., & Pierdomenico, L. D. (2019). Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium. *Journal of Critical Care*, 54, 205–211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31521017/>

Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Emotional support to the family of the critically ill patient: Nursing interventions. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (N.º 20), 129–138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>

Cabrita, C. V., Fernandes, A. D., & Bico, I. M. (2022). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em unidade de cuidados intensivos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 118-139. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).553.118-139](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).553.118-139)

CHUC. (sem data). Enfermeiro ELO-UPCIRA.

CHUC. (2017). Plano de segurança interno: Capítulo IV – Plano de emergência.

CHUC. (2021). Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022. https://www.chuc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/43/2023/09/PDE_2020_22_C13_final.pdf

CHUC. (2022). Relatório e Contas. <https://www.chuc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/43/2023/10/Relat%C3%B3rio-e-Contas-de-2022.pdf>

Circular Informativa n.º 1/2024 de 4 de janeiro (2024). Plano de Contingência para a Resposta Sazonal em Saúde—Módulo de Inverno 2023/2024. ULS Coimbra, (1-2).

Circular Informativa n.º 15/2023 de 2 de março (2023). Reconfiguração funcional do Serviço de Urgência. ULS Coimbra, (1).

Circular Informativa n.º 096/CD/100.20.200 de 13 de maio (2020). Máscaras: Normas aplicáveis e tipologia. Infarmed: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P., (1-3). https://www.infarmed.pt/documents/15786/3464134/M%C3%A1scaras_+normas+aplic%C3%A1veis+e+tipologia/4c57e565-5964-9007-0419-a4dfefabfae3

Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14 de junho (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, (1-4). https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Circular Normativa n.º 11/2022/ACSS de 27 de julho (2022). Termos de referência dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) nos serviços de urgência hospitalares para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas. ACSS, (1-6). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_11_2022.pdf

Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional, (1-11). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>

Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. LIDEL.

Costa, P. (2023). A crise na Saúde em Portugal: Um grito de alerta [Entrevista]. <https://observador.pt/opiniao/a-crise-na-saude-em-portugal-um-grito-de-alerta/>

Coutinho, C. P. (2019). Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. (2.a Edição). Edições Almedina, S.A.

Cunha, P., Lopes, C., & Monteiro, A. P. (2021). Gestão de Conflitos na Saúde—Uma abordagem global sobre os conflitos em contextos de saúde (Factor-Edições de Ciências Sociais Forenses e da Educação).

Decreto Lei n.º 48/95 de 15 de março (1995). Aprova o Código Penal. Diário da República n.º 63/1995, Série I-A (1995-03-15), (1350-1416). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>

Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março. (2018). Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E. Diário da República n.º 43/2011, Série I (2011-03-02), (1274-1277). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I (2018-08-16). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro (2023). Proceda à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República n.º 215/2023, Série I (2023-11-07), (4-20). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Department of Social Sciences. (2019). Qualitative Research Methods. <https://qualitativeresearch.hk/index.php/qualitative-research-methods/focus-group/group-size-number/>

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2014). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. Diário da República n.º 102/2015, Série II (2015-05-27), (13550-13553). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República n.º 187/2021, Série II (2021-09-24), (96-103). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Utentes-2021-2026.pdf>

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.º 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. Diário da República n.º 153/2014, Série II

(2014-08-11), (20673-20678). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho Normativo n.º 11/2002 de 6 de março (2002). Cria o serviço de urgência hospitalar. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B (2002-03-06), (1865-1866). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/typo/11-2002-252420>

Despacho Normativo n.º 13377/2011 de 6 de outubro (2011). Cria a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência e estabelece a respetiva composição. Diário da República n.º 192/2011, Série II (2011-10-06), (39681-39682). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13377-2011-1519937>

Dias, E., Silva, D., Teles, H., Galdino, L., Jesus, C., & Lima, S. (2020). Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: Revisão integrativa. 14(17), 65–76. <file:///C:/Users/CFBap/Downloads/1066-Texto%20do%20artigo-3456-3841-10-20200717.pdf>

Diogo, P. (2019). Sobre as emoções humanas e o cuidar de Enfermagem. *Journal of Nursing Pensar Enfermagem*, 23(2), 1–3. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.158>

Direção-Geral da Saúde. (sem data). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes—Segurança do Utente. <https://notifica.dgs.min-saude.pt/>

Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf

Direção-Geral da Saúde (2009). Carta dos Direitos do Utente Internado. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Utente_Internado.pdf

ECDC (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units—Annual Epidemiological Report for 2017. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-annual-epidemiological-1>

Emmamally, W., & Brysiewicz, P. (2019). Families' perceptions of support from health care professionals in the three emergency departments in KwaZulu Natal, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 10, 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.01.004>

Emmamally, W., Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2020). Describing healthcare providers' perceptions of relational practice with families in the emergency department: A qualitative study. *Curationis*, 43(1), 1–7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v43i1.2155>

Escolari, G. A. D. S., Rissardo, L. K., Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera, V., Lange, C., Salci, M. A., & Carreira, L. (2020). Acolhimento em unidades de pronto atendimento: Percepção de idosos e seus familiares. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10, 1–8. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3726>

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C., French, C., Machado, F., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Dellinger, R. P. (2021). Campanha de Sobrevivência à Sepsis: Diretrizes Internacionais para o Manejo da

Sepe e Choque Séptico 2021. *Society of Critical Care Medicine*, 1–72. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>

Fernandes, C., Neves, E., Ferraz, G., & Temido, P. (2022). Identificação Inequivoca dos Utentes: Pulseiras de Identificação. CHUC.

Fernandes, F. V. E. R., Contente, A. C. C. S., Guerreiro, I. F. R. A., Guerreiro, H. M. J., Gouveia, M. J. B. D. R. D. P., & Melo, M. F. H. P. D. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão E Desenvolvimento*, (29), 465–482. <https://doi.org/10.34632/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2021.10226>

Fernandes, R. C., Prodóssimo, A. F., Prodóssimo, A. F., Carneiro, G. I. B., Pedrassoli, G. H., Bobato, H. R. A., & Ribeiro, E. R. (2022). A relação do Burnout em profissionais de saúde e a segurança do utente: Uma revisão de escopo. *Conjecturas*, 22(11), 11–28. <https://doi.org/10.53660/CONJ-1352-W06>

Fonseca, I., & Leitão, J. (2017). Plano de Emergência Externa dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (N.º 7), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>

Frias, A., & Paiva-Santos, F. (2023). Conceções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (N.º2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22110>

Gabarra, L. M., Ferreira, C. L. B., & Lombardi, P. A. (2020). Implementação da Visita Familiar Ampliada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário. VITTALLE - *Revista de Ciências da Saúde*, 32(2), 131–139. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v32i2.9686>

Gadonski, R. M., De Brum, C. N., Coutinho, T. B., Chiavon, S. D., Lopes, T. N., Zuge, S. S., Lopes, A. L. L., & Dos Santos, E. (2022). Atuação do enfermeiro na comunicação de más notícias relacionada à Síndrome de Down / Nurses' performance in communication of bad news related to Down's Syndrome. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(3), 9901–9912. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-159>

Galvão, J., Rodrigues, M., Sabino, P., & Santos, R. (2022). Influência das dotações seguras de enfermeiros na segurança dos cuidados prestados ao utente: Uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2), 546–556. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4204>

Garcia, I. M. (2022). Notificações de incidentes relacionados à segurança do utente em hospital universitário sentinela. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 21, 1–10. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v21i0.56674>

George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem—Os Fundamentos à prática Profissional (4a Edição). Porto Alegre.

Giraldes, J. M., Silva, R. M. C. R. A., & Pereira, E. R. (2022). Assistência médica humanizada na graduação: Uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 11(10), 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32805>

Gomes, R., Belarmino, A. D. C., Pinho, C. M., Bastos, P. D. O., Cavalcante, A. A. D. N., & Alves, L. C. (2021). Liderança em enfermagem hospitalar: Percepção de enfermeiros gestores. *Research, Society and Development*, 10(9), 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17890>

Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. D. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Goularte, N., Gabarra, M., & Moré, C. L. (2020). A Visita em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Perspectiva da Equipa Multiprofissional. *Revista Psicologia e Saúde.*, 12(1). <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.734>

Grupo Português de Triagem. (2021). Sistema de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

INEM. (2012). Abordagem à Vítima—Manual TAS/TAT (1a Edição). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>

Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: Its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>

IRRAflow. (2024). IRRAflow—The world’s first irrigating intracranial drainage system! <https://irraflow.com/>

Jólluskin, G., & Silva, I. (2021). Gestão de Conflitos na Saúde—A comunicação como prevenção de conflitos em contexto de prestação de cuidados de saúde (Pactor-Edições de Ciências Sociais Forenses e da Educação).

Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: Revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12 (2), 5–11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>

Junior, R. L. B., Dias, L. F. R., & Pelli, A. (2021). Poluição sonora, legislação pertinente e estudo de caso / Noise pollution, relevant legislation and case study. *Brazilian Journal of Animal and Environmental Research*, 4(2), 2637–2651. <https://doi.org/10.34188/bjaerv4n2-088>

Lei n.º 15/2014 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, n.o 57 (21-03-2014), (2127-2131). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (2009). Reconhece e garante o direito de acompanhamento a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República* n.o 134/2009, Série I (2009-07-14), (4467). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/07/13400/0446704467.pdf>

Lei n.º 67/98 de 26 de outubro. (1998). Lei da Protecção de Dados Pessoais. Diário da República n.º 247/1998, Série I-A (1998-10-26), (01-28). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1998-34450175>

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181/2015, Série I (2015-09-16), (8059-8105). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lima, E., Lessa, I. L. P., Neto, J. L. dos S., & Xavier, F. T. (2020). Interface entre humanização e ambiência à luz da teoria de Peplau. *GEP News* 1(1), 104–112. <file:///C:/Users/CFBap/Downloads/12194-Texto%20do%20Artigo-45792-1-10-20210427.pdf>

Lima, J. D. S. D., Bacelar, N. D., Oliveira, G. D. S., Júnior, W. C. C., Albuquerque, A. C. A. D., Souza, L. R. D. J., Correa, J. N., & Veras, D. D. S. (2022). Técnicas de remoção de secreção em indivíduos adultos submetidos a ventilação mecânica invasiva: Uma revisão integrativa da literatura: Secretion removal techniques in adult individuals undergoing invasive mechanical ventilation: an integrative literature review. *Brazilian Journal of Development*, 8(11), 71303–71316. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n11-036>

Lima, L. N. D., França, E. G. D., Mola, R., Lacerda, L. C. A. D., Neto, L. B. D. L., & Góis, A. R. D. S. (2021). Conflitos na prática profissional em ambientes de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(8), 1–11. <https://doi.org/10.25248/reas.e8273.2021>

Longo, J., Firmino, C., & Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches. (2023). Formação Inicial em Enfermagem: Mudanças curriculares para incrementar as potencialidades da prática. *Revista Lusófona de Educação*, 58, 119–134. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle58.07>

Lopes, V. V., Moura, J. P. D., Silva, J. V. D., & Silva, Á. D. M. E. (2021). Lesões por pressão provocadas por dispositivos médicos em Unidades de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development*, 10(14), 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21737>

Lorena, R. S. S. (2020). Cuidado humanizado nos serviços de urgência/emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde.com*, 15(4), 1619–1628. <https://doi.org/10.22481/rsc.v15i4.4269>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557–578. <https://doi.org/10.34632/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2022.11696>

Lucília, N., & Guida, A. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDDP%20%20_%20vol%20I_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf

Machado, C. S., & Ribeiro, C. M. (2022). Os Cinco Axiomas Conjecturais da Comunicação Aplicados a um Estudo de Caso Clínico. *Pensando Famílias*, 26(1), 245-262. <https://pensandofamilias.domusterapia.com.br/index.php/files/article/view/20/19>

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma Revisão Narrativa. *Servir*, n.º 04, 1–9. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0204.28390>

Marcelino, T., Pontífice-Sousa, P., & Marques, R. (2021). Estratégias promotoras da inteligência emocional nos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25, 25–3. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0288>

Marques, M. S. A. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>

Martins, A., Albuquerque, F. M. L., Dos Santos, M. J. F., De Moraes, G. H. D., Domingos, D., De Melo, B. M. D. S., Feijó, C. K., Da Silva Neto, B. M., Medeiros, N. D. S., Mattos, M. L. F. R., Lima, M. W. H., Da Silva, M. N. P., & Da Silva, M. R. (2024). Prevenção e controle de infecções hospitalares no contexto e situações de trauma e emergência. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(1), 2563–2575. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-151>

Morais, O. M. D., Mata, C., Fernandes, M. D. F., Monteiro, M. D. F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Utente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>

Morsch, C. M. F., Haas, J. S., Plotnick, R., Cavalcanti, T. D. C., Cardoso, P. C., Pilger, T., Silveira, J. T. D., & Thomé, F. S. (2021). Hypothermia related to continuous renal replacement therapy: incidence and associated factors. *Critical Care Science*, 33(1), 111–118. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210012>

Mota, E., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Cuidados de enfermagem forense: Uma análise dos conhecimentos e práticas de enfermeiros portugueses. *Millenium - Journal of Education, Technologies*, 149–160. <https://doi.org/10.29352/MILL029E.25287>

Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (n.º 6), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20114>

NIH. (2024). NIH Stroke Scale. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/02/15/via-verde-coronaria-2/>

Nobre, R. A. S., Rocha, H. M. D. N., Santos, F. D. J., Dos Santos, A. D., De Mendonça, R. G., & De Menezes, A. F. (2019). Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em diferentes tipos de UTI's: uma revisão integrative. *Enfermería Global*, 18(4), 485–528. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201>

Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (08-02-2017), (1-8). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro (2018). Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (09-01-2018), (1-23). <https://normas.dgs.min->

saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/

Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (16-10-2019). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Norma n.º 010/2016 atualizada a 16 de maio (2017). Via Verde Sépsis no Adulto. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (30-09-2016), (1-27). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>

Norma n.º 012/2022 de 12 de novembro (2022). Via Verde do Trauma no Adulto. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (12-11-2022), (1-37). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/11/18/via-verde-do-trauma-no-adulto/>

Norma n.º 017/2011 de 19 de maio (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (19-05-2011), (1-10). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DG_S_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Norma n.º 018/2014 de 9 de dezembro (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (09-12-2014), (1-24). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (29-08-2022), (1-18). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Norma n.º 020/2014 de 30 de dezembro (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (30-12-2014), (1-8). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/30/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes/>

Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (17-11-2022), (1-23). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (29-08-2022), (1-26). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-o-cateter-vascular-central.pdf>

saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/

Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (31-10-2013), (1-26). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001. Passagem de turno junto aos utentes, em enfermarias. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. (1-16). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008a). Dia Internacional da Família—Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>

Ordem dos Enfermeiros. (2008b). DOR - Guia Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros – Junho de 2008). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2—CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - do original.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Parecer CJ 153/2013. Comunicação de óbito aos familiares dos utentes. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_ComunicacaoMorte.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (1-38). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer Conjunto N.º 01/2017. Atribuição de responsável de turno. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência

Ordem dos Enfermeiros. (2017c). Parecer N.º 09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017d). Parecer N.º 10/2017. Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. (1-4). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Parecer N.º 14/2018. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação—Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Parecer N.º 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. (1-4). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir”. (1–41). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2020a). Parecer N.º 07/2020. Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica. (1-4). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA-07_ce_27022020_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020b, setembro 4). Dia Internacional da Literacia. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dia-internacional-da-literacia/#:~:text=A%20baixa%20Literacia%20em%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9%20um%20fator,individuais%20e%20familiares%20preventivas%20no%20campo%20da%20sa%C3%BAde.>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Enfermeiros: Uma Voz para Liderar—Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Os nossos enfermeiros. O nosso futuro. Valorizar, proteger, respeitar e investir nos nossos enfermeiros para um futuro sustentável na enfermagem e nos cuidados de saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28831/kit-die-2023.pdf>

Ordem dos Médicos. (2023). Transporte de Utentes Críticos: Recomendações. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Utente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Orientação n. 007/2010 de 6 de outubro (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na

Saúde (06-10-2010), (1-125). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos utentes em instituições de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (23-05-2011), (1-3). <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-utentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-utentes.aspx>

Orientação n.º 21/2011 de 6 de junho (2011). Prevenção de comportamentos dos utentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (06-06-2011). <https://normas.dgs.min-saude.pt/>

Osugui, D. M., Henriques, S. H., Rezende Dázio, E. M., Rodrigues Resck, Z. M., Leal, L. A., & Sanches, R. S. (2020). Negociação de conflitos como competência do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-11. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36035>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência - medicina intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., Coutinho, P., & Esteves, F. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Rede+de+Referencia%C3%A7%C3%A3o+de+Medicina+Intensiva#ip=1>

Paixão, Q. L., Alves Nunes Oliveira, M., Guedes Fontoura, E., & Santana Freitas, K. (2019). Dilemas éticos no fazer/agir do enfermeiro diante da parada cardiorrespiratória em terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, 1-9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27920>

Passos, P. S., & Fiorini, A. C. (2022). Percepção do ruído e seus efeitos em funcionários de um hospital universitário. *Research, Society and Development*, 11(2), 1–12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25998>

Penedo, J. M. V. S., Ribeiro, A. A. B., Lopes, H. A. R. C., Pimentel, J. M. P., Pedrosa, J. A. G. P., Sá, R. A. M., & Moreno, R. P. J. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Pimenta, S., Roque, A., Fonnegra, J., & Martinho, T. (2021). Efeitos Extra-Auditivos do Ruído na Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.31252/RPSO.17.04.2021>

Polít, D. F., & Beck, C. T. (2019). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem (9.ª Edição). Artmed Editora LTDA.

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção-Geral da Saúde, 1–37. <https://www.arscentro.min->

saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf

Proteção Civil, & Agência Portuguesa do Ambiente (2016). PEIS - Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado. <https://prociv.gov.pt/media/02ilknc0/guia-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-emergencia-interno-simplificado.pdf>

Rasouli, H. R., Esfahani, A. A., Nobakht, M., Eskandari, M., Goodarzi, H., & Farajzadeh, M. A. (2019). Outcomes of crowding in emergency departments; a systematic review. *Arch Acad Emerg Med*, 7 (1), 1–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785211/>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, n.o 26 (06-02-2019), (4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (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 pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II série, n.o 135 (16-07-2018), (19359-19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Regulamento n.º 556/2017 de 17 de outubro (2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Diário da República, II série, n.o 200 (17-10-2017), (23636-23638). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/10/200000000/2363623638.pdf>

Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho (2022b). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República n.o 131/2022, Série II (2022-07-08), (179-182). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Regulamento n.º 656/2021 de 16 julho (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.o 137/2021, Série II, n.o 137 (2021-07-16), (173-191). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23269/regulamento-forma%C3%A7%C3%A3o-profissional_oe.pdf

Regulamento n.º 728/2021 de 5 de agosto (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República n.o 151/2021, Série II (2021-08-05), (173-188). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23526/regulamento_7282021.pdf

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.o 184/2019, Série II (2019-09-25), (128-155). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rodrigues, A., Gonzaléz, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: percepção dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 31–41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>

Sá, F., & Velez, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (N.º 8), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>

Sá, P., Costa, A. P., & Moreira, A. (2021). Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: Recolha de dados (1ª edição-março 2021, Vol. 2). Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/30772>

Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. D. F. P., Moura, A. A. D., & Zanetti, A. C. B. (2018). Standard operational protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

Sanches, S. F. D., Gaio, M. C., Sanches, S., José, H., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2021). Gestão do processo de mudança nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 29, 483-504. <https://doi.org/10.34632/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2021.10227>

Santos, K. C. B. D., Cavalcante, T. B., Ribeiro, A. S. F., Alencar, T. R. G., Fontenele, A. M. D. M., & Santos, D. M. A. D. (2019). Implantação do modelo enfermeiro de referência em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(1), 268–274. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a236542p268-274-2019>

Santos, M. G. D. (2022). Atualizações da avaliação hemodinâmica do utente crítico em UTI: updates on the hemodynamic assessment of the critical patient in the ICU. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(6), 23363–23370. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-123>

Sbordoni, E. D. C., Madaloni, P. N., Oliveria, G. S. D., Fogliano, R. R. F., Neves, V. R., & Balsanelli, A. P. (2020). Strategies used by nurses for conflict mediation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0894>

Sequeira, N., Pimenta, M., Filipe, N. G., & Reis, S. I. (2022). Prevenção de quedas em meio hospitalar. CHUC.

Sérgio, M., & Sónia, B. (2022). Plano de Integração para Estudantes de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. CHUC.

Serrano, S., & Saldanha, E. (2018). Manual de apoio à elaboração de planos de emergência externos (Autoridade Nacional de Proteção Civil / Direção Nacional de Planeamento de Emergência).

Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *New Trends in Qualitative Research*, 13, 1–9. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>

Silva, A. M. M. (2018). A importância da comunicação em enfermagem em situação crítica e paliativa [Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>

Silva, D. P. da, Dias, E. S., Teles, H. C. C., Galdino, L. P., Jesus, C. V. F. de, & Lima, S. O. (2020). Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 14(17), 64–76.

<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1066>

Silva, K. B., Lemos, F. A., Campos, C. C. D., & Gomes, B. F. (2021). Conhecimento dos enfermeiros intensivistas de um hospital público sobre despertar diário: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(12), 1–6. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20477>

Silva, L. A., Pacheco, E. I. H., & Dadalto, L. (2021). Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética*, 29(4), 798–805. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294513>

Silva, M. (2017). Comparação de Modelos de Previsão de Chegada de Utentes ao Serviço de Urgência [Dissertação de Mestrado em Engenharia de Sistemas]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/46536>

Silva, P. H., Vieira, F. A., Silva Filho, H. B., & Amâncio, N. D. F. G. (2023). Prevalência de delirium na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital público de Minas Gerais. *Research, Society and Development*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.38812>

Silva, P. P. M., Santos, I. C., & Ribeiro, L. R. (2023). A síndrome de burnout na enfermagem e sua influência não a sobre qualidade da assistência prestada ao utente em âmbito hospitalar. *Revista ft*, 28, 1–22. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7900071>

Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. D. M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, 1–14. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>

Silva, S. C., Silveira, L. M., Marchi-Alves, L. M., Mendes, I. A. C., & Godoy, S. D. (2019). Real and illusory perceptions of patients in induced coma. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 818–824. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0906>

Simões, J. F. F. L. (2020). Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/22672>

Smith, G. (2021). Health literacy: a nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (N.º 8), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>

SNS. (2021). Via Verde Coronária. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/02/15/via-verde-coronaria-2/>

SNS. (2023). Plano de Reorganização da Rede dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/11/19/plano-de-reorganizacao-da-rede-dos-servicos-de-urgencia-do-servico-nacional-de-saude/>

SNS. (2024). Criação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/02/Comunicado_Comissao-Nacional-de-Humanizacao.pdf

Soares, L. C. B., Oliveira Silva, D., Xavier Pinheiro Da Cunha, J., Da Silva Pires, P., & Vieira Cardoso, L. G. (2022). Pressure injury development and care complexity in patients at

na emergency servisse. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–10.
<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.88123>

Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. D. A. (2019). Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1–10.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>

SPCI. (sem data). Follow-up no Utente Crítico. <https://www.spci.pt/grupos/follow-up-no-utente-critico>.

SPCI. (sem data-b). Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

SPMS. (2017). Plano para realização de exercício. <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Plano-para-Realiza%C3%A7%C3%A3o-de-Exerc%C3%ADcios.pdf>

Tavares, J. P., Fernandes, A. D., & Marques, M. C. (2023). Utente crítico com delirium na unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9, 137–158.
[https://doi.org/10.60468/R.RIASE.2023.9\(2\).596.137-158](https://doi.org/10.60468/R.RIASE.2023.9(2).596.137-158)

Tejero-Aranguren, J., Martin, R. G. M., Poyatos-Aguilera, M. E., Martin, M., Poyatos-Aguilera, M. E., Morales-Galindo, I., Cobos-Vargas, A., & Colmenero, M. (2022). Incidência e fatores de risco associados à síndrome pós-cuidados intensivos em uma coorte de utentes em estado crítico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(3), 380–385.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220224-pt>

Unidade Local de Saúde. (2024a). Comissão da qualidade e segurança do oente. <https://www.chuc.min-saude.pt/servicos/c/comissao-da-qualidade-e-seguranca-do-utente/>

Unidade Local de Saúde. (2024b). Entidade de saúde. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-coimbra/>

Unidade Local de Saúde. (2024c). Missão e valores. <https://www.chuc.min-saude.pt/missao-e-valores/>

Unidade Local de Saúde. (2024d). Notificação cidadão. <https://www.chuc.min-saude.pt/notificacao-cidadao/>

Unidade Local de Saúde. (2024e). Sobre. <https://www.chuc.min-saude.pt/introducao/>

Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295.
<https://doi.org/10.30681/252610105480>

Vilelas, J. (2022). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento (3a Edição). Edições Sílabo, Lda.

WHO. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

WHO. (2023). Sepsis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>

ANEXOS

ANEXO I: ADMISSÃO NO SMI

ADMISSÃO NO SMI	PE-26.02 Próxima Revisão: Junho/2025
Serviço de Medicina Intensiva	Página 5 de 6

Anexo I

**SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA – CHUC
CHECK-LIST DE MATERIAL DA UNIDADE DO DOENTE – PISO +1 E Piso -3**

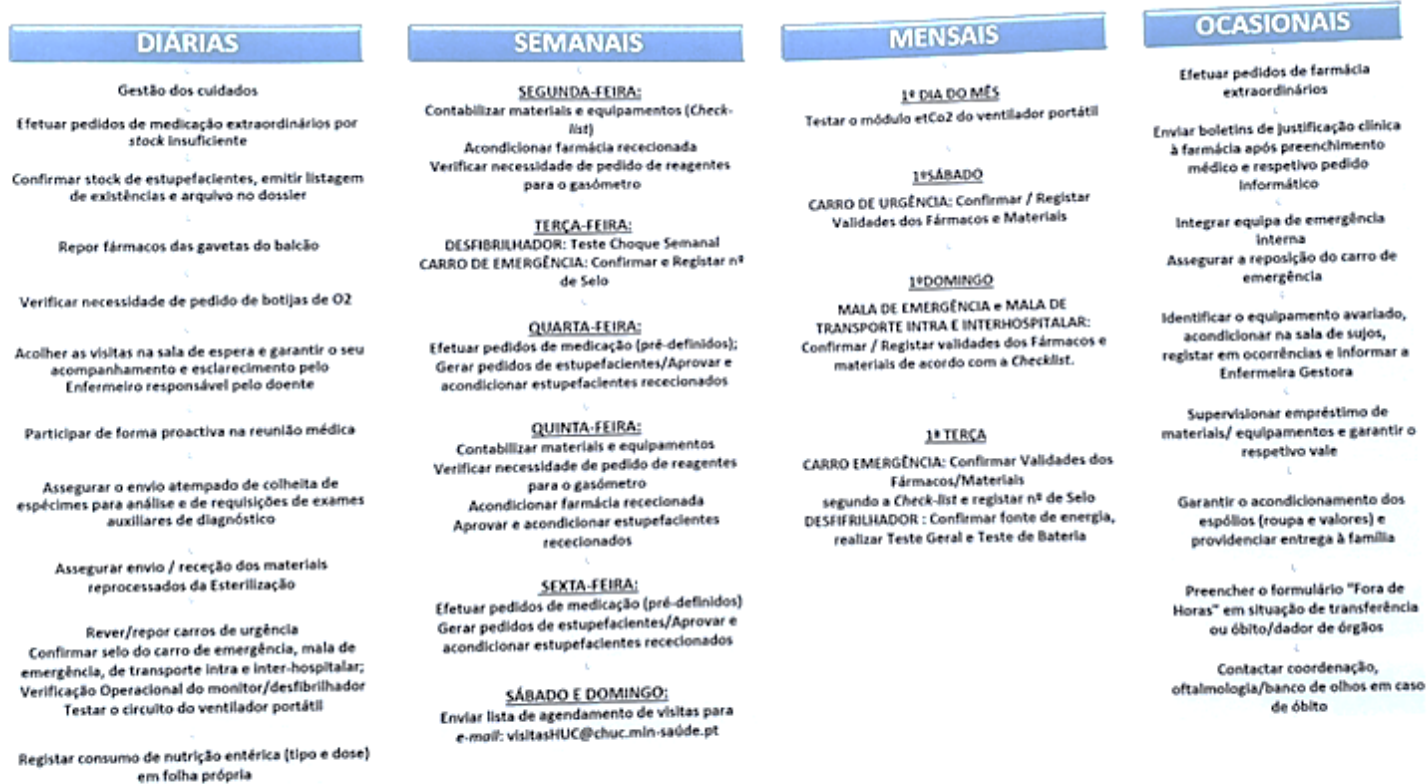
VIA AÉREA/VENTILAÇÃO	QUANTIDADE
Insuflador manual	1
Traqueias do ventilador	1
Balão Teste	1
Espaço morto	1
Filtro bacteriano e humidificador	1
Filtro "Guard"	2
Tube e sonda de O2	
Debitómetro de O2 ou Sistema descartável de água bidestilada (Aquapack)	1
Estetoscópio	
Seringa avaliação de pressão de CUFF	1
Sistema de aspiração: vacuómetro, tubo aspiração, reservatório de H2O, água bidestilada 1000cc (reposto pelo AO)	1
Sondas de aspiração	10
Luvas de palhaço esterilizadas	10
Nebulizador ultrassónico e respectivo cabo	1
NOTA: Garantir teste do ventilador, aspiração e debitómetro funcionantes	
CIRCULAÇÃO	QUANTIDADE
Eléctrodos	10
Braçadeira de tensão arterial	1
Rampa de 3 ou 5 torneiras e suporte	1
Kits: PVC e Linha arterial	1/cada
Manga de Pressão	2
Obturador	1
Torneira 3 vias	1
Soro fisiológico 0,9% - 500 ml (PVC + Linha arterial)	2
Cabos de pressões invasivas	2
Bombas infusoras	4
Seringas perfusoras	4
Maquina glicémia	1
Seringas 2 ml	5
Tiras glicémia	10
Aguihas subcutâneas	5
Desinfetante spray 15ml	1
Kit de colheitas na admissão: (3 Frascos de hemoculturas, 1 extrator de mucosidades/aspirado traqueobrônquico, 1 frasco de urocultura, 1 zaragatoa nasal, 1 zaragatoa retal, 2 seringas de 5ml, 4 seringas de 10ml, 6 agulhas EV, 1 pacote compressas pequenas)	1
Placa hidrocolóide (fixar sensor de linha arterial na região deltóide)	1
NOTA: Colocar Monitor em "Alta" e acondicionar respetivos cabos	
MATERIAL DE HIGIENE (Reposto por Assistente Operacional)	QUANTIDADE
Esponja de higiene oral ou escova de dentes	1
Pente	1
Creme hidratante	1
Copo de plástico	2
Seringas 10 ml e 20 ml	2
Seringa alimentação 50 ml ou 100 ml	1
Compressas Pequenas e Médias	1 Pacotes
Solução oral (cloridrato de benzamina ou gluconato de cloro-hexidina a 0,2% se trauma da face ou doentes portadores de Enterobacteriaceae produtoras de carbapenemases (CPE).)	1

Versão Junho 2022-06-25

**ANEXO II: ESQUEMA DAS RESPONSABILIDADES DO
ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO**

ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO: PERFIL DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES	PE-44.00 Próxima Revisão: Maio/2024
Serviço de Medicina Intensiva Polo Hospitalar da Universidade de Coimbra	

ESQUEMA DAS RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO



**ANEXO III: PÓSTER ELABORADO NO ESTÁGIO DE SERVIÇO DE
URGÊNCIA**



Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência

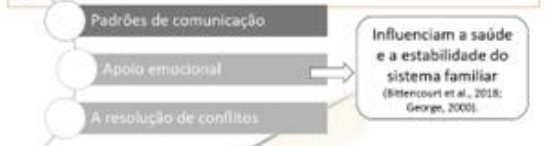
Trabalho realizado por Cátia Filipa Fonseca Baptista (N.º 4397), sob orientação pedagógica da Professora Doutora Fernanda Príncipe e orientação tutorial pela Enfermeira Especialista Ana Almeida no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.
Ano Letivo: 2023/2024

O Serviço de Urgência (SU) é o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde para muitos portugueses. Infelizmente, tem sido cada vez mais utilizado para responder a problemas não urgentes, o que contribui para uma sobrecarga dos SU (Circular Normativa N.º 13/2022/ACSS da Administração Central do Sistema de Saúde, 1.º, 2022).
A falta de planeamento e recurso adequados nos cuidados de saúde primários justifica a ausência de respostas aos portugueses, deixando os hospitais perante uma crise recorrente, apresentando-os como a única resposta em cuidados de saúde 24 horas por dia, 365 dias por ano, o que, inevitavelmente, contribui para uma sobrecarga dos SU (Souza et al., 2019).

De acordo com Peplau (George, 2000) relação interpessoal em enfermagem define-se como interações entre duas ou mais pessoas que compartilham objetivos comuns. Essa relação proporciona o impulso para um processo terapêutico em que o enfermeiro e o doente se respeitam mutuamente como indivíduos, aprendem e crescem a partir desta interação.
Na base para a relação do enfermeiro-doente de acordo com Peplau (Bittencourt et al., 2018; Lima et al., 2020):



A autora Peplau reconheceu a importância da família no processo de cuidados, admitindo que desempenha um papel vital no suporte emocional e prático ao doente. Além disso, enfatizou a importância das relações interpessoais na formação e funcionamento das famílias, através de:



Gerir conflitos é uma competência inerente à função do enfermeiro. Estes são os profissionais que atuam mais próximo dos doentes e como tal, para antever todas as manifestações de um conflito, requer (Souza et al., 2021; Teixeira et al., 2018):



Competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2015) bem como específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018).

Os enfermeiros que exercem funções no SU são os profissionais de saúde que lidam com um maior número de conflitos, comprometendo a relação interpessoal estabelecida e consequentemente o desempenho adequado das suas funções (Alshahry, 2022; Emmameally et al., 2020; Lima et al., 2021).
Conflito em saúde é um termo que se refere a qualquer tipo de conflito que possa surgir na área da saúde.

Os enfermeiros devem, independentemente da sua área de especialidade, ser qualificados e competentes para envolver as famílias em todas as áreas da prática clínica, promovendo a formação e capacitação das famílias para responderem às suas preocupações (Frade et al., 2021).

Referências
Alshahry, A. (2022). O papel do enfermeiro na resolução de conflitos em situações de emergência. *Revista de Enfermagem em Pesquisa*, 15(1), 1-10.
Emmameally, A., & Pringle, M. (2020). *Conflitos em saúde: uma abordagem prática*. Lisboa: Alameda.
Frade, M., & Príncipe, F. (2021). *Conflitos em saúde: uma abordagem prática*. Lisboa: Alameda.
George, J. K. (2000). *Teoria da relação interpessoal em enfermagem*. Lisboa: Alameda.
Lima, M. T., & Príncipe, F. (2020). *Conflitos em saúde: uma abordagem prática*. Lisboa: Alameda.
Peplau, H. E. (1952). *Teoria da relação interpessoal em enfermagem*. Lisboa: Alameda.
Souza, M. T., & Príncipe, F. (2018). *Conflitos em saúde: uma abordagem prática*. Lisboa: Alameda.
Teixeira, M. T., & Príncipe, F. (2018). *Conflitos em saúde: uma abordagem prática*. Lisboa: Alameda.

**ANEXO IV: APRESENTAÇÃO VIA POWER POINT ELABORADO
NO ESTÁGIO EM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

ESS+

Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Medicina Intensiva

Trabalho realizado por Cátia Filipa Fonseca Baptista (N.º 4197)

Orientação pedagógica: Professora Doutora Fernanda Príncipe

Orientação tutorial: Enfermeira Especialista Elisabete Fernandes e Micaela Oliveira


Enfim de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.



Serviço de Medicina Intensiva (SMI):

Os SMI são os locais mais habilitados para assumir toda a responsabilidade do doente com disfunção orgânica, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Lima de Freitas, 2017)


O SMI do Pólo HUC, assume a tipologia:
- Unidade Polivalente – Nível III



O ambiente em SMI é caracterizado por ser uma infraestrutura física adequada, profissionais altamente especializados e avançada tecnologia (Lima de Freitas, 2017)

O viver de uma situação limite, associada ao risco de vida, quer pelo doente, como pela família, é experienciado de forma única (Lima de Freitas, 2017)

A experiência da doença é um processo que impacta toda a família (Lima de Freitas, 2017)



Local crítico

Assistido

Família perante o SMI

Dificuldades em lidar com o seu familiar

Mais

Preocupação


Os cuidados de Enfermagem devem destinar-se não só à Pessoa em Situação Crítica (PSC) mas também à **Família** (Lima de Freitas, 2017)





Quando, a satisfação das necessidades da família constitui um desafio para os enfermeiros, devido a:

- Dotações inadequadas;
- Ausência de recursos físicos;
- Receio de aproximação emocional ao sofrimento da família;
- Priorização de cuidados à PSC;
- Reduzida formação;
- Conflitos intrapessoais na resposta a elevadas expectativas;
- Desconhecimento das necessidades da família da PSC (Lima de Freitas, 2017)

Conflitos entre Enfermeiro e Familiar (Lima de Freitas, 2017)



Assim, os Enfermeiros em SMI devem possuir competências na gestão de comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de grande complexidade do seu estado de saúde (Lima de Freitas, 2017)



Intervenções de Enfermagem:

- 1. Estabelecer uma relação empática com a família;
- 2. Comunicar de forma clara e acessível fornecendo informações reais, completas e honestas;
- 3. Demonstrar disponibilidade para receber e esclarecer a família;
- 4. Promover um ambiente confortável e privado;
- 5. Demonstrar empatia, respeito e sensibilidade, bem como apoio emocional e espiritual;
- 6. Incluir a família nos cuidados;
- 7. Promover a comunicação da família com o médico.

Com estas intervenções, a satisfação dos familiares da PSC em SMI vai aumentar.

André T. & Pedro A. 2022. Cábene et al. 2020


Na base destas intervenções encontra-se a **Teoria da Relação Interpessoal de Peplau** (Owen, 2020)

↓

Interação entre duas ou mais pessoas que compartilham objetivos comuns, o que proporciona o impulso para um processo terapêutico em que o enfermeiro e o doente se respeitam mutuamente como indivíduos, aprendem e crescem a partir desta interação.


↓

Essa relação é essencial para a prática de cuidados de enfermagem efetivos e humanizados (Owen et al. 2016 Gomes et al. 2020)



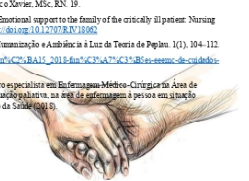
Concluindo,

O relacionamento interpessoal é fundamental para estabelecer vínculos de confiança, reduzir a ansiedade e promover a participação ativa da família na tomada de decisões. É importante que haja menção a diagnósticos ou intervenções de enfermagem voltadas para as necessidades familiares no processo da PSC.




Bibliografia:

- André, T. & Pedro, A. (2022). INTERVENÇÕES QUE PROMOVEM O INCREMENTO DA SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA EM UCI. *Revista Integrativa: Revista Inter-Acadêmica de Saúde e Desenvolvimento*, 7(3), 374. <https://doi.org/10.24090/ri.v7i3.4813>
- Bercollis, R. D. A., & Sgarbato, B. L. (2020). Cuidado centrado em pacientes e familiares em terapia intensiva. *Research, Society and Development*, 9(8), e55994-600. <https://doi.org/10.33428/r2d.v9i8.4800>
- Birmaher, M., Merzari, M., & Barros, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 127-132. <https://doi.org/10.12707/RV18032>
- Bordalo, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2019). *Enfermagem*. Hospital São Francisco e Xavier. MSc. RN. 19
- Cabene, D. Da Faria, C., De Moraes, M., Pereira, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Emotional support to the family of the critically ill patient: Nursing interventions. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(20), 129-138. <https://doi.org/10.12707/RV18062>
- Lima, E., Lessa, I. L. P., Neto, J. L. dos S., & Xavier, F. T. (2020). Interface entre Humanização e Ambiência à Luz da Teoria de Peplau. 1(1), 104-112.
- Paes et al. 15/2018 (2018). https://www.codeseenfermagem.org.br/revista/3264/pesquisa-cit%20RA15_2018-fun%20a%20C1%20Bases-teoricas-de-cuidado-2018-03-25-2018-03-25.pdf
- Regulamento Nº 420/2018 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 pessoa em situação periparturária e na área de enfermagem à pessoa em situação crítica do Ministério da Saúde (2018). https://www.codeseenfermagem.org.br/revista/3264/pesquisa-cit%20RA15_2018-fun%20a%20C1%20Bases-teoricas-de-cuidado-2018-03-25-2018-03-25.pdf



Obrigado a todos pela atenção!! ☺



**ANEXO V: PÓSTER ELABORADO NO ESTÁGIO EM SERVIÇO DE
MEDICINA INTENSIVA**

**ANEXO VI: *FOCUS GROUP* – GUIÃO ORIENTADOR DA
REUNIÃO**

Focus Group – Guião orientador da reunião

1. Resultante da vossa experiência em Serviço de Urgência, quais os fatores que contribuem para uma boa relação interpessoal com a família dos doentes que se encontram no Serviço de Urgência?
2. Quais as principais dificuldades que sentem ao abordar as famílias dos doentes?
3. Quais as estratégias utilizadas para ultrapassar essas dificuldades?
4. Sendo a presença dos familiares um direito dos doentes presente na Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, considera que a sua presença pode ser fator diferenciador na evolução da relação interpessoal?
5. Consideram pertinente a formação sobre estratégias relacionais dos enfermeiros no Serviço de Urgência?

**ANEXO VII: APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 022/2024	Código: 2024.012	Data: 19 de março 2024
-----------------------------	-------------------------	-------------------------------

Título do estudo de investigação: Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença

Investigador responsável: Cátia Filipa Fonseca Baptista (orientadora: Fernanda Príncipe) **Protocolo (se aplicável):** N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

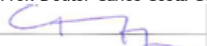
Resumo do Parecer/Recomendações:

Este estudo é importante para a área científica e evidencia os aspetos éticos. Cumpre os requisitos éticos quanto à integridade científica e ética do estudo.

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 19 de março de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
----------------------------------	---



**ANEXO VIII: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo: Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência.

Enquadramento: Os desafios na relação interpessoal com os familiares da pessoa em situação crítica estão inerentes à função diária dos enfermeiros, especialmente dos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência onde, por diversas razões, o desenvolvimento de conflitos enfermeiro-familiar tende a ser maior. Desta forma, é fundamental que estes profissionais de saúde aprimorem competências na antevisão e resolução de conflitos, focando-se no estabelecimento de uma relação profissional-família eficaz, para garantir a prestação de cuidados relevantes e significativos para a pessoa e sua família. Assim, pretende-se, com este estudo, identificar na perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estratégias que utilizam na relação interpessoal com a família da pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência. Será realizado um estudo de natureza qualitativa com recurso à técnica *focus group*. Os dados serão obtidos através de uma discussão orientada, no mês de fevereiro a ser efetuada por videochamada, a enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica e/ou enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica, a exercer funções em Serviço de Urgência, há mais de cinco anos.

Com os resultados obtidos, pretende-se desenvolver estratégias e providenciar novos conhecimentos que incentive a mudanças na prática clínica dos enfermeiros, onde a relação profissional-família esteja em foco, para que culmine numa prestação de cuidados concordantes com os seus valores, necessidades e preferências de forma que possam participar ativamente nas tomadas de decisão e respetivos cuidados.

Explicação do estudo: Será efetuado um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo com recurso à técnica *focus group*. Os participantes serão Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e/ou Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica, a exercer funções em Serviço de Urgência, há mais de cinco anos, convidados pela investigadora principal.

Será efetuada uma discussão orientada com recurso a um guião de discussão pré-definido, contendo questões abertas para dar possibilidade de discussão do tema. A mesma ocorrerá através do agendamento de uma videochamada, numa data compatível a todos os intervenientes. A discussão será conduzida pela investigadora principal e pelo orientador deste projeto de investigação

Os dados serão gravados em formato de áudio e vídeo, após autorização de todos os participantes e, posteriormente, transcrito para formato texto para posterior análise de conteúdo.

¹ http://portal.ansorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte.Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf/edi/2001-01-002A00000140036.pdf>





A participação dos entrevistados será de livre vontade. Será mantido o anonimato, privacidade e confidencialidade dos dados obtidos. Os dados e imagens recolhidas só serão utilizados com o objetivo da realização deste estudo de investigação e serão destruídos após o término do mesmo. O estudo não implica risco para os participantes nem qualquer tipo de custo.

Condições e financiamento: Não estão previstos condições e financiamento para o estudo.

Confidencialidade e anonimato: Será mantida a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

Assinado por: **Cátia Filipa Fonseca Baptista**
Num. de Identificação: 14106863
Data: 2024.01.12 14:50:27+00'00'

Assinatura do investigador: _____



Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE



**ANEXO IX: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA
RECOLHA DE IMAGEM E ÁUDIO**



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA RECOLHA DE IMAGEM E ÁUDIO

Curso: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Tema: Relação interpessoal com a família da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência.

Estudo: Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo com recurso à técnica *focus group*.

Data de Realização: 30/01/2024 às 16h

Eu, _____ (Nome completo), tendo por base os efeitos previstos no artigo 13.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, declaro, de forma irrevogável, que autorizo a Cátia Filipa Fonseca Baptista, investigadora principal, a captação de imagens e /ou som, através do programa *Microsoft Teams*, no âmbito da minha participação no estudo supra mencionado . Mais declaro, irrevogavelmente, autorizar também que as referidas gravações possam ser transcritas para formato texto, ficando, desde já expresso que as mesmas não serão cedidas nem usadas para divulgação, por quaisquer meios ou suportes de comunicação, incluindo nas redes sociais ou institucionais. Deste modo, declaro que, em conformidade com a legislação em vigor e sem prejuízo do direito à honra, intimidade e imagem própria, cedo de forma expressa, gratuita, permanente, incondicional e definitiva todos os direitos emergentes das mencionadas gravações e que em virtude da presente autorização e cedência não me é devida, qualquer remuneração, compensação ou indemnização.

_____, ____/____/____
(Local e data)

(Assinatura)