

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A LONGA E INESPERADA CAMINHADA

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Marisa Esteves Pires

Leiria, março de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A LONGA E INESPERADA CAMINHADA

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

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

Discente: Marisa Esteves Pires nº 5190212

Orientadora: Maria Anjos Dixe

Leiria, março de 2023

“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência.”

(Henry Ford)

AGRADECIMENTOS

De uma longa e inesperada caminhada que dificilmente será esquecida!

É com imenso orgulho que agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente deram o seu contributo para que dia após dia tudo se tornasse mais fácil. No meu coração ficam vivências inesquecíveis e momentos emocionantes de todo um caminho difícil mas muito gratificante. A concretização do presente relatório encerra um percurso, uma senda demorada de múltiplos desafios. Esta trajetória não teria sido possível sem o apoio, a cooperação e ânimo de muitos. Mas é de elementar justiça destacar algumas pessoas.

Grata aos meus pais, pois são a minha força de viver, agradecer-lhes toda a dedicação e todos os valores que me transmitiram! Foram tantos os momentos em que abdicámos de estar juntos, mas lembrei-me sempre do vosso sorriso, carinho e alegria com que sempre lutaram. Jamais deixaram de acreditar no meu sonho e comigo continuam a sonhar. Só vocês sabem o quanto difíceis foram para mim estes últimos dois anos, mas também só vocês tinham a certeza de que os conseguiria superar. Sempre acreditaram, apoiaram, deram-me força e nunca desistiram de mim (nem me deixaram desistir do que quer que fosse)! Este trabalho é para mim mais uma grande vitória e dedico-vo-lo porque, como todas as minhas pequenas vitórias, essas vitórias são tanto minhas quanto vossas. A ti, Raul! Não estando presente fisicamente, estiveste presente no meu pensamento, em todas as viagens e em tantos outros momentos. Permanecerá para sempre a coragem que me transmitiste ao longo da tua vida avô “engenhocas”, e lembrar-me dos teus ensinamentos, foi fundamental nos momentos de maior desânimo. A ti, Pedro! Por todos os momentos de carinho, atenção, incentivo e celebração de pequenos triunfos. Fizeste e fazes parte do meu porto seguro, juntamente com a Mia e o Torrão. Esse porto onde ia buscar força e coragem todos os dias.

Um reconhecimento fundamental aos dois Centros Hospitalares e ao Instituto Nacional de Emergência Médica pela disponibilidade com que me receberam nos Ensinos Clínicos. Nas circunstâncias em que nos encontrávamos, em plena pandemia ou ainda a recuperar, foram momentos de grande incerteza e angústia para todos. Ficará para sempre uma enorme gratidão por me permitirem prosseguir com o plano de estudos, conseguindo assim superar muitos medos advindos das mudanças a que todos fomos sujeitos.

Grata a todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelas suas orientações e sapiência, dois ingredientes valiosos, para que pudesse fazer face aos reveses e manter-me perseverante. Além de todo o apoio prestado, saliento ainda a forma interessada e pertinente como me acompanharam, bem como a confiança no meu trabalho.

Todas as críticas construtivas, as discussões e reflexões foram também de igual modo fundamentais ao longo de todo o percurso.

Grata a todos os restantes profissionais de saúde que me acolheram da melhor forma nas equipas, um ingrediente elementar para que tudo corresse pelo melhor.

Um louvor à Escola Superior de Saúde de Leiria pela enorme capacidade de perceção dos obstáculos a que fomos sujeitos sem contar. Do meu conhecimento nenhuma outra escola demonstrou tanta compreensão, que extraordinário humanismo. Permitiram a realização de todos os estágios em períodos de exceção, sem pressionar a duração dos mesmos, bem como permitiram a mudança da data de término do curso. Fica um enorme respeito e admiração.

De igual modo um agradecimento a todos os professores pelo contributo nos construtos teóricos que adquiri. É de relevante importância realçar a Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pois antes de me candidatar a esta caminhada vários foram os momentos de incerteza em o fazer. A maior dificuldade seria a distância entre a cidade da Guarda e Leiria entre outros fatores que me fizeram ponderar bastante se iria em frente com esta ideia. Porém, bastou um telefonema em que uma voz intensa, assertiva e cativadora me fez de imediato ir em frente cheia de motivação. Uma voz que marca uma identidade, traduz personalidade, que depois se revelou pelas emoções, pela orientação constante, suporte e disponibilidade. Grata por tudo.

Agradecimento especial também aos Professores Sérgio Soares, Carla Damásio e Susana Mendonça por toda a disponibilidade e orientação nos Ensinos Clínicos.

Aos amigos que sempre demonstraram o seu apoio e me deram força e aos meus colegas de trabalho e chefe de serviço João Marques que se mostraram sempre disponíveis auxiliando na gestão da minha vida profissional e académica.

Grata aos meus companheiros de mestrado, pelos momentos de alegria e amizade.

A todos os profissionais de saúde, deixo também um louvor à atuação, perseverança e resiliência nesta pandemia por SARS-CoV-2.

E porque ninguém entra na nossa vida ao acaso agradeço-te a ti, que conheci tão bem, trabalhar contigo foi das melhores coisas que me aconteceram a nível profissional. Grata por tudo o que me ensinaste. Mesmo já tendo partido nunca esquecerei o ser humano extraordinário que sempre foste. Falavas da emergência extra-hospitalar com uma enorme paixão e, durante este percurso, quando me deparava com incertezas e medos lembrava-me da tua calma, coragem e sabedoria.

Eternamente grata, por toda esta longa caminhada.

Obrigada.

RESUMO

Neste relatório descreve-se - Parte I - o percurso dos ensinamentos clínicos, numa análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O Ensino Clínico I foi desenvolvido num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de um Centro Hospitalar da Região Centro, o Ensino Clínico II ocorreu num Serviço de Medicina Intensiva de um Centro Hospitalar e da Região Centro e o Ensino Clínico III no Instituto Nacional de Emergência Médica entre ambulância de Suporte Imediato de Vida e Viatura Médica de Emergência e Reanimação também na Região Centro. O presente relatório espelha as experiências vivenciadas, as intervenções realizadas, através de um método descritivo e reflexivo sobre as mesmas.

A componente de investigação - Parte II - deste relatório consistiu num estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com enfoque transversal, realizado com 54 enfermeiros que exerceram funções num Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade de Saúde Local da Beira Alta de Portugal durante a pandemia por COVID-19, para avaliar os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19.

Este trabalho foi fundamental, pois é importante, uma vez que deu uma maior compreensão do ponto de vista pessoal e profissional dos enfermeiros face à referida situação, o que pode ajudar a identificar como os apoiar no agora, no pós-pandemia, e no futuro.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Fatores de risco psicossociais associados; Enfermeiros; Unidade de Cuidados Intensivos; Pandemia COVID-19.

ABSTRACT

This report describes – Part I - the course of clinical teaching in a critical and reflective analysis of the process of acquisition and development of competencies inherent to the specialized practice in Critical Care Nursing. Clinical Training I was developed in a Medical-Surgical Emergency Service of a Central Region Hospital Center, Clinical Training II took place in an Intensive Care Medicine Service of a Central Region Hospital Center and Clinical Training III took place in the National Institute of Medical Emergency between an Immediate Life Support ambulance and a Medical Vehicle for Emergency and Reanimation, also in the Central Region. This report reflects the experiences lived, the interventions made, through a descriptive and reflective method about them.

The research component - Part II - of this report consisted of a quantitative, descriptive-correlational study, with a cross-sectional focus, conducted with 54 nurses who worked in the Intensive Care Medicine Service of a Local Health Unit in Beira Alta, Portugal during the COVID-19 pandemic, to assess the psychosocial risk factors associated with the nursing professional practice in an Intensive Care Unit during the COVID-19 pandemic.

This work was fundamental, as it gave a greater understanding of the nurses' personal and professional point of view towards this situation, which can help to identify how to support them now, post-pandemic, and in the future.

Keywords: Specialist Nurse; Critically ill Patient; Associated Psychosocial Risk Factors; Nurses; Intensive Care Unit; COVID-19 pandemic.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - *airway; breathing; Circulation; Disability e Exposure*

ACT - Tempo de Coagulação Ativo

APTT - Tempo de Tromboplastina Parcial ativado

BPS - *Behavioural Pain Scale*

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CITTC – Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo

CJ – Conselho Jurisdicional

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COPSOQ II - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*

CPAP - *Continouse Positive Airway Pressure*

CTFP – Contrato de Trabalho da Função Pública

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorpórea

ECMO-VA – ECMO Venó-Arterial

ECMO-VV – ECMO Venó-Venosa

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf. - Enfermeiro

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESS – Escola Superior de Saúde

GHQ-12 - *General Health Questionnaire*

GIF – Gabinete de Informação à Família

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

LPP – Lesões por Pressão

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MEDFRAT - *Memorial Emergency Department Fall–Risk- Assessment Tool*

MRSA - *Staphylococcus aureus resiltente à meticilina*

NAS - *Nursing Activites Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA - Projeto de Aprendizagem

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCR – Paragem Cardio-respiratória
PEEP - Pressão Positiva no Final da Expiração
PIC – Pressão Intracraniana
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
SABA – Solução Antiséptica de BASE Alcoólica
SARS-COV-2 - *Systemic Acute Respiratory Syndrome* - Coronavírus 2
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Ambulância Suporte Imediato de Vida
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SO – Serviço de Observação
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences®*
START - *Simple Triage and Rapid Treatment*
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básica
SMUC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
TAC – Tomografia Computorizada
TISS-28 - *Therapeutic intervention scoring system-28*
TRTS - *Triage Revised Trauma Score*
UC – Unidade Curricular
UOC – Unidade de Observação Cirúrgica
UOM – Unidade de observação Médica
VMER – Viatura Médica de Emergência Médica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	16
1. CARACTERIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONTEXTOS DE EC.....	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA – EC I.....	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA - EC II.....	21
1.3. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – EC III.....	26
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE OS EC.....	37
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	38
2.1.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	38
2.1.2 MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	45
2.1.3 GESTÃO DOS CUIDADOS.....	52
2.1.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	57
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	59
3.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	59
3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	63
3.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.....	66
PARTE II - FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID-19 – ESTUDO DE CASO.....	71
RESUMO.....	71
ABSTRACT.....	72
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	73
2. METODOLOGIA.....	80
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	80
2.2. TIPO DE ESTUDO.....	81
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	81
2.4. INSTRUMENTOS.....	81
2.5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	85
3. RESULTADOS.....	86
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	99
CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Número de itens e subescalas da Versão Curta do COPSOQ.....	85
Tabela 2. Alpha de Cronbach para as dimensões dos fatores de risco psicossocial (COPSOQ) para o presente estudo.....	86
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes em função do género.....	88
Tabela 4. Caracterização socioprofissional dos participantes em função do género	89
Tabela 5. Estatísticas relativas à posição dos inquiridos face à pandemia	90
Tabela 6. Estatísticas relativas às estratégias face à pandemia	91
Tabela 7. Estatísticas relativas aos fatores de risco psicossociais	92
Tabela 8. Relação entre o género, idade e ter companheiro e os fatores de risco psicossociais	94
Tabela 9. Relação entre as variáveis ter filhos e habilitações académicas e os fatores de risco psicossociais.....	95
Tabela 10. Relação entre as variáveis vínculo laboral, acumulação de funções e os fatores de risco psicossociais.....	96
Tabela 11. Relação entre as variáveis tempo de serviço, pertença ao serviço e os fatores de risco psicossociais.....	97
Tabela 12. Relação entre a variável folgas semanais e os fatores de risco psicossociais	98
Tabela 13. Relação entre as variáveis contextuais das condições de trabalho e os fatores de risco psicossociais.....	100
Gráfico 1. Tercis das subescalas dos fatores de risco psicossociais	93

INTRODUÇÃO

A excelência do exercício profissional em enfermagem exige compromisso e dedicação, sendo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Atendendo ao ritmo acelerado com que surgem as inovações e as mudanças do mundo atual, a formação assume um papel fundamental. Cabe a cada enfermeiro no contexto da sua prática, assumir o compromisso da autoformação, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria. Além da presente introdução este relatório é organizado por duas partes, uma primeira parte tem enfoque no Ensino Clínico (EC) I desenvolvido num Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgico de um Centro Hospitalar da Região Centro, no EC II que ocorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar da Região Centro e o EC III que decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) entre ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) também na Região Centro. A segunda parte diz respeito à componente de investigação.

Devido ao momento que vivenciámos da pandemia *Systemic Acute Respiratory Syndrome* – Coronavírus 2 (SARS-COV-2), a qual se iniciou em março de 2020, os EC não se concretizaram conforme o plano escolar. Com todas as interrupções a que fomos submetidos todos os EC foram adiados e apenas se realizaram consoante os campos de estágio que nos o iam permitindo. Também o plano de estudos em relação à componente de investigação foi alterado.

A primeira parte tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo dos EC, que conduziram ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área de Enfermagem à PSC. A metodologia seguida na execução desta primeira parte é a análise (auto) crítica e reflexiva, com uma finalidade construtiva e fundamentada.

A reflexão crítica pressupõe um caminho entre a descrição e a reconstrução da ação. É que refletir sobre a ação implica que se pense sobre a realidade vivenciada *in loco*, tendo

em conta o “aqui e o agora” e os recursos mobilizados. Isto implica analisá-la com base nos conhecimentos, na experiência e na informação para que lhe possa atribuir sentido e alcançar a compreensão da situação propriamente dita, resultando numa reorganização num aprofundamento do conhecimento da minha ação. Esse processo assume-se como a pedra basilar da relação entre a teoria e a prática, o que pressupõe que não posso conhecer sem agir e nem agir sem conhecer.

Tendo em conta as particularidades da PSC, o EEEMC, pelas competências que detém, tem como ação cuidar da PSC e família/cuidador a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como apoiá-los nas suas transições, sempre com um olhar holístico. Neste contexto, faz-se referência a Alaf Meleis (2010), com a sua Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance e específica na Investigação e Prática da Enfermagem, que proporciona uma visão intelectual notável da evolução do conceito de transições da vida de pessoas no mundo e a experiência humana universal das transições que evocam a mudança pessoal e comunitária. De acordo com a autora, a transição ocupa um espaço entre o que se passou antes e o que está a evoluir. As transições podem ser fortalecedoras e produzir crescimento ou podem acabar em auto-diminuição, uma característica que faz das transições um tempo tão crucial para o treino e apoio ao crescimento e à resiliência. Esta teoria oferece um enfoque corretivo que pode enriquecer a compreensão do desenvolvimento, formação, bem como respostas stressantes quer nas mudanças previsíveis, quer nas imprevisíveis na vida humana. A enfermagem preocupa-se com o crescimento e desenvolvimento humano, com a promoção da saúde, com as respostas às exigências da experiência humana de doença e recuperação. Introduce uma visão mais ampla da racionalidade que inclui as relações, as mudanças ao longo do tempo e a pessoa em situações e contextos particulares. Meleis (2010) remete para a mudança significativa na condição de saúde, através da transformação de processos e de papéis, o que poderá acarretar a alteração do comportamento. Neste sentido, a condição da PSC/família/cuidador é, por definição, uma experiência de transição, que Meleis (2010) classifica como complexa e multidimensional. Esta teoria tem relevância para a prática profissional, como futura EEEMC, uma vez que tem ressonância em termos de explicação das experiências do sofrimento psicossocial da PSC/família/cuidador ao longo da transição do binómio saúde/doença e vice-versa, levando a uma postura de proximidade, acompanhamento e apoio. Nesta interação, a PSC/família/cuidador podem encontrar apoio cognitivo e emocional, possibilitando-lhes ter consciência da situação e falar sobre, para que se sintam fortalecidos e confortados.

Na segunda parte, através da realização de um estudo de investigação, avaliam-se os

fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19, sendo que a sua aplicação foi realizada através da aplicação de um questionário. A natureza quantitativa desta investigação resulta do tipo de técnicas de recolha de dados (questionário) e dos objetivos do estudo, sendo os mesmos:

- Avaliar os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19;
- Avaliar a opinião dos enfermeiros relativamente às variáveis contextuais das condições de trabalho associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19
- Determinar a relação de variáveis sociodemográficas e profissionais nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19;
- Determinar a relação das variáveis contextuais das condições de trabalho nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19.

Este estudo quantitativo, descritivo-correlacional foi realizado em enfermeiros que exerceram funções num Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade de Saúde Local da Beira Alta de Portugal durante a pandemia por COVID-19.

Os riscos psicossociais com maior impacto na saúde física e mental dos trabalhadores das diferentes organizações estão relacionados com: tarefas laborais, controlo sobre as tarefas e organização do trabalho e repetição das tarefas, realização de tarefas perigosas, a organização do trabalho, horários de trabalho contínuos e excessivos, horários por turnos, trabalhar com más condições (interrupções, muito barulho, pouca luz, equipamento ou mobiliário desadequado ou perigoso), conflitos e má relação entre os trabalhadores e os diferentes departamentos da organização, falta de oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional, ambiente laboral de conflito, assédio e violência, dificuldade em conciliar os compromissos laborais e familiares, stresse ocupacional (Santos, et al. 2021). De acordo com os mesmos autores, existem diferentes graus de gravidade e tipos de problemas de saúde psicológica, sendo que os mais frequentes são a depressão, a ansiedade e o stresse. Estes riscos traduzem-se num conjunto de consequências nefastas quer para os trabalhadores, tais como, sofrimento pessoal e familiar, doenças físicas (dores musculares e articulares, dores de cabeça, problemas cardiovasculares ou hipertensão), doenças mentais (depressão ou o *burnout*,

perda de salário e gastos de saúde adicionais), assim como também para o empregador e as organizações, desde absentismo, presentismo, diminuição da produtividade e da qualidade do trabalho, conflitos e degradação do clima de trabalho, necessidade de substituir os trabalhadores, custos com despesas de saúde (Santos et al., 2021).

Os riscos psicossociais no trabalho são aspetos da conceção do trabalho e dos contextos sociais, organizacionais e de gestão do trabalho que podem causar danos psicológicos ou físicos. Relacionam-se com o trabalho e encontram-se entre as questões mais desafiadoras na segurança e saúde ocupacional, influenciando significativamente a saúde dos trabalhadores, organizações e economias nacionais. Estes surgem do tipo de trabalho, gestão, organização e contexto social de trabalho pobre, resultando em consequências físicas, psicológicas e sociais adversas, como o stresse relacionado com o trabalho, depressão ou *burnout*. Mais especificamente, os riscos psicossociais estão relacionados com a baixa satisfação no trabalho, problemas de saúde, acidentes de trabalho, stresse e *burnout* (Franklin & Gkiouleka, 2021).

Os riscos psicossociais estão intimamente relacionados com o stresse laboral, que tem sido associado a uma redução na interação social e na capacidade de concentração no trabalho, aumento da dor fisiológica, problemas cardiovasculares e uma maior incidência de doenças mentais, como a depressão e a ansiedade. Os riscos psicossociais que podem agravar o stresse também podem afetar outros aspetos relacionados com o trabalho, como a satisfação e a motivação no trabalho ou *engagement* no trabalho (Nielsen et al., 2019).

Menores condições de trabalho não afetam somente o bem-estar ou a qualidade da vida dos enfermeiros, mas também o seu desempenho e o funcionamento de todo o sistema de saúde (Everhart et al., 2013). Em consonância com estes pressupostos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2020 sugere que se dê prioridade à saúde física e mental e à segurança dos enfermeiros em contexto laboral.

Durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde vivenciaram elevada carga de trabalho e foram expostos a vários stressores psicossociais. O impacto da pandemia não está apenas relacionado com o aumento da sobrecarga de trabalho, mas com o medo de contrair a doença COVID 19 e transmitir aos seus familiares, trabalhar com novos protocolos frequentemente em alteração, utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) limitados e cuidar de doentes infetados. A pandemia exacerbou os stressores nos sistemas ou serviços de saúde, nos quais o esgotamento dos profissionais de saúde em resposta ao stresse no local de trabalho já é uma epidemia (Duarte et al., 2020).

O presente estudo assume-se como um contributo para uma maior sensibilização de toda a comunidade, sobretudo para os órgãos institucionais para que possam dar mais atenção aos enfermeiros em geral e, no caso concreto, aos que exercem em Unidades de Cuidados Intensivos, minimizando-se o impacto psicológico relacionado com o trabalho e proteger a sua saúde física e mental. O Governo deve desenvolver e implementar programas nacionais de saúde e segurança ocupacional, prevenir os fatores de risco psicossociais, melhorar o bem-estar psicológico e proteger contra os riscos físicos e biológicos para cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros.

A enfermagem é reconhecida pela sua capacidade de compreender e cuidar do ser humano em geral, auxiliando-o nas suas questões de saúde. Neste sentido, os enfermeiros a exercerem em cuidados intensivos são profissionais capacitados para atender às necessidades holísticas da pessoa em situação crítica e seus familiares. Além disso, com base nas evidências nacionais e internacionais e tendo em conta que a Enfermagem é uma profissão única na qual a experiência do enfermeiro é o atributo mais significativo do crescimento profissional e do desenvolvimento do conhecimento, como defende Benner (2001), o presente trabalho tem como objetivo avaliar os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19.

O relatório termina com uma breve conclusão.

Como principais guias orientadores deste Relatório temos o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro) e o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC na Área de Enfermagem à PSC (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Este trabalho foi elaborado tendo por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESS Lei, 2018) e as normas para citação e referenciação da *American Psychological Association* edição (2020), 7ª edição.

PARTE I: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONTEXTOS DE EC

De seguida apresenta-se a caracterização dos três contextos onde foram realizados os EC.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA – EC I

O EC I decorreu num Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) de um Centro Hospitalar da Região Centro do país com a supervisão do Professor Sérgio Soares e como docente responsável da UC a Professora Maria Anjos Dixe. Devido à pandemia e ao período de suspensão quer de aulas quer de estágios o EC no SU foi ficando adiado. Foi com extrema dificuldade que se conseguiu encontrar um lugar onde fosse possível realizar este meu processo educacional. Decidi aceitar uma das opções que me foi proposta e iniciei o EC a 06 de outubro de 2020, com o seu término a 11 de dezembro de 2020, composto por 180 horas de contato. Num plano de estudos normal este seria o período do EC II, vi todo um plano em constante mudança e adaptação aos tempos de aflição, desânimo e incerteza.

O SU integra uma Urgência Médico-Cirúrgica (nível II de acolhimento) com VMER integrada e duas Urgências Básicas (nível I de acolhimento), com ambulância SIV integrada, conforme legislação em vigor, ou seja, os Serviços de Urgência Básicos (SUB) “são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (Artigo 3.º Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto de 2014, p. 20673) e o SUMC constituiu-se como “o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SU polivalente as situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência” (Artigo 4.º Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto de 2014, p. 20673).

O SUMC é composto pela Urgência Geral (Médica no piso 2, também neste piso se encontra o Bloco Operatório e a Imagiologia; Urgência Cirúrgica e Ortopédica no piso 7) e Urgência Obstétrica/Ginecológica (piso 5). De referir que a caracterização do SU sofreu alterações estruturais para se adaptar a esta realidade com a qual fomos confrontados a viver, as maiores dizem respeito à mudança da urgência cirúrgica e ortopédica para o piso 7, no local onde esta se encontrava passou a estar a Unidade de Observação Médica (UOM2) para clientes suspeitos ou com infeção por SARS-CoV-2. Não posso deixar de

enaltecer o esforço que toda a equipa fez para conseguir dar resposta a esta pandemia. Um SU em condições normais já se debate diariamente com problemas inerentes ao grande afluxo de doentes, o que por vezes leva a tempos de atendimento superiores à desejável e grande concentração de doentes por área. Este ritmo cria uma exigência muito grande por parte dos profissionais que ali todos os dias trabalham, imaginemos durante uma pandemia. Em conformidade com Martins (2010, p. 25), o SU “é o local onde ocorrem todos os utentes, desde os que têm uma simples síndrome gripal, às situações mais graves e que colocam em risco a vida dos utentes. Com atendimento disponibilizado 24 horas por dia e 7 dias por semana, estes serviços são lugares geradores de stresse por excelência, dadas as suas peculiares características”. Logo, a enfermagem de urgência é “pluridimensional, pois inclui o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem” (Sheehy’s, 2011, p.3).

Em situações normais integravam no SUMC duas unidades de internamento de curta duração: a UOM com capacidade para 12 doentes /2enfermeiros (enf.), e a Unidade de Observação Cirúrgica (UOC) que disponha de 9 camas/2enf., fazia parte também a Sala Laranja 6 doentes/1enf., o Serviço de Observação (SO) com capacidade para 21 doentes/3enf., no SO cirúrgica e ortopedia (sem numero de doentes, conforme os que ficam em observação e os que requerem tratamentos e vão embora) /2enf., triagem e sala de tratamentos/2enf., gabinete de informação à família (GIF) /1enf., sala de emergência/1enf. E ainda 1 enf. Coordenador de turno. A equipa de enfermagem era constituída por 98 enf.,sendo reforçada no mês de novembro para uma maior resposta face à pandemia. Em situações de normalidade eram escalados 15 enf. No período da manhã (8h- 16h30), 15 no período da tarde (16h-24h) e 12 no período da noite (23:30h- 8.30h) mas devido à situação que se vivenciou este número foi aumentado em todos os turnos, conforme as necessidades que o SU apresentou. Este aumento deveu-se principalmente ao elevado número de doentes respiratórios, uma vez que a UOM2 passou para o espaço que pertencia à consulta externa e a capacidade para receber suspeitos/confirmados era bastante grande. Todos os elementos de forma rotativa foram passando pelas diversas áreas de atuação de acordo com distribuição previamente afixada em local próprio. O horário era elaborado pela enf.^a chefe a qual distribuía em todos os turnos um elemento responsável pela coordenação com inúmeras funções de gestão e organização do funcionamento do SU.

Após a inscrição no aplicativo informático: sistema de gestão de doentes, o doente era submetido a uma triagem de prioridades e encaminhado para a área do serviço, conforme o protocolo de encaminhamento médico. Esta triagem era efectuada por um enfermeiro

que possuía competência, com a formação actualizada exigida.

Para quem entrava diretamente na sala de emergência, a admissão administrativa e a subsequente triagem por prioridades eram efetuadas em simultâneo com a prestação de cuidados. De acordo com a situação clínica o doente, após observação médica, poderia ter os seguintes encaminhamentos: tratamentos, exames complementares de diagnóstico, permanência em serviço de observação, internamento num serviço da unidade ou transferência intra ou inter hospitalar. Quando um doente necessitava de ficar internado num serviço ou transferido para outro hospital era tido em conta o procedimento de transferência e transporte interno de doentes. A efetivação do transporte é feita de acordo com o referido procedimento que, por sua vez, se baseia no score da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM & SPCI, 2008). De acordo com o score, é definido o profissional que acompanha o doente – assistente operacional, enfermeiro ou enfermeira, enfermeiro ou enfermeira e médico.

Na zona da triagem, encontrava-se o gabinete de triagem, a sala de espera para doentes que já tinham sido observados pelo médico de clínica geral e que estivessem a aguardar/realizar cuidados de enfermagem, ou a aguardar exames complementares de diagnóstico, e a sala de espera das macas, onde as pessoas se encontravam em maca a aguardar observação médica, havendo ainda dois gabinetes de observação médica.

Os gabinetes 1 e 2 eram para o atendimento de doentes adultos com prioridade não urgente (azul), pouco urgente (verde) ou urgente (amarelo) e de doentes não adultos independentemente da prioridade, por médicos especialistas em medicina geral e familiar ou não especialistas, localizam-se na área de atendimento não diferenciado; No gabinete 4 e 5 era realizado o atendimento de doentes com prioridade urgente (amarelo) ou referenciados ambulatório pela especialidade de medicina interna; Gabinete de cirurgia – atendimento de doentes com prioridade urgente (amarelo) ou referenciados ambulatórios pela especialidade de cirurgia geral; Gabinete de ortopedia – atendimento de doentes pela especialidade de ortopedia; Área Laranja – ocupa 7 postos de atendimento na sala aberta e destina-se ao atendimento de doentes com prioridade muito urgente (laranja) pela especialidade de medicina interna e/ou cirurgia geral. Os doentes que careciam de maior vigilância, cumpriam terapêutica e aguardavam a decisão de encaminhamento clínico nesta área. A sala de emergência – era destinada à reanimação e atendimento de doentes com situação clínica do foro médico ou cirúrgico, em risco de vida. A admissão na sala de emergência era feita a partir da área de triagem, como já referido anteriormente por indicação médica das áreas de atendimento, ou diretamente do exterior por solicitação prévia do INEM. Nestes casos era acionada a campainha que se localizava à

entrada da sala de emergência e a equipa constituída por um enf., um médico e um assistente operacional dirigia-se imediatamente à sala. As salas de emergência e de emergência respiratória situam-se no final do corredor da triagem e dos gabinetes descritos anteriormente. Esta localização da área vermelha facilita o acesso rápido, quer a proveniência seja externa ou interna. Está equipada com 2 unidades, tendo capacidade para atender 2 emergências em simultâneo. Caso ocorresse uma emergência respiratória tínhamos a outra sala para estas situações com capacidade para uma pessoa. O enf. escalado para a sala de emergência era o coordenador de turno e tinha ajuda de um outro colega. Conforme o manual de organização da equipa prestadora de cuidados na sala de emergência devia atuar-se em equipa de forma que as tarefas fossem sendo desenvolvidas em simultâneo; reanimar e estabilizar o doente; atuar por ordem de prioridades; cuidar do doente de forma global e integrada e com sentido humanitário, tendo consciência da angústia vivida pelo doente e familiares ou acompanhantes; preparar o doente e o transporte caso tivesse indicação. A sala de emergência só devia ser utilizada em situações de prioridade emergente ou muito urgente, em doentes com origem do exterior, com acompanhamento de meio pré-hospitalar, caso se justificasse. Devia ser ativada em caso de transporte secundário de doentes críticos com acompanhamento médico. Podendo também ser usada em situações de agravamento de situação clínica de doentes que se encontrassem em qualquer área do SU. A admissão de doentes na sala de emergência respiratória preconiza a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) previstos na prestação de cuidados a doentes suspeitos/confirmados por infeção SARS-CoV-2.

A sala aberta encontrava-se no fim do corredor, e era uma área ampla, destinada a doentes ao cuidado da especialidade de medicina interna, dividida em “área laranja ou área de críticos”, e “área amarela”, consoante a cor de triagem. Existiam ainda duas salas que estavam inativas as quais se destinavam anteriormente à ortopedia (sala de gessos) e à pequena cirurgia que neste momento se mantêm no piso 7.

Continuamente à sala aberta encontrava-se a UOM, e logo a seguir a esta estava a unidade de isolamento de suspeita/confirmados por infeção SARS-CoV-2 a UOM2. Mesmo ao pé da UOM 2 existia um *stock* de todo o material e sempre que era necessário repor ia-se buscar ali, fui diversas vezes lá, para a reposição da sala de emergência. A sala de espera da consulta externa (que foi mobilizada para o piso 10 do hospital), foi adaptada para também receber suspeitos/confirmados por infeção SARS-CoV-2, sempre que as 10 camas da UOM2 não fossem suficientes. Em novembro de 2020 esta sala da consulta externa devido à sua capacidade ser maior e uma vez que se verificou uma

grande afluência de casos respiratórios ficou permanentemente aberta e a UOM2 foi fechada com a intenção da UOC regressar ao piso 2, uma vez que dificulta a gestão, estando no piso 7 bastante distante do restante serviço.

A identificação de casos suspeitos era realizada na triagem - todos os doentes com febre ou queixas/alterações do foro respiratório, eram encaminhados para a UOM2, independentemente do motivo da ida ao SU.

Existiam 3 formas de atribuição dos doentes às especialidades médicas: através da triagem de *manchester*, através do médico de clínica geral, após observação ou através de transferências dos SUB - (vindos do SUB chegam ao SUMC com indicação da especialidade médica a que devem ser dirigidos). De salientar ainda que, nas especialidades de ginecologia, obstetrícia e neonatologia, a triagem ocorreu de igual forma, mas os doentes eram transferidos para as respetivas especialidades, que se localizam no piso 5, e que não fazem parte do SUMC, fazendo parte uma outra equipa. As crianças depois de triadas, eram transferidas para o SUB, onde se localizava a especialidade de Pediatria e o Serviço de Internamento de Pediatria.

O SU disponha ainda de um Gabinete de Informação à Família (GIF), que no momento, face à situação pandémica que nos encontrávamos a viver, funcionava apenas em regime telefónico, das 10h às 22h, diariamente. Um dos enf. do turno (manhã e tarde), ficava sempre escalado para o GIF, recolhendo as informações acerca dos doentes junto dos enf. ou dos médicos responsáveis pelos mesmos, sempre que fosse necessário. Era muito importante pois naquele momento não era permitida a presença do acompanhante e a única maneira de a família se sentir informada e mais “perto” do seu familiar era mesmo através destes telefonemas.

No piso 2 existia ainda o laboratório de análises clínicas, o serviço de radiologia, e a Tomografia Computorizada (TAC). No primeiro dia a TAC não se encontrava a funcionar no local pois estaria a ser substituída de maneira que nos tivemos de deslocar até uma unidade móvel onde estas se realizavam. Os eletrocardiogramas eram realizados pelos técnicos de eletrocardiografia, no espaço físico da urgência.

A equipa de saúde era uma equipa multidisciplinar, constituída por: Médicos; Enf.; Assistentes Operacionais; Administrativos; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Assistentes sociais.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA - EC II

O EC II decorreu no SMI sob a orientação de um EEEMC, supervisão da Professora Carla Damásio e como docente responsável da UC a Professora Maria Anjos Dixe. Realizado num período excecional, permitido pela Escola, decorreu entre os dias 07 de setembro de 2021 e 12 de novembro de 2021, composto por 180 horas de contacto. Também este EC não se concretizou conforme o plano escolar, pois deveria ter decorrido neste mesmo período mas do ano passado. Uma vez que exerço funções no SMI (nível II) da Guarda era meu objetivo conhecer uma realidade diferente e sair da zona de conforto a que estou habituada. Existiam campos de estágio que se encontravam bem mais próximos da cidade onde resido e exerço funções, mas queria experienciar um local com algumas particularidades diferentes. Decidi assim aceitar a oportunidade dada pelo Centro Hospitalar em questão e realizar este EC num SMI de nível III, uma vez que era constituída por uma equipa de enfermagem e médica qualificada, com assistência médica por um intensivista durante 24h, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta à urgência e aos restantes serviços do Hospital e institui controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados intensivos (Penedo et al., 2013).

Dado que o EC decorreu num SMI, torna-se fulcral defini-lo. Assim sendo, de acordo com Pinho (2020), uma unidade de cuidados intensivos define-se como uma unidade hospitalar complexa composta por sistemas de monitorização contínua que recebe doentes potencialmente graves ou descompensados, num ou mais sistemas orgânicos, que têm possibilidade de recuperar com suporte e tratamento intensivo.

A função dos enf. foi sempre importante em toda a criação e evolução da Medicina Intensiva. Os SMI's devem possuir um quadro médico próprio, ser constituído por médicos especialistas em Medicina Intensiva com presença física 24 horas/dia, assumindo a responsabilidade sobre admissões e alta dos doentes, bem como o plano de tratamento, terapêutica e grau de intervenção, não esquecendo articulação com os familiares. Deverá integrar também, enf. formados com as técnicas utilizadas nas unidades, necessárias aos cuidados ao doente crítico – via aérea, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral, monitorização metabólica, diferentes técnicas de substituição renal e eventualmente hepática, membrana de oxigenação extracorpórea, etc. – além dos procedimentos comuns à atividade-base de Enfermagem (Pinho, 2020, pp. 4-5).

O SMI era caracterizado por dois pisos: (1) e (-1). O piso (1) possuía 12 camas e o piso (-1) 8 camas, destinadas a doentes em estado crítico do foro médico, cirúrgico neurológico

e trauma. No piso (1) encontrava-se também o Bloco Operatório, o serviço de Neurologia e o Departamento de Nefrologia, Urologia e Transplantação Renal. No piso (-1) encontrava-se o SU.

O piso (1) apresentava logo à entrada um gabinete de secretaria, ao longo do corredor tinha o gabinete da enf. chefe, gabinetes médicos e outras salas de apoio ao serviço, duas casas de banho, uma sala onde existia diverso material nomeadamente equipamentos de ventilação invasiva (ventiladores de transporte e o específico para a ida à ressonância magnética), de ventilação não invasiva, equipamento para técnicas contínuas de substituição renal entre outros. Existia a sala de sujos, e logo a seguir encontrava-se a porta de entrada/saída dos doentes e saída dos sujos. Ainda antes de entrar na sala aberta onde os doentes estão internados, existia uma copa, uma sala com material esterilizado, uma sala de stock com material diverso e outra com o stock de fármacos. Só depois destas zonas descritas anteriormente é que se entrava na área de internamento com capacidade para admitir 12 doentes. Dessas 12 unidades, duas eram boxes onde as camas e todo o restante equipamento, está delimitado por vidro, não apresentam adufa nem são isolamentos de pressão. Todas as unidades do doente apresentavam do lado direito a área designada à circulação e do lado esquerdo à via aérea devidamente identificadas nas gavetas. Em todas as unidades existia também uma mesa de apoio, com gavetas, uma delas com material de higiene oral. Cada doente estava monitorizado com dois monitores de sinais vitais, um grande visível a uma distância maior e um mais pequeno para quando os doentes eram deslocados a outros lugares com o objetivo de realizar por exemplo exames complementares de diagnóstico, o que nem sempre é um procedimento fácil, dada a dificuldade do doente em sair do serviço, devido aos muitos equipamentos que o têm de acompanhar (Alves, 2021). Na minha opinião este monitor de dimensões reduzidas é muito importante pois além de ocupar pouco espaço, também permitia ter o doente preparado rapidamente. Na unidade 9, uma das boxes descritas anteriormente existia além do já descrito e igual em todas, o equipamento específico para a Oxigenação por Membrana Extracorporeal (ECMO) podendo receber dadores de “coração parado”.

Não existiam cortinas antibacterianas que permitissem a “separação” entre doentes e garantissem a privacidade a qual é muito importante nomeadamente quando estes iniciam desmame de sedação e analgesia e ficavam despertos. Nas unidades de cuidados intensivos existe menor privacidade, uma maior perceção de ruídos e maior risco de infeções associadas aos cuidados de saúde. Assim, como forma de reduzir estas desvantagens, todas as unidades deveriam dispor de cortinas antibacterianas, as quais

devem estar delimitadas no chão por fitas, a fim de criar uma “bolha” individual para cada doente (Teixeira, 2021). A maioria das pessoas pensa que as cortinas dentro de um hospital são um complemento insignificante, cuja única função é separar as áreas de cuidados aos doentes, não é comum que sejam associadas à palavra “antibacteriana”. A presença destas cortinas é suportada por diferentes investigações científicas, uma das quais foi realizada por uma universidade nos Estados Unidos especificamente no Estado de Iowa, o objetivo desse ensaio randomizado e controlado foi avaliar a eficácia das cortinas antibacterianas em 21 unidades de cuidados intensivos. O estudo mostra que as cortinas antibacterianas aumentaram consideravelmente o tempo até a primeira contaminação, em comparação com as cortinas de privacidade padrão feitas principalmente de material de poliéster (Seisamed, 2020).

O artigo 107º - Do respeito pela intimidade explanado no Código Deontológico, publicado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015, p. 85), refere que se deve salvaguardar nas demais situações, na supervisão das tarefas que se delegam, a privacidade e a intimidade da pessoa. Tendo em conta os constrangimentos físicos e por vezes organizacionais do SMI, nem sempre era fácil assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa doente, contudo tive sempre em atenção esta questão.

Durante o EC tentei sempre garantir essas condições, tendo como exemplos: cobrir as partes do corpo que não precisam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado e colocar biombos protegendo o doente. Considero que este meu cuidado pela privacidade e intimidade da pessoa demonstra uma prática crítica e reflexiva na e sobre a prática de cuidados na salvaguarda dos direitos humanos. Quando falamos de privacidade, não falamos apenas do respeito pela privacidade durante a prestação de cuidados ao doente, mas também da segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva, levantam-se outras questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas, bem como à forma como é feita a passagem de turno, apesar de serem consideradas fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

Entre as camas 10 e 11 estava um pequeno *stock* com algum material, onde se encontrava também o cofre dos estupefacientes. Existia também no serviço um carro de emergência, dois de urgência, mala e monitor de transporte, ecógrafo, equipamento para aferição de gases no sangue arterial, eletrólitos e metabolitos, carros de apoio com material diverso (rolo de nastro, de adesivo, EPI's, entre outros). Existia uma *check-list* para avaliação do bom funcionamento de todos os equipamentos (carro de emergência e urgência, desfibriladores, monitores, insufladores manuais e ventiladores). Considero muito positivo este procedimento de forma a não se verificarem falhas no

cuidado/tratamento ao doente.

Fora já da sala dos doentes encontravam-se 4 armários com equipamentos mais específicos, que se mantêm fechados, as chaves permanecem dentro de uma gaveta na sala onde os doentes se encontram e só se utilizavam em situações esporádicas. Juntamente com essas chaves encontravam-se também as chaves do cofre onde estão guardados os estupefacientes.

O piso (-1) dizia respeito a um espaço mais reduzido, com capacidade para 8 camas, contudo existiam duas que se encontram de forma pouco favorável. A cama 14 e a 19 encontravam-se dispostas nos cantos da sala e a parte inferior das camas fica muito próxima das restantes camas ao seu redor. Esta apresentação dificulta ainda mais quer a privacidade do doente quer o controlo de infeção. Neste piso a descrição no que diz respeito a equipamentos e material era idêntica ao referido no piso (1).

Neste piso (-1) existia uma porta para a entrada/saída dos doentes e os sujos tinham o seu circuito separado, saem por outra porta, esta separação de circuitos é importante e não se verificava no piso (1). O circuito utilizado no transporte dos resíduos hospitalares, desde o seu acondicionamento até ao local de recolha, fez-me refletir na importância destes procedimentos para o controlo ambiental e conseqüente controlo de infeção. Permitiu-me avaliar o risco em que incorre o profissional que manipula os sujos e dentro do contexto profissional alertar para a devida proteção individual (Ribeiro, 2017).

A disposição da área de trabalho dos enfermeiros e médicos em ambos os pisos estava, no meu ponto de vista, localizada estrategicamente no centro, permitindo uma visão global dos doentes e respetivas monitorizações. Contudo, a sala de preparação da medicação no caso do piso (-1), apesar de ter um vidro, permitia-nos apenas visualizar parte das camas. Neste sentido, como refere Ribeiro (2017), é fundamental a visualização das camas dos doentes da sala de preparação da medicação. Não existia central de monitorização em nenhum dos pisos para permitir uma visualização de todos os sinais vitais, e se ter a noção do alarme e qual a cama.

Quanto ao método de trabalho era utilizado o método de enf. responsável com a recorrência da cooperação dos cuidados. Este método consiste na distribuição de dois doentes por enf., de acordo com o grau de dependência sendo o enf. responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos. Este método permite uma individualização dos cuidados; uma maior satisfação do doente, pois este sabe qual é o enf. que durante o turno lhe presta todos cuidados, promovendo a relação de confiança. No enf., este método implica um aumento da responsabilidade, provendo uma

melhoria da sua capacidade de tomada de decisão e uma eficaz avaliação global dos cuidados de enfermagem. Este método está em conformidade com o referido na literatura, segundo a qual, a prestação dos cuidados de enfermagem no SMI, é realizada em conformidade com o método de trabalho por enf. de referência. Cada doente tem atribuído um enf. de referência, o qual apenas pode ser responsável no máximo por dois doentes. Os enf. de referência são responsáveis por darem respostas às necessidades dos doentes/família, por usarem o processo de enfermagem como forma de prestação de cuidados e por elaborarem o respetivo plano de cuidados. O enf. de referência recebe o doente na unidade e, sempre que possível, acompanha-o no sentido de ter um melhor conhecimento sobre toda a situação do doente, estabelecendo uma boa relação com ele e para poder transmitir as informações mais precisas ao doente/família (Pinho, 2020).

A equipa de enfermagem tinha em cada turno um enf. coordenador, que proporcionava quer à equipa de enfermagem quer às assistentes operacionais condições que davam resposta às suas necessidades. Este enf. era designado pela enf. chefe, e competia a este também distribuir os enf. pelos doentes. Com vista à humanização dos serviços de saúde, no SMI era o enf. coordenador que em cada turno geria e acompanhava os familiares dos doentes durante a visita, dado que eram apenas permitidos 30 minutos de permanência com o familiar e apenas duas visitas. O enfermeiro tem um papel preponderante no acolhimento, integração e acompanhamento da família ou pessoa de referência (Pinho, 2020). Em tempo de pandemia também as visitas foram sujeitas a restrições.

Em cada piso e no turno da manhã e da tarde existia um enf. especialista em enfermagem de reabilitação, que promovia a aplicabilidade de programas de reabilitação. Era notória a preocupação destes profissionais nesta unidade em conservar as capacidades existentes do doente, prevenir complicações futuras melhorando a funcionalidade. Contribuíam para a melhoria da função cardiorrespiratória com vista a reduzir o tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos e reduzir a morbilidade e mortalidade. De acordo com a OE (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, p. 8658), “O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem -lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”. Este profissional de saúde intervém sobretudo “ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidade”, enquadrando-se, assim, naquilo que serão as necessidades

de cuidados de reabilitação da pessoa em situação crítica.

Existia ainda um outro serviço no piso (-3) onde se encontram internados os doentes infetados com COVID-19, a prestar cuidados a estes doentes está a equipa responsável pela ECMO. Neste serviço é frequente a utilização da ECMO Venó-Venosa (ECMO-VV) a estes doentes, com esta patologia. O meu orientador não integrava esta equipa pelo que nunca tive oportunidade de prestar cuidados aqui.

1.3. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – EC III

Este EC também não se concretizou conforme o plano escolar, houve permissão para ser alterado e assim realizou-se antes do EC II – Cuidados Intensivos. Como sabemos as unidades de Cuidados Intensivos perante um agravamento da pandemia passaram momentos menos bons durante os meses de inverno, por experiência própria sei as dificuldades acrescidas que se fizeram sentir. E seria inoportuno realizar este EC II durante uma das fases mais marcante para a história dos Cuidados Intensivos. Neste sentido e perante a oportunidade que o INEM proporcionou deu-se prioridade ao EC III composto por 180 horas de contacto, que se iniciou a 10 de janeiro de 2021. Com os serviços de Cuidados Intensivos a multiplicar ou até triplicar o número de camas é de enaltecer a atitude da Escola Superior de Saúde de Leiria. Sabendo das enormes dificuldades que vivenciámos para conseguir assegurar a prestação de cuidados durante estes meses de maior intensidade da pandemia, foi permitido realizar o EC III durante o tempo necessário para atingir as 180 horas, nunca houve uma data para o seu término. Apesar das 200 horas mensais no meu serviço, consegui o término do EC III a 6 de março de 2021.

Por exigência do INEM o EC realizou-se em percentagens diferentes, nomeadamente 60% em ambulância de SIV sob orientação de dois EEEMC e 40% na VMER sob a orientação também de dois EEEMC.

O local por mim escolhido no início desta nova etapa da minha vida em 2019 foi o Hospital São João – Equipa de Emergência Interna, mas devido à pandemia não foi possível e outra oportunidade surgiu sendo prontamente aceite por mim. Sendo eu da cidade da Guarda e exercendo aqui funções com um horário acrescido entre janeiro e março tive também em conta a distância e foi assim que foi feita a escolha dos locais. Em situações normais nunca me passaria pela cabeça realizar um estágio em ambiente extra-hospitalar, mas perante as adversidades impostas foi mais um desafio que encarei da melhor forma.

O meu primeiro contacto com a realidade de emergência extra-hospitalar foi em meio

VMER, e tanto aqui como na SIV foram-me apresentadas as viaturas e todo o material que elas contêm, bem como as respetivas bases. Quer na VMER quer na SIV foram referidos vários aspetos iniciais, nomeadamente as alterações que a pandemia levou a adotar. Ambas as bases tinham equipamento de telecomunicações composto por rádio da viatura e rádio portátil, os dois em rede fechada com a central do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), um telemóvel e um computador conectado também à central CODU para registo e receção dos dados relativos às ocorrências através da aplicação informática *Inem Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS). Existia em ambas as bases um pequeno *stock* (material e medicação), o material que compõe a ambulância SIV e a VMER era de uma forma geral idêntico.

Na VMER o espaço existente era reduzido e mesmo assim tinha de tudo um pouco. Nos dias em que eu me encontrava a estagiar o dispositivo mecânico de compressão torácica que se encontra em carga no banco de trás era retirado e colocado na mala da viatura para que eu tivesse o lugar livre. Na SIV esse problema não se colocava. Em ambos os meios o material existente era semelhante, a mala médica era composta por, fármacos, fluidos (soros) de emergência, acessórios para preparação e administração. De extrema importância era a presença do monitor desfibrilhador com monitorização de sinais vitais: eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, saturação de oxigénio, tensão arterial e capnografia. Existe um saco de reanimação o qual contém material de entubação endotraqueal, material necessário para assegurar a via aérea, insuflador manual (Ambu®), e material para entubação gástrica. Este material encontra-se disponível em tamanho para adulto e pediátrico. Em ambiente SIV não é permitido o enf. efetuar a entubação endotraqueal, contudo fazem parte do material as máscaras laríngeas que, em caso de necessidade, podem ser utilizadas pelo enf. assegurando a via aérea (INEM, 2020).

Fazia parte um ventilador e aspirador de secreções, ambos portáteis, seringa infusora, garrafas de oxigénio, compartimento frigorífico - necessário à conservação e armazenamento de alguns fármacos (medicamentos) bem como compartimento aquecido – que mantinha soros aquecidos administrados por via endovenosa (para situações de hipotermia). O saco de trauma continha ligaduras, compressas, desinfetantes, soros de lavagem, lençóis estéreis, adesivos, material de imobilização e transporte, talas de imobilização de diversos tamanhos, colete de extração, colares cervicais, plano duro. Existiam ainda sacos de reserva que continham fármacos, fluidos e material diverso de reserva, extintor de fogo, kit de triagem (etiquetas de triagem e registo para situações multivítimas). Com a adaptação à pandemia foi também adicionado um saco com EPI,

com kits já preparados. Apenas na VMER se encontrava o dispositivo mecânico de compressão torácica bem como o sistema portátil de gasometria, eletrólitos e metabólitos no sangue o (EPOC®).

Toda esta caracterização foi fundamental para a concretização de todos os objetivos ao longo do EC bem como o conhecimento da história, competências, missão e valores do INEM.

O INEM é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que prossegue as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro (Plano estratégico INEM 2020/2022).

Ao INEM compete coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), para garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, designadamente através da prestação de socorro no local da ocorrência, do transporte assistido das vítimas para a unidade de saúde adequada e da articulação entre os vários estabelecimentos hospitalares, conforme disposto na Lei Orgânica do INEM, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro.

Tem como missão garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do SIEM, em que baseia a sua visão numa organização inovadora, sustentável e de referência na prestação de cuidados de emergência médica extra-hospitalar, assumindo-se como uma marca de excelência no setor da saúde. Assim apresenta como valores ambição, humanismo, inovação, ética, competência, eficiência e responsabilidade.

São atribuições do INEM, conforme disposto na respetiva lei orgânica referida anteriormente, definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a: prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, na vertente medicalizada e não medicalizada, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência; referenciação e transporte de urgência/emergência; receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; formação em emergência médica; planeamento civil e prevenção; rede de telecomunicações de emergência.

São, ainda, de acordo com o referido decreto-lei, atribuições do INEM: coordenar no MS as atividades conducentes à definição de políticas nos domínios da emergência médica e do transporte de urgência/emergência, assegurar o atendimento, triagem,

aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados; assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas; promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente bem como a sua correta referência e adequação do transporte inter- hospitalar, colaborar com a Direção-Geral da Saúde (DGS) na elaboração de normas de orientação clínica relativas à atividade de emergência médica; definir, planear, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM, incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS); colaborar na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com as Administrações Regionais de Saúde, com a DGS e com a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, no âmbito das respetivas leis reguladoras, orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe, sem prejuízo das atribuições de outras entidades, desenvolver ações de sensibilização e informação dos(as) cidadãos(ãs) no que respeita ao SIEM, definir os critérios e requisitos necessários ao exercício da atividade de transporte de doentes, incluindo os dos respetivos veículos, e proceder ao licenciamento desta atividade e dos veículos a ela afetos, fiscalizar a atividade de transporte de doentes, sem prejuízo da competência sancionatória atribuída a outros organismos, homologar os currículos dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica, assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas e promover a cooperação com as comunidades lusófonas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, sob coordenação da DGS, enquanto entidade responsável pela coordenação da atividade do MS no domínio das relações internacionais; Contribuir, em articulação com a DGS, para a definição e atualização das políticas de planeamento civil de emergência na área da saúde.

A capacidade de resposta adequada, eficaz e em tempo oportuno do sistema de emergência médica, às situações de emergência, é um pressuposto essencial para o funcionamento da cadeia de sobrevivência - estrela da vida da qual fazem parte a deteção: momento em que alguém se apercebe da existência de uma situação em que é necessário socorro, desenvolvendo ações que têm como objetivo evitar o agravamento da situação; alerta: fase em que se contactam os meios de socorro; pré-socorro: conjunto de gestos simples que podem ser concretizados até à chegada de socorro especializado, socorro no local do acidente: início do tratamento efetuado às vítimas, com o objetivo de melhorar o seu estado ou evitar que este se agrave; cuidados durante o transporte:

transporte do doente desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo à vítima a continuação dos cuidados de emergência necessários; transferência e tratamento definitivo: corresponde ao tratamento da vítima no serviço de saúde adequado e pode incluir a intervenção de uma unidade de saúde onde são prestados cuidados de estabilização e a posterior transferência para um hospital onde ocorre o tratamento mais adequado à situação.

De acordo com a organização interna definida nos atuais Estatutos (Portaria nº 158/2012, de 22 de maio), a gestão operacional da atividade do INEM é assegurada pelos seus Serviços Desconcentrados, as Delegações Regionais, nas respetivas áreas geográficas, Norte, Centro e Sul (que engloba as regiões de Lisboa/Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve), em articulação com as restantes Unidades Orgânicas. Ainda de acordo com os Estatutos, o INEM tem os seus Serviços Centrais orientados para três grandes vertentes: a área operacional, a área de apoio e logística e a área de apoio à gestão.

Desde a sua criação, em 1981 (Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto), o INEM trilhou um longo percurso que lhe possibilitou afirmar-se como a instituição nacional de referência na prestação de cuidados de saúde de emergência médica. Em 39 anos, várias foram as etapas que permitiram atingir os objetivos atuais.

Com a criação do INEM, assegurar o funcionamento, no território do continente, de um SIEM, de modo a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, a emergência médica passa a integrar um novo conceito de cuidados de saúde, caracterizados por um conjunto de ações que abrangem os procedimentos na área da saúde efetuados desde o local da ocorrência até ao momento em que se inicia o tratamento das vítimas de acidente ou doença súbita, na unidade de saúde adequada.

O SIEM possui, assim, um caráter pluridisciplinar e define-se como o conjunto de ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, englobando a intervenção ativa, dinâmica e coordenada dos vários componentes da comunidade, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios. O SIEM é constituído por um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM e os Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2013).

Através do SIEM, o INEM começou por assegurar a prestação de cuidados de emergência médica numa primeira fase, através das Ambulâncias de Suporte Básico de

Vida. Esta designação foi evoluindo e hoje são denominadas por Ambulâncias de Emergência Médica, operadas diretamente pelo INEM ou pelos seus parceiros no SIEM (os Postos de Emergência Médica), designadamente Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa.

Estas Ambulâncias destinam-se, essencialmente, à estabilização de doentes que necessitavam de transporte para uma unidade de saúde. A sua tripulação está habilitada com cursos de Tripulante de Ambulância de Socorro, Condução de Emergência e Desfibrilhação Automática Externa (DAE), permitindo a aplicação de medidas de suporte básico de vida e DAE.

Em 1982 o INEM integra na sua missão o apoio a vítimas de intoxicações através do Centro de Informação Antivenenos, criado em 1963 e que até à sua integração no INEM funcionava na esfera privada, apesar de prestar um serviço público. Este centro tem, atualmente, um número específico de atendimento, gratuito desde 1 de julho de 2019, o 800 250 250, funcionando 24 horas por dia, todos os dias do ano.

Nasce também, em 1982, a primeira VMER, trata-se de um meio de emergência médica, altamente diferenciado, de intervenção pré-hospitalar destinada ao acompanhamento do transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente.

Em 2006, o INEM inicia a implementação do projeto de criação das Ambulâncias de SIV. Este tipo de meio de emergência médica destina-se a garantir cuidados de saúde igualmente diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida, cuja tripulação tem a possibilidade de administrar fármacos e realizar atos invasivos, mediante protocolos aplicados sob a orientação médica.

Em 2011 foi iniciado o processo de integração das VMER e das Ambulâncias SIV na rede de serviços de urgência, permitindo a sua gestão conjunta por parte do INEM e dos serviços de urgência hospitalares. Em 2011, o INEM cria o CODU Nacional, colocando um ponto final às diferenças regionais no atendimento das chamadas de emergência 112, e implementa o sistema de fluxos de triagem nos CODU, com o objetivo de priorizar adequadamente as chamadas de emergência recebidas nas centrais médicas do INEM e garantir a uniformidade no seu tratamento. Também, em 2011, é instalado nos meios de emergência do INEM o registo clínico eletrónico.

Segundo o relatório anual integração VMER & SIV 2018 (INEM, 2018), as VMER são tripuladas por um médico e um enf., ambos com formação específica (ministrada pelo INEM) em emergência médica, nomeadamente em suporte avançado de vida e dispõem

de equipamento adequado. As VMER têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência. Trata-se de um meio concebido para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado.

As Ambulâncias SIV são tripuladas por um enf. e um técnico de emergência pré-hospitalar, o primeiro com formação em suporte imediato de vida e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa, dispondo de equipamento de suporte imediato de vida. As Ambulâncias SIV têm como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Em 2011, nos termos do Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro de 2011, foram definidos os meios de emergência pré-hospitalar de suporte avançado e imediato de vida do INEM, que atuam no âmbito do SIEM (as VMER e as Ambulâncias SIV), e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência, nomeadamente a integração das equipas de profissionais de saúde dos meios do INEM, nos serviços de urgência das unidades de saúde que integram estes meios, competindo àqueles serviços de urgência garantir a sua operacionalidade permanente, coordenar as equipas de profissionais e garantir os postos de trabalho das tripulações em integração com a restante equipa do serviço de urgência.

Foi neste sentido que, em 2014, foi publicado o novo Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril, que revogou o anterior Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro. O novo despacho, tal como o anterior, regulamenta a atividade dos meios de emergência pré-hospitalar (VMER e Ambulâncias SIV), veio reforçar a operacionalidade dos referidos meios, vinculando a disponibilidade dos profissionais para assegurar essa mesma operacionalidade das VMER e das Ambulâncias SIV.

Determina ainda a regulamentação desta atividade em que as VMER e as Ambulâncias SIV devem existir na rede articulada de serviços de emergência do SNS consoante os seguintes níveis diferenciados: os serviços de urgência polivalente (SUP) e os serviços de urgências médico-cirúrgicas (SUMC) devem integrar uma VMER e os serviços de urgência básica (SUB) devem integrar uma Ambulância SIV.

A Rede VMER encontra-se estabilizada e implementada em todo o território de Portugal Continental, com 44 VMER em funcionamento: 14 na área de influência da Delegação Regional do Norte; 10 na área de influência da Delegação Regional do Centro; 20 na área

de influência da Delegação Regional do Sul, das quais 17 na Região de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo e 3 na Região do Algarve.

A rede de Ambulâncias SIV, ainda que não se encontre totalmente estabilizada, conta com 39 Ambulâncias SIV em funcionamento que foram sendo implementadas e integradas entre janeiro de 2011 e dezembro 2016: 18 na área de influência da Delegação Regional do Norte; 8 na área de influência da Delegação Regional do Centro; 13 na área de influência da Delegação Regional do Sul, das quais 9 na Região de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo e 4 na Região do Algarve.

Quer as VMER, quer as ambulâncias SIV funcionam 24 horas por dia, todos os dias do ano. Para a integração das VMER e Ambulâncias SIV, foi necessário o INEM ministrar formação a colaboradores das unidades de saúde que integraram cada um dos meios. Esta formação habilitou estes profissionais com conhecimentos e competências em suporte avançado de vida, trauma, transporte de doente crítico, situações de exceção e outras de elevada exigência e complexidade. A rede de urgência/emergência ficou, desta forma, mais capacitada para atuar. As ambulâncias SIV, tal como as VMER, foram direcionadas para o âmbito do doente crítico, para o qual os enf. e os médicos apresentam uma excelente diferenciação.

Por todos estes marcos históricos e toda a evolução a que a emergência pré-hospitalar tem estado sujeita, este é um EC com características muito distintas, desde o empenhamento inicial com que o INEM me acompanhou numa primeira reunião online, na qual abordou de forma geral o SIEM, até mais especificamente aos meios VMER e SIV. Foi realizado um contrato de estágio entre o INEM, a Escola Superior de Saúde de Leiria e eu como 3º outorgante na qualidade de aluna estagiária. De referir que o início do EC estava previsto para dezembro de 2020, mas por motivos de saúde apenas se iniciou em janeiro de 2021. Outra diferença neste tipo de estágio diz respeito ao seguro, de acidentes pessoais, onde se tinha de proceder à marcação dos turnos a realizar com antecedência de pelo menos dois dias. Tendo em conta ainda a pandemia não me foi permitida a presença no CODU, e todas as ocorrências foram descritas em tabela Excel quer para o meio SIV como para o meio VMER onde estava descrito o n.º evento CODU; meio de emergência; missão; natureza da ocorrência; tipo de emergência; circunstância da situação; sexo; idade; antecedentes; terapêutica habitual; avaliação inicial: *airway*; *breathing*; *Circulation*; *Disability* e *Exposure* (ABCDE); procedimentos instituídos; intervenção terapêutica e por fim reavaliação ABCDE.

Na emergência pré-hospitalar temos de estar prontos para enfrentar qualquer tipo de situação. Assim sendo, faço também referência a alguns casos que se encontram no

manual de abordagem à vítima do INEM (INEM, 2012), por exemplo, quando estamos perante uma vítima de violência doméstica não se deve tentar realizar uma avaliação mais profunda de uma suspeita de maus tratos, pois pode estar a condicionar uma avaliação futura bem como a (re)traumatizar a vítima; deve-se, perante uma suspeita de maus tratos, sinalizar de imediato às autoridades competentes (passar esta informação de suspeita ao CODU; se não houver transporte ao hospital, ponderar contacto com a Emergência Social: Linha 144);

Outra situação de exceção é em caso de violação/abuso sexual agressão há menos de 72 horas, onde é essencial a preservação de provas: não lavar as mãos; não lavar os dentes; não mudar de roupa ou, se o fizer, guardar a roupa “usada” num saco de papel; não pentear o cabelo; não tomar banho; não urinar ou defecar; não comer ou beber; não deitar fora o lixo que possa existir em casa. O acondicionamento da roupa é de extrema importância, nunca se deve colocar a roupa em sacos de plástico, pois estes acumulam humidade que pode destruir alguns materiais. Se possível, não dobrar a roupa e cada peça de vestuário deve ser embalada separadamente para manter a sua individualidade e integridade forense. Cada saco, de papel, deve ser devidamente identificado, com o nome do paciente, o seu conteúdo, nome da pessoa que o recolheu, data e hora. Todos os elementos de prova, molhados ou húmidos, devem ser cuidadosamente secos ao ar antes de serem colocados em saco de papel (Viegas, 2014; Gomes, 2014a; Ribeiro, 2016).

Em situações de violação/abuso sexual em crianças deve fazer-se uma avaliação dos indicadores físicos e comportamentais: lesões ou marcas nos genitais externos, vagina ou região anal; sangramento nestas mesmas áreas; lesões na cavidade oral; existência de secreções nos órgãos genitais; alteração de funcionamento dos esfíncteres; relato de dor durante a higiene ou evacuação; comportamento agressivo ou delinquente; confiança a um amigo ou adulto de confiança que não quer voltar para casa; comportamentos de fuga de casa; relato da ofensa por parte da criança; medo dos adultos (principalmente em crianças pequenas); crises histéricas. Com crianças a abordagem deve ir ao encontro da normalização e validação de sentimentos de culpa, vergonha, raiva e nojo do próprio corpo, orientar a rede social para que a criança seja protegida do abusador, adotar uma postura calma e empática explicando à criança que não é culpada e deve ter-se cuidado com o toque porque pode não querer ser tocada, não fazer promessas à criança que não poderão ser cumpridas e, por fim, mostrar emoções positivas pela revelação (Abreu, 2020).

O transporte ao hospital quer destas situações de exceção, quer em todas as situações que envolvam sintomatologia psiquiátrica, o transporte à unidade de saúde mais

adequada (por indicação do CODU) deve decorrer de forma discreta e, sempre que possível, sem sinais sonoros. Mais do que em qualquer outra ocorrência, a passagem de dados ao profissional da unidade de saúde deve ser feita com a máxima descrição, e deve existir a garantia de que a vítima fica em segurança no hospital. Disponibilizar as informações de que dispõe sobre o presumível agressor, para que a vítima possa ser protegida e antes de deixar a vítima, dizer-lhe quem são os técnicos que a irão ajudar e reforce a ideia de que não estará sozinha se resolver aceitar ajuda.

Outro cenário de exceção é a existência de cadáver no local e perante esta situação a primeira ação a tomar é a verificação do óbito. A verificação do óbito pode ser feita de forma automática, se estiverem presentes indicadores de morte evidente (putrefação de cadáver, desfragmentação ou sinais de rigidez cadavérica) ou através de análise e verificação médica de óbito. Caso não seja possível confirmar o óbito, ou seja, não se encontre médico no local, devem de ser iniciadas manobras de reanimação de imediato e contactar o CODU.

Deparamo-nos com um cadáver numa situação que ocorreu em meio SIV, em que fomos ativados para uma ocorrência de paragem cardiorrespiratória (PCR), ao chegarmos ao local (domicílio) o marido da vítima não nos permitiu que realizássemos manobras, percebemos depois que a esposa era doente terminal e já se encontrava em rigidez cadavérica, tendo sido a médica que a seguia em contexto de cuidados paliativos que deu a indicação ao marido para este ligar 112 que iria um médico ao domicílio certificar o óbito. Sendo a SIV o meio diferenciado que se encontrava mais próximo fomos de imediato e ao chegar deparamo-nos com a situação descrita, expliquei que não tínhamos médico presente para o efeito que o marido pretendia. Tentei explicar ao marido que pela lei tínhamos de iniciar manobras, entretanto este chora e manda-nos afastar, dizendo que não pode permitir qualquer manobra. Perante todo este cenário e após vários contactos telefónicos, a médica (cuidados paliativos) responsabilizou-se por certificar o óbito, contactado o médico regulador CODU e a situação ficou resolvida. Tendo em conta a legislação vigente e segundo o Manual Situação de Exceção (INEM, 2012), o procedimento do INEM, perante um cadáver, estando a ambulância no local e se está um médico presente, identificado, que se responsabiliza pela verificação do óbito e pela passagem da respetiva certidão, a ambulância passa a disponível e sai do local. Não estando o médico no local, inicia -se manobras de suporte básico de vida/DAE e contactado CODU. Com a VMER no local o médico da VMER comunica ao CODU os dados do local e da vítima e passa o documento de verificação do óbito. O CODU informa a autoridade da situação e do local.

No caso de ser evidente a presença de cadáver deve ser, o mais possível, preservado o local onde o cadáver se encontra, com um perímetro o mais alargado possível. Deve ser feito o contacto com as autoridades policiais competentes, para que estes tomem conta da ocorrência e sejam iniciadas as diligências de investigação. A manipulação do cadáver deve ser a mínima possível, para evitar a destruição de provas necessárias à investigação das autoridades. Em caso de ser necessário movimentar o cadáver, a sua posição inicial deverá ser indicada posteriormente às autoridades (Viegas, 2014; Gomes, 2014b).

Qualquer manipulação ou destruição de roupas ou objetos, decorrentes da ação de socorro (como, por exemplo, cortar ou rasgar roupas para a aplicação das pás do desfibrilhador) deve ser comunicada às autoridades. No local onde decorre a ação de socorro, deve ser utilizado um “canal” de acesso à vítima, evitando, por exemplo, andar por toda a sala, quarto, espaço. O material que é usado no socorro ou verificação de óbito deve ser identificado como pertença da equipa de Emergência Médica Pré-Hospitalar (Gomes, 2016).

Em casos extremos, onde seja de todo impossível a presença imediata das forças de segurança, e por motivos de razão maior, seja necessário movimentar o cadáver, deve preservar-se as mãos, através da aplicação de sacos de papel, com elástico e, caso seja uma vítima de enforcamento, o laço usado para a ação. Neste caso, a corda deve ser cortada alguns centímetros acima, e não deve ser retirada do pescoço da vítima. Qualquer ação que seja realizada ou movimentação de terceiros em redor do local, deve ser comunicado às autoridades (Viegas, 2014; Gomes, 2016).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE OS EC

Existem inúmeras definições disponíveis para o termo “competência”, embora se adote a definição do *Royal College of Nursing* (2002), segundo o qual competência refere-se às habilidades, conhecimentos, experiências, atributos e comportamentos exigidos por um indivíduo para realizar o trabalho com eficiência. No caso dos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, a aquisição de competências é a pedra basilar para alcançar a perícia. Define-se a perícia clínica como um híbrido de conhecimentos práticos e teóricos, com base em Benner (1984). Os enfermeiros clinicamente peritos distinguem-se dos seus colegas pela sua capacidade intuitiva de tomar decisões clínicas críticas de forma eficiente enquanto apreende o todo de uma situação. Os conhecimentos especializados influenciam o juízo clínico dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de saúde e desenvolve-se quando o enfermeiro testa e aperfeiçoa os conhecimentos teóricos e práticos na realidade das situações clínicas (Benner, 1984).

A experiência e a perícia são conceitos relacionados, mas diferentes. A experiência, segundo Benner (1984), consiste no tempo de prática e autoreflexão que permite que noções e expectativas pré-concebidas sejam confirmadas, refinadas ou desconfirmadas em circunstâncias reais. O simples encontro das condições e situações da PSC não é experiência; pelo contrário, a experiência envolve enfermeiros a refletir sobre as circunstâncias encontradas para refinar a sua tomada de decisão de momento a momento a um nível inconsciente e intuitivo (Benner, 1984).

A experiência é uma condição necessária, mas não suficiente para a especialização e nem todos os enfermeiros com experiência são peritos (Benner, 1984). Por exemplo, Benner (1984) observou que vários anos de trabalho no mesmo serviço ou em situações similares podem criar competência; contudo, a passagem do tempo e a ocorrência de eventos e as interações não conferem automaticamente o estatuto de especialista. Como afirma a autora, existe uma descontinuidade ou um salto entre a perícia e o nível competente e perícia ao nível da proficiência e níveis de peritos. Uma explicação potencial para esta descontinuidade é que os anos de experiência podem proporcionar fluidez e flexibilidade, mas não o complexo pensamento reflexivo que tem de ser uma componente importante dos conhecimentos de enfermagem clínica (Benner, 1984). A autora observou que o desempenho clínico de enfermagem mais qualificado pode ser alcançado num ambiente de apoio, onde a aprendizagem clínica com colegas de todos os níveis de especialização tem lugar. Assim, considero que os EC facilitaram um ambiente de prática profissional, fomentando a autonomia clínica, a oportunidade de partilha de experiências e

conhecimentos com enfermeiros especialistas, que ajudaram a desenvolver competências especializadas, tão fundamentais para a tomada de decisões e ações profissionais na PSC/família/cuidador.

Dado que estamos perante um nível de formação em que deverá ser o formando em parceria com os seus orientadores a traçar o seu percurso formativo, moldando este processo de acordo com os seus objetivos e interesses pessoais, a realização e análise dos objetivos traçados relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista é indispensável. É com base nestes pressupostos que apresento seguidamente uma reflexão sobre a aquisição de competências ao longo da minha prática clínica.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

Tal como se encontra definido na Constituição da República Portuguesa no artigo nº 64, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, e segundo a Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base II alínea a). Devendo o enf. atuar segundo os princípios sociais e éticos que regem a profissão de Enfermagem. Durante os módulos de estágio prestei cuidados às pessoas doentes, de acordo com os princípios éticos e deontológicos definidos pela OE (2015) atendendo às suas necessidades, e respeitando a sua individualidade.

Os enf. são diariamente confrontados com problemas ético-legais, o que pode ser gerador de sentimentos de frustração, angústia e impotência. A constante necessidade de estabelecer prioridades e tomar decisões em situações graves, faz com que o enf., cada vez mais, reflita sobre as suas responsabilidades, dilemas éticos e relacionais. Em termos do Código Deontológico de Enfermagem, definem-se os princípios gerais que regem a enfermagem bem como um conjunto de deveres e direitos do enf. intrínsecos à sua prática profissional. Importa referir que as intervenções de enfermagem prestadas a cada pessoa incluem valores universais, nomeadamente a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, visando sempre o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Como tal, esta competência comum do enf. especialista reflete a sua prática, principalmente no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, indo ao encontro do preconizado pela OE (2022, Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022, p. 180), no seu Artigo 4.º Responsabilidade e autonomia, onde é referido que “o enfermeiro, no

seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico -científica da profissão”.

Durante os EC procurei sempre pautar a minha prática por valores legais, éticos e deontológicos, mantive sempre presente o respeito pelo princípio da autonomia, beneficência e justiça, direitos e deveres dos doentes, bem como pelas normas deontológicas que regem a profissão.

Realizar os EC em três campos distintos permitiu-me adaptar-me a realidades distintas mantendo sempre o foco principal, na PSC/família/cuidador. No que diz respeito ao SU onde o espaço nos parece sempre pequeno para tanta gente é muito difícil manter a privacidade das pessoas. Na medida em que todo o comportamento humano tem o valor de uma mensagem, considereei ser essencial promover a privacidade de todos os doentes e estabelecer uma comunicação efetiva e relação de empatia. Por vezes tomava a decisão de deslocar a maca do doente para um local mais privado, de forma a apropriar as práticas dos cuidados garantindo a segurança, privacidade e dignidade deste. Também no SMI tentei sempre manter estes princípios, foi primordial tomar decisões por exemplo em relação à privacidade, é um serviço que consiste numa unidade aberta onde os doentes, de certo modo, se encontram mais expostos, para permitir uma vigilância e monitorização constante pela equipa. Não existindo cortinas antibacterianas, solicitei sempre biombos e mais lençóis para conferir a maior privacidade possível. No EC III manter a privacidade é ainda mais difícil em meio extra-hospitalar, assim, houve de minha parte uma adaptação aos diferentes contextos com que nos deparávamos todos os dias, primando por uma comunicação assertiva e empática com a PSC/família/cuidador. A capacidade de comunicação tem sido descrita como a mais importante para os enf., de modo a promover cuidados personalizados. É importante que os enf. compreendam os sentimentos, opiniões e experiências das pessoas que cuidam, a fim de avaliar as suas necessidades reais e agir em conformidade, oferecendo cuidados à medida. Alcançar esse objetivo torna necessário o desenvolvimento de competências empáticas. O conceito de empatia é um denominador comum aos enf., pois a abordagem centrada na pessoa para a aceitação incondicional da mesma e a empatia são valores fundamentais na prática profissional dos enf. (Moudatsou et al., 2020). A forma a apropriar as práticas dos cuidados garantindo a segurança, privacidade e, assim, estabelecer uma comunicação efetiva e relação de empatia essencial para conferir dignidade ao doente, estiveram sempre presentes na minha conduta.

Na tomada de decisão em relação à transmissão de notícias más o meu foco era sempre em arranjar condições que permitissem toda a dignidade possível, apesar das

dificuldades. No SU foi particularmente intenso o momento em que comunicámos ao filho o falecimento do seu pai e posteriormente a preocupação foi em fazer essa comunicação à sua mãe. Para cuidar da família, foi necessário encontrar um lugar para manter toda a privacidade, vivenciando assim o processo de luto, além de haver a sensibilidade em perceber como cada um reage perante uma situação de perda. Foi um processo demorado em que não abandonei a esposa, pois encontrava-se bastante doente e fragilizada e com a notícia viveram-se momentos muito complicados. No SU, a comunicação adquire aspetos únicos. A natureza da situação clínica da pessoa resulta num cenário em que a maioria dos encontros entre enf. e PSC ocorre pela primeira vez e onde nenhum deles entra na relação por opção, favorecendo potencialmente a desconfiança ou estereótipos negativos (Toutin-Dias et al., 2016). No SU é frequente estarmos sob pressão e *stresse* para gerirmos situações imprevisíveis, como a comunicação de más notícias, que é um processo deveras complexo, que, no caso, envolveu a díade profissional de saúde/família, sendo um processo influenciado pela própria cognição dos familiares, com experiências anteriores, personalidade, crenças, apoio social, dureza emocional; inclui a dinâmica de interação dentro da própria família e as diferentes necessidades de cada um. Esta é uma atividade que requer perícia, ou seja, conhecimentos e aptidões específicas, bem como tato (Costa, 2014). A ida ao SU pode ser uma experiência negativa, dado que, em alguns casos, a notícia de uma condição clínica grave pode resultar em morte. Esta informação pode levar a sentimentos de abandono, de solidão e perda de controlo por parte da família/cuidador, o que implica conforto e empatia por parte do enf.

No SMI o acolhimento à família é realizado de forma calorosa, iniciando com a apresentação do profissional, mostrando disponibilidade, de forma a facilitar a expressão de emoções e informando do cenário que irá encontrar no primeiro contacto; respondendo a questões de forma segura reduzindo a ansiedade da família e tendo em conta que o excesso de informação poderá ser prejudicial. Foi necessário comunicar notícias menos boas, o que implicou confortar a família, encontrar um lugar para manter toda a privacidade. Relembro o dia 25 de setembro de 2021 em que a filha ao visitar a mãe percebeu que o estado se tinha agravado, juntamente com o facto de a doente ter tossido e a presença do tudo endotraqueal, entrou em pânico. Levei a familiar para fora da unidade, ajudando-a a sentar e conversei com ela. Percebi que esta apresentava um grande sentimento de culpa pois a doente tinha caído em sua casa, e ao ver a mãe mais prostrada ficou bastante perturbada. Foi necessário algum tempo e de palavras que lhe fizessem ver que não tinha de se sentir culpada por algo que poderia ter acontecido em outro lugar. Além da comunicação da informação relativa ao estado de saúde do

doente de forma clara, resumida e compreensível, tem de existir esta sensibilidade na comunicação para dar conforto, aliviando algum sofrimento. A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica é também um elemento importante e esperado por parte do EEEMC (OE, 2017). A OE tem plasmado no Código Deontológico, artigo 105º - Capítulo da deontologia profissional, o dever de informar por parte do enfermeiro, mas com a salvaguarda que a transmissão de informação deverá ser apenas referente aos cuidados de enfermagem prestados (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro).

Respeitei sempre esta segurança na informação transmitida, e assumi sempre uma postura de competência, onde a responsabilidade, assiduidade e pontualidade estiveram presentes. A minha postura não poderia deixar de ser diferente também em meio extra-hospitalar em que crescem ainda mais as dificuldades para a transmissão destas notícias, por norma existem sempre muitas pessoas em redor da vítima, o que torna a situação ainda mais complexa (Mainds et al., 2018).

Foram várias as ocorrências PCR em meio VMER, as quais não foram reversíveis e o médico certificava o óbito no local, estávamos no domicílio das pessoas e compreendi a importância da escolha de palavras simples e honestas utilizadas ao dar a informação do falecimento aos familiares, juntamente com tom de voz e postura adequada, tentando uma abordagem que não dificulte ainda mais o momento que é marcante e ao mesmo tempo permitir que os familiares fiquem bem informados do que aconteceu e esclareçam as suas dúvidas (Oczkowski, Chung & Hanvey, 2016). Deparei-me também com a decisão de suspensão de manobras em paragem cardiorrespiratória (PCR) durante o transporte da vítima, uma vez que não se verificavam condições de segurança (Perkins et al., 2015).

Várias foram as oportunidades de acompanhar diferentes processos de tomada de decisão, nomeadamente na sala de emergência, local onde é essencial que todos os elementos da equipa tenham a capacidade de tomar decisões rapidamente de forma a promover um atendimento sincronizado. Em plena pandemia permitiu-se que uma mãe se despedisse do filho que faleceu na sala de emergência, foram tomadas todas as medidas de proteção e possibilitamos esse momento que para a mãe fazia todo o sentido.

A tomada de decisão muitas vezes prende-se com aquilo que é a vontade do doente estando este na posse plena das suas capacidades mentais. E falando com as pessoas conseguimos desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com estas. A maioria das vezes o não terem alguém significativo com eles desencadeava sentimentos de tristeza e angústia. Claramente existe a necessidade de se dar prioridade

a cuidados de saúde humanizados, facilitadores do acompanhamento de familiares ou pessoas significativas dos doentes que se encontrem no SU, sendo esta uma forma de os tranquilizar (Anguita et al., 2019).

Por outro lado, em qualquer um dos três EC se vai ao encontro do facto de o doente estar, na maioria das vezes, sedado, tornando-o incapaz de exprimir as suas necessidades e fazer tomadas de decisão quanto à sua saúde. Tal situação obriga o enf. a deter uma sensibilidade e a realizar tomadas de decisão respeitando a integridade da pessoa. Face à impossibilidade de comunicação, sobrepõe-se o princípio da beneficência e da não maleficência tendo sempre em consideração o bem maior. Na prática profissional do enf., existem situações em que a PSC está impossibilitada de manifestar o seu consentimento por se encontrarem numa situação de emergência/urgência médica, um momento em que se pressupõe que há um consentimento presumido por parte da PSC, levando o enf. a atuar de forma paternalista, fundamentando a sua conduta no princípio da beneficência e da não maleficência (González-Timoneda et al., 2018).

Por vezes a tomada de decisão incide nas medidas invasivas infrutíferas e que a continuarem iriam apenas prolongar o sofrimento, e é por isso importante saber reconhecer quando devem ser tomadas medidas de conforto possibilitando um fim de vida com dignidade, sem dor.

A dor tem sido referida como uma experiência individual subjetiva e multidimensional, sendo que os “fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11). Como refere Soares (2016, p. 18), “o controlo eficaz da dor é um direito dos doentes que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na humanização das unidades de saúde”. Pude observar e participar também em situações de prestação de cuidados a pessoas em fim de vida e constatei uma grande sensibilidade dos profissionais de enfermagem perante situações em que a perspetiva de cura era nula e a intervenção foi direcionada para o alívio dos sintomas e promoção do conforto à pessoa nos seus últimos dias ou horas de vida. Deste modo, mostrei toda a disponibilidade para ajudar não nos tratamentos para a cura, mas no alívio dos sintomas, de forma a proporcionar-lhe conforto, o que, segundo Kolcaba (2003), se refere a uma experiência imediata de ser fortalecida por ter as necessidades de alívio, facilidade ou transcendência atendidas nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e social da experiência. A mesma autora refere que, neste âmbito, as intervenções de enfermagem visam aumentar o conforto do doente e/ou melhorar os comportamentos desejáveis. Assim, torna-se fundamental que todos os membros da equipa estejam despertos para a

necessidade de conforto, sem nunca esquecerem que o doente não é meramente físico, mas também psicoespiritual. Em qualquer um dos campos de EC se verificou que a tomada de decisão é feita em equipa, em que médicos e enf. partilham informação com o intuito de decidir algumas questões relacionadas com cada um dos doentes, tendo por base valores éticos e deontológicos. No SU uma vítima de queimaduras que deu entrada na sala de emergência no dia 5 de novembro de 2020 trazida pela VMER, 90 anos de idade que apresentava queimaduras em cerca de 40% da superfície corporal e após tentativas de estabilização a tomada de decisão centrou-se no conforto da pessoa. Verifica-se uma preocupação com o pensar e sentir do doente, quando tal é possível, mas também da família/cuidador, assistindo, algumas vezes, a família/cuidador da PSC a ser envolvida na tomada de decisão, como preconizado por Wubben et al. (2021).

Outro momento em que é importante manter a privacidade/confidencialidade é durante a passagem de turno, sendo que esta é um momento crucial para a continuidade dos cuidados, muitos autores, entre eles Klim et al. (2013), segundo os quais, a passagem de turno no SU deve ser realizada junto à cabeceira do doente, de forma estruturada e contendo elementos-chave. No SU a passagem de turno era realizada numa zona central da área de trabalho, permitindo manter a vigilância e salvaguardando um pouco a confidencialidade, pois por vezes o espaço entre macas é muito reduzido. Isto vai ao encontro da recomendação do Conselho Jurisdicional (CJ) da OE que refere que os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, devendo ser sempre acautelado o sigilo das informações transmitidas (CJ, 2001). No SU os doentes estavam acordados e desta forma podiam ter acesso a informação pessoal, íntima e particular de outro doente, caso a passagem se realizasse próxima. No SMI a passagem de turno num primeiro momento era realizada na zona central da área de trabalho, entre todos os enfermeiros e aqui era o coordenador de turno que fazia uma breve referência a todos os doentes e aos aspetos mais importantes do serviço, após este momento a passagem pormenorizada do doente era feita ao fundo da cama de cada um, entre os enf. responsáveis por ele. Permitia manter a vigilância, mas, por outro lado, na minha opinião, quando os doentes estão acordados, por vezes, não se salvaguarda totalmente a confidencialidade, e mesmo os doentes sedados e, em alguns casos, ao acordar contam-nos relatos do que ouviram. Por experiência própria, afirmo que muitas das conversas que temos ao pé de um doente em coma são por eles assimiladas. Reforço que mesmo com doentes muito próximos uns dos outros tentei sempre resguardar a pessoa para que esta se sentisse protegida. O doente “tem direito à preservação da sua privacidade, pelo que na prestação de todo e qualquer cuidado de saúde deve estar implícito o respeito pela salvaguarda da intimidade da pessoa doente”

(Simões, 2014, p. 246).

Relativamente ao meio extra-hospitalar o respeito pela vida humana em qualquer etapa da vida é também um dos valores fundamentais que deverão ser salvaguardados pelos enf. Este imperativo ético torna-se mais evidente quando estamos diante de pessoas vulneráveis, além de estarem doentes ainda se encontram num meio extra hospitalar ou dentro de uma ambulância. Coube-me também neste ambiente transmitir uma prática profissional com responsabilidade bem como exercer a prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

O INEM também tem o seu Código de Ética sendo que os profissionais devem demonstrar um comportamento profissional irrepreensível. Obedecem igualmente a normas gerais e específicas de conduta. Parte da especificidade da sua conduta decorre das relações que se estabelecem com as vítimas em situação de urgência/emergência, que não só impõem um especial dever de sigilo relativamente aos dados privados destas como reclamam um especial cuidado na tomada de decisões, já que estas terão um profundo impacto na sua vida, na sua saúde, no seu bem-estar. Assim procurei sempre pautar a minha prática por valores legais, éticos e deontológicos indo de encontro quer ao preconizado pelo Código Deontológico que rege a minha profissão quer pelo Código de Ética do INEM.

Com frequência tive que assumir algum grau de risco pessoal ao cuidar de vítimas agitadas, não cooperantes, que recusam ser tratados/cuidados ou que são portadores de doenças infetocontagiosas. O respeito pela sua autonomia e a obtenção do seu consentimento, após explicitação dos procedimentos que iam sendo realizados, também estiveram presentes na minha prática de cuidados. Em casos onde não foi possível obter o consentimento informado das vítimas, como nos casos de pessoas inconscientes, sem representante legal presente, ou sem capacidade de entendimento, existiu consentimento presumido. Neste tipo de consentimento prevalece sempre o dever de agir de acordo com o princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, sendo, no entanto, prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou representante legal assim que a mesma se mostre capacitada para decidir, conforme o referido na Norma n.º 015/2013 (DGS, 2013).

Em meio extra-hospitalar deparamo-nos com a falta de privacidade, estamos sujeitos a todo o tipo de observação sendo muito importante que se passe para a população a ideia de que tudo é feito com a maior brevidade. Sempre que tínhamos ocorrências em que era necessário EPI's devido à pandemia atual, demorava-se sempre um pouco mais, pois tínhamos que nos proteger e vestir todo o equipamento, assim sendo optávamos por nos equipar logo na base ao invés de o fazermos ao chegar à vítima. Sempre que possível

mantive da melhor forma a privacidade e sigilo. Neste caso, também o dever do sigilo profissional é colocado em causa. Durante a prestação de cuidados na rua, como muitas vezes acontece, salvaguardar estes deveres/direitos por mais esforços que façamos torna-se complicado na medida em que temos de comunicar entre equipa multidisciplinar de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, mas logo que possível a vítima é transferida para dentro da ambulância com vista a cumprir esses deveres.

Prestar a informação à PSC é um aspeto muito importante no processo do consentimento informado. Antes de se efetuar qualquer procedimento, esta e/ou o seu representante legal devem ser informados, sendo-lhes explicada a necessidade do mesmo, solicitando o seu consentimento expresso, cabendo ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, de forma a explicar todos os meios pelos quais vai ser tratado e os riscos e benefícios dos tratamentos. Ao longo da minha prestação de cuidados à PSC e/ou representante legal, foi sempre preocupação informar o procedimento, sendo explicada a situação e a necessidade da mesma, de forma a obter o consentimento expresso antes de proceder a qualquer técnica. Atendendo a esta transmissão de informação efetiva, tive sempre o cuidado de procurar locais mais resguardados para o poder fazer adequadamente.

No decorrer de todo o meu percurso, analisei e refleti criticamente sobre a minha prática e acerca do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, tendo por base a legislação existente. Assim, posso dizer que tive sempre a preocupação de informar a PSC/família/cuidador de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, na medida em que o consentimento informado não deve ser uma imposição, nem o resultado de uma decisão precipitada.

Em suma, com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio, desenvolvi a competência de tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, demonstrando uma prática que respeitasse os direitos humanos, levando-me a analisar e a interpretar cada situação específica, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes.

2.1.2 Melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e

expetativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). O mesmo despacho refere ainda que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e refletem essa necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 96), “a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde”. Por conseguinte, preconiza que “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua”. Falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados. Cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde. Deste modo, em defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses que necessitam de cuidados de saúde e do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enf., com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido. A dotação adequada de enf. e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Considerando a importância desta matéria, foi divulgado em 2011 o documento “Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência”. Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a submeter à apreciação da Assembleia Geral, ao abrigo das alíneas l) e m) do Artigo 12.º, da alínea b) do número 1 do Artigo 20.º e da alínea o) do Artigo 30.º do Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. De acordo com a OE (2014, p. 6), “a OMS tem alertado para o problema mundial da escassez de enfermeiros e para a necessidade em apostar no crescimento e

fortalecimento deste grupo profissional para não colocar em perigo a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde e a concretização dos objetivos de saúde nacionais e internacionais”. Por conseguinte e tendo em conta que a dotação de enfermeiros está estreitamente ligada “à qualidade dos cuidados prestados e com a segurança do cliente, há que identificar indicadores que facilitem o respetivo cálculo nas organizações” (OE, 2014, p. 6).

A OE (2019, Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, p. 1) preconiza que “a dotação adequada de enf., o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados prestados”. Por tal, e ainda em como plasmado pela mesma entidade, “o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente ou por dia, ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos” (OE, 2019, Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, p. 1). Está internacionalmente ratificado que “a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (OE, 2019, Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, p. 1). No SU, à data de realização do EC, existiam 98 enfermeiros na prestação direta de cuidados, que se encontravam divididos em seis equipas de trabalho. No turno da manhã e tarde eram distribuídos 15 enfermeiros e 12 no turno da noite. A norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem salienta que para os serviços de urgência utiliza-se os postos de trabalho como base de cálculo, sendo necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência (Regulamento nº 743/2019, de 25 de Setembro). A norma em questão faz a salvaguarda de que se deve adaptar este cálculo ao conhecimento casuístico do fluxo de atendimentos, já que o mesmo não transparece a quantidade de trabalho. No SU não existe equipa de transporte, assim sendo, sempre que é necessário o enfermeiro coordenador do turno tem de mobilizar um colega do turno para realizar este transporte. Os doentes que estavam distribuídos a esse enf. são distribuídos a outro colega, ficando este sobrecarregado. Na minha opinião, era benéfica a existência de uma equipa de transportes para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a OE (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro), o cálculo de dotações seguras para as UCI deve ser realizado tendo em conta a tipologia da unidade. Considera-se um rácio de enf.: doente de 1:1, tal não se verificou durante o estágio.

É revelante reiterar que as organizações hospitalares estão num contínuo escrutínio para

melhorar o seu desempenho, o que incluiu o desempenho dos profissionais de saúde, em termos de eficiência, e cada vez mais aposta no desempenho em termos de qualidade e resultados dos cuidados em saúde. Consequentemente, a governação hospitalar está a ampliar a sua orientação em termos de resultados clínicos (Rotar et al., 2016). Para uma melhoria contínua da qualidade várias são as atitudes e comportamentos para os quais devemos estar despertos desde a correta identificação do doente, melhoria da comunicação efetiva, identificação dos medicamentos e a redução do risco de lesões (prevenção de quedas e úlceras de pressão).

Atuei sempre atendendo aos princípios de controlo da infeção e segurança do doente. Essas medidas basearam-se na manutenção da segurança da PSC, pela subida das grades da cama para prevenir quedas, pela prevenção de úlceras de pressão através dos posicionamentos, pelo respeito pelas normas básicas de prevenção do controlo de infeção, como a higienização da mãos, pelo cumprimento das *guidelines* emanadas pela *Centers for Diseases Control and Prevention* relacionadas com os cuidados a ter na introdução e manipulação do cateter urinário, do sistema de drenagem, na fixação da algália como forma de prevenção de infeções associados ao trato urinário (*Centers for Diseases Control and Prevention*, 2009). Relativamente às *guidelines* sobre a prevenção de infeção com os dispositivos intravasculares (*Centers for Diseases Control and Prevention*, 2011), baseei a minha atuação respeitando os princípios de preparação da pele, utilizando a solução de Clorhexidina 2% e álcool isopropílico 70%, na manipulação do cateter venoso central e sistemas de perfusão, usei sempre técnica asséptica, tal como nas colheitas de sangue pela linha arterial, não esquecendo das medidas universais de proteção individual.

Outra preocupação relativa ao controlo de infeção, prendeu-se com as *guidelines* de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva (*Centers for Diseases Control and Prevention*, 2003), existindo um conjunto de medidas como: diminuição de transmissão de microrganismos à pessoa doente pelos profissionais através da higienização das mãos e uso de equipamento proteção individual; diminuição da contaminação associada à manipulação o tubo traqueal através da aspiração das secreções das vias respiratórias; estratégias para prevenção da aspiração atendendo à pressão do *cuff*, posicionamento adequado da cabeceira 30º, monitorização do conteúdo gástrico; diminuição da colonização do trato aerodigestivo, prestando cuidados de higiene oral com Clorhexidina (Matos & Sobral, 2010). A gestão da segurança dos doentes tem sido considerada um fator importante para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo. Muitos países, não sendo Portugal exceção, têm promovido segurança

dos doentes através da implementação de sistemas de acreditação das instituições de saúde (Brás et al., 2020).

No SU o processo clínico do doente encontra-se informatizado, e toda a informação como por exemplo alergias que o doente tenha pode ser consultada. Segundo Queiroz, Schulz e Barbosa (2017, p. 159) a informática na enfermagem oferece melhoria na qualidade da assistência prestada, resultando no desenvolvimento da produtividade, na redução de custos e na diminuição da carga burocrática do enfermeiro. No meu ponto de vista as mudanças tecnológicas são imprescindíveis para a monitorização da qualidade dos cuidados prestados. Estas permitem gerar indicadores de qualidade e quantidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que será cada vez mais essencial para o sucesso, credibilização e valorização da nossa profissão.

No SMI era utilizado o sistema informático “B-Simple®”, este sistema permite-nos ter uma visão global do doente, desde a terapêutica prescrita, os horários e as intervenções a realizar em cada turno. Na minha opinião contribui muito para uma redução de erros. Também na prática clínica cumpro os protocolos do serviço, nomeadamente protocolos de administração de insulino-terapia, administração e desmame de sedação e analgesia, controlo e vigilância da administração de alimentação entérica em perfusão contínua bem como os protocolos elaborados pela comissão de controlo de infeção hospitalar. Estes protocolos são uma excelente ferramenta na uniformização e na segurança dos cuidados prestados.

A comunicação efetiva é também muito importante, nomeadamente uma passagem de turno ineficaz pode ter aspetos negativos nos resultados do doente. O fornecimento de uma estrutura de transferência de informações que incorpora recursos-chave e informações essenciais tem o potencial de melhorar a eficiência dos cuidados prestados, permitindo padrões de qualidade elevados e seguros nos cuidados de enfermagem. Assim, é recomendado a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR, sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)], aplicando-se esta técnica a todos os níveis de prestação de cuidados (DGS, 2017a).

Esta passagem diz respeito a um momento em que é importante manter a privacidade/confidencialidade do doente e é um momento crucial para a continuidade dos cuidados com qualidade. No SMI era de elementar importância o papel do enf. coordenador ao passar no início os dados mais importantes acerca dos doentes e

também sobre questões que foram resolvidas ou estão para resolver, toda a equipa é envolvida e sabe do que se passa, nomeadamente equipamentos avariados ou medicação em falta entre muitos outros aspetos. No SU estas informações eram transmitidas na sala na presença da enf. chefe e do coordenador de turno, quando os enf. chegavam para iniciar um novo turno. Assim que entrávamos ficávamos a par de todas as ocorrências. O papel do coordenador de turno é muito importante, além de garantir o bom funcionamento de equipamentos, resolver os mais diversos assuntos, poupando tempo ao enf. responsável pelo doente. A gestão é um domínio que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados, assumindo importância o Enfermeiro Coordenador (OE, 2001). Em contexto de emergência pré-hospitalar na troca de turno é também feita referência aos acontecimentos e problemas que ocorreram e era sempre feita uma verificação inicial e existiam dias preconizados para a verificação de determinados equipamentos.

Em todos os EC atuei sempre tendo em conta a criação e manutenção de um ambiente seguro e terapêutico para a PSC, respeitando as suas necessidades e gerindo o risco; definindo metas/medidas para a melhoria da qualidade dos cuidados; garantia da segurança na administração de terapêutica; garantia da confidencialidade dos dados e registos do doente; observação e participação nas atividades de gestão dos recursos humanos e materiais desenvolvidas pelo enf. coordenador, de forma a contribuir para uma maior rentabilização dos mesmos na área da prestação de cuidados; identificação das necessidades de material no serviço e da sua adequada reposição; colaboração com o enf. coordenador na realização de tarefas a seu cargo.

No SU o doente é considerado como tendo alto risco de queda se apresentar um fator maior de risco. Os fatores maior de risco são: alteração sensorial (défice auditivo/visual); alteração da mobilidade (astenia, deficiências motoras, desequilíbrio, necessidade de auxiliares de marcha, história prévia de queda); alterações na eliminação (incontinência ou doentes que necessitam de apoio na eliminação); alterações do estado mental (alteração psicocognitiva, confusão, desorientação, deficiências cognitivas, depressão); medicação específica (anti-hipertensora, bloqueadores dos canais de cálcio, cardiotónicos, diuréticos, hipnóticos, psicotrópicos); idade (idade superior a 65 anos). Para avaliar o risco de queda na PSC, um dos indicadores de qualidade dos cuidados prestados, quer em contexto intra e extra-hospitalar, poder-se-ia aplicar a Escala *New Memorial Emergency Department Fall-Risk- Assessment Tool* (MEDFRAT), que consiste num instrumento publicado em 2013 por Flarity et al. no *Advanced Emergency Nursing Journal*, com a finalidade de facultar uma escala de risco de queda adequada ao SU. É

imperativo ter uma população de doentes/estabelecer um risco específico de queda através de uma ferramenta de avaliação para identificar os doentes em risco de queda, sendo este um evento adverso comum e relatado nos ambientes de cuidados de saúde e é uma fonte significativa de morbidade e mortalidade (Scott et al., 2018). Dixe et al. (2022) referem que as quedas em contexto de cuidados de saúde são um problema de saúde pública que causa sérios malefícios à saúde da pessoa e instituições de saúde. Neste sentido, realizaram um estudo para avaliar a validade e fiabilidade do MEDFRAT para a população portuguesa europeia. A amostra incluiu 186 adultos de um SU de um Hospital Distrital, em Portugal. O estudo revela que todos os itens apresentavam um elevado índice Kappa. O MEDFRAT mostrou uma alta e significativa correlação com a Escala de Risco de Queda de Morse. O MEDFRAT é adequado, válido e fiável para a população portuguesa europeia, para avaliar o risco de queda dos doentes no SU. No SMI todos os doentes são considerados como tendo alto risco de queda.

No SMI era avaliado o risco de desenvolvimento de lesões por pressão (LPP) através da escala de Braden, de referir que uma grande percentagem das avaliações era de alto risco. No SMI todas as camas permitiam posicionar os doentes nos diferentes decúbitos e tinham colchões de pressão alternada de elevada qualidade. De realçar também a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sobretudo em doentes que apresentam um conjunto significativo de fatores de risco para desenvolver LPP, como a idade avançada, a imobilidade, a infusão de vasopressores e a conseqüente má perfusão. A incidência e prevalência das LPP são altas em todo o mundo, o que prova a necessidade de melhores avaliações e medidas preventivas, sendo um dos objetivos prioritários do Ministério da Saúde reduzir o risco de LPP, o que incorpora os seis objetivos internacionais de segurança do doente, funcionando como um indicador da qualidade dos serviços de saúde (Oliveira et al., 2019). Estas são descritas como um dano localizado na pele e/ou tecido subjacente, por norma, sobre um osso proeminente, que pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo, podendo resultar de prolongada e/ou intensa pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. As LPP minimizam a qualidade de vida das pessoas acometidas, aumentam o tempo de internamento e o seu tempo de cicatrização, bem como o custo do tratamento (Edsberg et al., 2016).

Importa referir que o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, em 2016, alterou a terminologia de úlcera por pressão para o termo “lesão por pressão”, que deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde, uma vez que descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas (Edsberg et al., 2016). Em 2019, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, a *National Pressure Injury Advisory Panel* e a *Pan Pacific Pressure*

Injury Alliance publicaram a última versão das Diretrizes Internacionais acerca da LPP, as quais têm sido adotadas a nível mundial, tendo como recomendação as respetivas adaptações para a realidade de cada país. Definem, assim, a LPP por como uma lesão que se localiza na pele e/ou tecido adjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, conseqüente da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. De acordo com os mesmos organismos, as LPP associam-se igualmente a diversos fatores contribuintes ou de confusão, cuja função ainda não está completamente elucidada. São um evento doloroso para as pessoas de todas as idades, o que acarreta complicações como desconforto, dor, má qualidade de vida, gastos económicos e hospitalizações, podendo, inclusive, resultar numa situação de risco de vida. A questão da incidência de LPP é muito complexa. Inclui regulamentos e auditorias, implementação de procedimentos adequados de prevenção e tratamento, recursos, prática baseada em evidências, equipa treinada e o envolvimento ativo de profissionais de saúde. Apesar das tecnologias progressivas e das pesquisas clínicas bem-sucedidas em termos de prevenção e tratamento, as LPP apresentam elevada incidência e consideravelmente alta mortalidade (Grešš Halász et al., 2021). No SMI não tivemos conhecimento de qualquer doente que desenvolvesse LPP. Este aspeto revela-se como um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e vai ao encontro dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021).

No SU devido à grande afluência de utentes e constante sobrelotação, constatámos que o tempo de permanência dos doentes pode chegar a vários dias, ficando muito tempo deitados em macas que não lhes proporcionam o conforto desejável, o que se assume como um grande risco para LPP, contudo a prestação de cuidados era fundamental, contrariando esse risco, nomeadamente através dos posicionamentos.

Tendo em conta o exposto, considero que desenvolvi as competências de zelar pela melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados, demonstrar capacidade de promover as boas práticas para a prevenção e controlo das IACS, este item será abordado mais a frente na competência específica correspondente, formular e analisar questões problema relacionadas com formação em enfermagem, de forma autónoma sistemática e crítica.

2.1.3 Gestão dos cuidados

É previsto que o enf. especialista faça uma gestão adequada dos cuidados, para otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multiprofissional,

como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas. Muitas vezes com limitação de recursos quer a nível material, físico ou humano, têm de desenvolver um trabalho de gestão de todos os problemas observados ao longo do turno

Quer no SU quer no SMI os enf. coordenadores eram designados pela enf. chefe dos serviços.

No SU, o enf. coordenador de turno desenvolve tarefas como: a gestão dos elementos da equipa, a gestão dos transportes dos doentes, o controlo dos estupefacientes de todas as áreas do SU entre muitas outras tarefas. Goodyear (2018) afirma que o enf. com responsabilidades de gestão detém o papel mais rigoroso do sistema de saúde. No que diz respeito ao SU, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC (2017a) declara que as equipas do SU que dispõem de profissionais com competências específicas de enf. especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa, porém ressalvam que não deve ser vedada a experiência clínica aos enf., conjugada à investigação e reflexão entre pares para as melhores práticas clínicas. Também no parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e da MCEEMC é referido que a atribuição da função de responsável de turno compete ao enf. especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências na área de gestão, todavia poderá ser designado um enf. de cuidados gerais desde que comprovada a sua competência para a função (Conselho de Enfermagem & MCEEMC, 2017).

No SMI o cargo de coordenação é atribuído aos que demonstram ter perfil e competências para essa função, nomeadamente, saber conduzir a equipa no sentido de atingir o melhor resultado. O Regulamento do Perfil de Competências do Enf. Gestor (Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março de 2015) reconhece que esse lugar deve ser ocupado por quem demonstrar ter determinadas competências. As funções de enf. coordenador são maioritariamente exercidas pelo enf. com maior número de anos de serviço e ocasionalmente por enf. especialistas. No entanto, a MCEEMC esclarece que nos SMI, devem ser os enf. especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica a assumir as funções de coordenação (MCEEMC,2018^a). No SMI a gestão do serviço é feita pela enf. chefe, mas dada a complexidade do serviço, algumas funções são delegadas nos enf. coordenadores, sobretudo no domínio da gestão assistencial. O enf. coordenador no SMI conta com diversas funções, entre elas destacam-se: gestão de recursos humanos, procedendo à distribuição de doentes por enfermeiro, desconvocação de enfermeiros no caso de o número de vagas o permitir ou convocação de elementos extra se necessário; 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; gestão de recursos materiais de forma atempada; requisição da colaboração dos serviços de manutenção de equipamentos e instalações; decisão sobre empréstimos a outros serviços de materiais ou equipamentos. O coordenador substitui também outros enf. na prestação de cuidados, caso estes necessitem de se ausentar ou em casos de horário reduzido.

Quer no SU quer no SMI fiquei quase sempre de coordenação com os enfermeiros orientadores à exceção de dois turnos. Pude comprovar que o grupo de coordenadores era composto por elementos detentores de larga experiência, conhecimento, capacidades de comunicação, gestão de conflitos e trabalho em equipa. Foram realizadas atividades na área da gestão de cuidados, equipamentos e material de consumo clínico e de aprovisionamento. O trabalho do enf. coordenador é bastante dinâmico, pois tem a seu cargo bastantes atividades, e todos os dias participei em todas as tarefas. No SMI o que mais me intimidou foi a responsabilidade em assumir a passagem de turno inicial abordando todos os doentes e todos os assuntos que durante o dia foram surgindo. O medo de ficar algo importante por dizer era grande, contudo conseguido alcançar este objetivo. Consegui também durante o EC II participar na reunião médica no turno da manhã na qual o enf. coordenador participa fornecendo informações à equipe médica no que se refere à gestão dos cuidados de enfermagem.

O enf. gestor deve procurar desenvolver competências na área da gestão. Esta capacitação é valorizada por se entender que representa uma melhoria do seu desempenho na resposta aos desafios crescentes, impostos pela crescente complexidade dos cuidados prestados. De acordo com a OE “o exercício de funções de gestão por enf. é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional”, sendo o enf. gestor caracterizado como tendo um “conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enf. e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área”, sendo igualmente o responsável primeiro pela “defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros” (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro de 2018, p. 3478).

De acordo com a OE, uma das responsabilidades do enf. especialista é a gestão dos cuidados, não apenas no que lhe compete especificamente ao seu trabalho individual, mas também ao trabalho delegado (Regulamento 429/2018, de 16 de julho de 2018). No

artigo 7º do Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, onde se regula as competências na área da gestão dos cuidados, o enf. especialista, para além da gestão dos seus cuidados, disponibiliza assessoria aos restantes enf., bem como ao enf. chefe, caso necessário. É uma ponte entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, colaborando nas decisões em equipa e negociando soluções e intervenções.

Neste pressuposto, as recomendações dos pareceres emitidos pelos órgãos da OE preconizam que os EEEMC devem desempenhar as funções de coordenador/chefe de equipa. Ainda assim, nesta análise temos de ter em conta o Regulamento nº 76/2018, de 30 de janeiro, que descreve o enf. gestor como aquele que detém um conhecimento concreto da disciplina de enfermagem no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, é o responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional e assume uma atitude ética e de responsabilidade social. Os enf. que exercem funções de coordenação nos dois serviços (SU e SMI) encaixam neste perfil, sendo profissionais com larga experiência, conhecimento, capacidades de comunicação, gestão de conflitos e trabalho em equipa.

No SMI é utilizado o índice de classificação NAS (*Nursing Activities Score*), que descreve aproximadamente duas vezes mais o tempo gasto pela enfermagem no cuidado ao doente crítico quando comparado com a escala *Therapeutic intervention scoring system-28* (TISS- 28). Em Portugal, após validação do NAS (2017), o TISS 28 deixou de ser a única ferramenta validada para o efeito, avaliando apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o NAS abrange 80,8% da carga de trabalho dos enf. em unidades de cuidados intensivos (Macedo et al., 2021). No seu estudo, os mesmos autores traduziram e adaptaram culturalmente o instrumento de medida NAS para a população portuguesa, testando as suas propriedades psicométricas. Através da análise das suas propriedades psicométricas e análise da consistência interna pelo alfa de Cronbach, obtiveram índices satisfatórios (0,334). As validades, concorrente e convergente indicaram correlações estatisticamente significativas entre o NAS e o TISS 28 ($r= 0,678$; $p= 0,000$). Face a estas evidências, os mesmos autores concluíram que o NAS é um instrumento confiável e válido para avaliar a carga de trabalho dos enf. nas UCI portuguesas. “A prestação de cuidados diretos ou indiretos”, resultantes das “funções autónomas e interdependentes dos enfermeiros”, possibilitam avaliar a carga de trabalho em enfermagem, ou seja, mensura a necessidade de tempo dedicado pelos enf. para a sua implementação. “A carga de trabalho é medida ou expressa em pontuações”, havendo para tal instrumentos validados que possibilitam “determinar o número de minutos/dia dedicados pela equipa de

enfermagem a cada doente” (Macedo et al., 2021, p. 21). Ainda em conformidade com os autores citados, os índices que calculam a carga de trabalho dos enfermeiros na UCI permitem uma avaliação concreta da “complexidade do doente, fundamentando informação vital para a previsão e a provisão de recursos materiais e humanos, nomeadamente, o tempo necessário à prestação de cuidados de enfermagem, o número de enfermeiros necessários por turno, bem como os recursos materiais necessários à prestação de cuidados de excelência nas UCI, aliando qualidade de cuidados, otimização de recursos (eficácia e eficiência) e redução de custos” (Macedo et al., 2021, p. 21).

A MCEEMC (2018a) preconiza que nos SMI 50% dos enf. sejam EEEMC, preferencialmente na área de Pessoa em Situação Crítica. No SMI não é possível atingir esta taxa, dada a inexistência de enfermeiros especialistas em número suficiente. O Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, indica ainda que regra idêntica deve ser assegurada na constituição de cada turno. Pudemos verificar que a distribuição de enfermeiros especialistas não era uniforme de entre os vários turnos de trabalho, aspeto que pode ser melhorado.

Quero também referir que o conhecimento e compreensão da dinâmica e da organização das bases da VMER/SIV, bem como das suas viaturas, a consulta de protocolos, normas e documentos existentes e a compreensão do circuito da vítima desde a chegada a esta, a sua estabilização e o seu transporte para o meio intra-hospitalar foram algo que facilitaram a toda a gestão de material e da rotina.

Tal como descrito na competência anterior, quer na VMER, quer na SIV pude proceder à verificação e reposição de material em falta. Esta rotina permitiu-me uma maior confiança para encontrar material/medicação quando existiram emergências e tínhamos que saber gerir da melhor forma o tempo e o material disponível atuando com rapidez. Indo ao encontro do preconizado pela OE as funções de gestão por enf. asseguram a qualidade e segurança do exercício profissional. Tive a oportunidade de participar na gestão dos cuidados a ter com a viatura médica, pois esta fica inoperacional durante a mudança de pneus, óleo, travões entre outras situações que é necessário saber gerir da melhor forma. Sempre que a voltávamos para a base após uma ocorrência, o combustível era logo repostado. Não tinha a noção da quantidade de ocorrências e a distância percorrida, estas eram longas e com frequência tínhamos de abastecer. Todas estas preocupações com a viatura são uma constante para gerir.

Num dos turnos em que me encontrava em meio VMER colaborei com o enf. coordenador, fazendo todo o levantamento do material em falta no *stock* que se encontra na base, posteriormente em programa informático fizemos o pedido do material. Em

ambos os meios pude participar também na gestão dos estupefacientes. Em dias específicos, tive a oportunidade de verificar os equipamentos para avaliação do bom funcionamento de todos (carro de urgência, desfibrilhadores, monitores, insufladores manuais e ventiladores). Considero muito positivo este procedimento que fica registado em folhas próprias de forma a não se verificarem falhas.

O papel do enf. em meio SIV é de *team leader*, sendo o responsável pelas tomadas de decisões da equipa, transmitidas no momento de passagem de dados ao médico regulador de acordo com a metodologia ISBAR. É feita uma gestão dos cuidados a prestar, validando os cuidados prestados, a medicação a administrar e o encaminhamento da vítima tendo em conta as suas necessidades e a gestão dos meios do SIEM. Em meio VMER, é o médico que assume o papel de *team leader*, pois, embora a gestão de cuidados e posterior tomada de decisão seja partilhada, a decisão final parte sempre deste (Mota et al., 2020; Correia et al., 2020).

2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Em qualquer um dos EC procurei desenvolver as competências recomendadas no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, tendo como linha orientadora o preconizado pelo Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (2011, p. 8649), segundo o qual o enf. especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” Aprender é inerente ao ser humano. A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é primordial para a prestação de cuidados de qualidade ao cliente, possibilitando uma maior compreensão da dimensão da pessoa, num ambiente seguro. Só deste modo é possível responder de uma forma organizada, eficaz e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família.

De acordo com Benner (2001), o enf. especialista ao desenvolver as suas competências com empenho e qualidade, torna-se um mestre, um perito não só no que se refere às competências partilhadas por todos os enf. especialistas como também nas competências específicas no âmbito do processo de especialização. À medida que o enf. adquire experiência, a sua orientação intelectual sofre alterações, proporcionando uma integração e seleção de conhecimentos reajustando-nos no processo de tomada de decisão.

Durante os EC tive oportunidade de refletir sobre várias situações e colocar-me em papéis que nunca antes tinha colocado. O meu autoconhecimento foi fundamental e ter a noção das minhas virtudes e limitações, ajudou-me a conseguir selecionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que deveria ficar numa posição de observador.

Pude sempre contar com a importante colaboração dos enf. orientadores na procura de novas oportunidades de aprendizagem. Neste contexto, adotei uma postura de iniciativa em busca de situações de aprendizagem procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente. Pude contar com a forte colaboração dos EEEMC na procura de novas oportunidades de aprendizagem. A reflexão conjunta sobre as práticas clínicas e os *debriefings* que realizámos muitas vezes no final dos turnos/procedimentos permitiram o desenvolvimento dos níveis de conhecimentos teóricos baseados na evidência, identificando lacunas no conhecimento e revelando oportunidades de investigação e melhoria. “A prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A prática baseada na evidência surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem” (Pina et al., 2020, p. 129). Mais do que desenvolver evidência científica, em Enfermagem, devidamente credível, atualizada e com extrema relevância para a prática de cuidados ambiciona-se, concomitantemente, que esta seja alicerçada nos valores de segurança e qualidade de cuidados onde também a reflexão sobre aquilo que se faz, aquilo que se pretende fazer e aquilo que é preconizado realizar seja um *continuum*.

Considero que, ao longo dos EC, demonstrei um ganho natural e efetivo a nível de autonomia e conseqüente melhoria do desempenho. No entanto, situações existiram em que não me senti imediatamente a confiança necessária para realizar determinadas intervenções de forma autónoma. Dou como exemplo uma situação de ECMO a um doente no SMI, neste processo assumi sobretudo uma posição de observadora.

Realizei nos três EC uma análise crítica de cuidados com terminologia da classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) em que visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando para todos os enf. uma terminologia comum. No EC III baseie a minha prática tendo em conta os protocolos que o INEM facultou e realizei um estudo de caso tendo em conta uma ocorrência que achei mais marcante e segundo a qual realizei pesquisa bibliográfica.

Numa vertente de atualização e aquisição de novos conhecimentos, marquei presença no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu nos dias 25, 26 e 27 de outubro de 2021, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz. Participei também no *workshop* de ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo.

3 . COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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

Os cuidados intensivos constituem um meio de assistência a pessoas com múltiplas patologias e necessidades e o meu desempenho de funções caracterizou-se por uma atitude de constante vigilância e monitorização da pessoa em risco de/ou em falência orgânica/multiorgânica. O doente crítico carece de uma abordagem multidisciplinar e o enf. especialista, como parte integrante desta equipa, torna-se fundamental para a monitorização, vigilância, manutenção e recuperação do mesmo. “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19360).

No SU deparei-me com várias patologias, trauma (acidentes de viação, queda, atropelamento), onde pudemos realizar técnicas de imobilização de politraumatizados, gestão da dor e acompanhamento e transporte do doente instável. Nas situações que refletiram a constante instabilidade hemodinâmica, verifiquei que o facto de se ter perspicácia ajuda a reagir rapidamente. Já referi anteriormente a situação que vivenciei no dia 5 de novembro de 2020 com o doente queimado ao qual prestámos cuidados e além de fármacos, ajuda na preparação de material para entubação endotraqueal, colocação de cateter venoso central, preparação e administração de aminas entre outros fármacos, quando a equipa do helitransporte chegou à sala de emergência o doente foi transferido para outra maca. Durante este procedimento era necessário alguém ficar a segurar o tubo endotraqueal, pois mesmo com o *cuff* insuflado e nastro para que não se mobilizasse é necessário segura-lo durante mobilizações mais bruscas, prontamente me disponibilizei para o fazer sabendo toda a responsabilidade que acarretava.

No decorrer do EC II várias foram as patologias com que me deparei, muitas coincidentes com a realidade do meu serviço e, por isso, irei fazer referência às patologias e procedimentos que me fizeram sair da minha zona de conforto. Os doentes neurocirúrgicos necessitam de elevada diferenciação, equipamentos específicos e recursos humanos especializados. Os doentes neurocirúrgicos são propensos “a disfunções neurológicas inerentes à doença de base, às alterações sensório-motoras, cognitivas e tem sua mobilidade reduzida na fase aguda pós-operatória” (Paiva et al., 2018, p. 167). A estes doentes além da monitorização contínua de sinais vitais e

ventilação invasiva acresce a monitorização da pressão intracraniana (PIC) a qual tive a oportunidade de avaliar/vigiar bem como a pressão de perfusão cerebral, procedendo à gestão da terapêutica e avaliação da escala de coma de Glasgow bem como a gestão da dor. No dia 27 de setembro um dos doentes apresentava uma derivação ventricular externa ou dreno extraventricular, um dispositivo usado em neurocirurgia no tratamento de hidrocefalia e para aliviar a PIC quando a circulação normal de líquido cefalorraquidiano no cérebro se encontra obstruída. A finalidade da derivação é desviar o líquido dos ventrículos do cérebro e permitir a monitorização da PIC. A sua especificidade forneceu-me oportunidades de realização de intervenções mais específicas como monitorização do doente neurocrítico. A PIC representa a pressão do líquido cefalorraquidiano, mas pode variar de acordo com as alterações da tensão arterial, respiração e posicionamento, variando de acordo com o volume dentro de uma ou várias áreas cerebrais. A sua monitorização pode ser direta, através de uma sonda diretamente introduzida no ventrículo ou indiretamente através de um transdutor que permite medir a pressão Intracraniana e, ao mesmo tempo, drenar líquido cefalorraquidiano, quando atinge pressões superiores às desejadas (Jeremy & Lee, 2016).

Outra das situações que me marcou mais foi o ter conseguido prestar cuidados a um doente submetido a ECMO-Veno Arterial. Tal como me foi explicado, é uma situação rara, pois a mais frequente é a ECMO-Veno Venosa, nomeadamente em casos COVID-19. Nos dias 12 e 13 de Setembro de 2021 o meu orientador estava escalado no piso (-1) e era aqui que se encontrava o doente. Alguns elementos da equipa de ECMO foram mobilizados do piso (-3) para este piso, e foi-me dada a oportunidade de ficar com os colegas que lá se encontravam distribuídos com o doente. O rácio é de um enf. para um doente e apesar dos turnos no piso (-1) serem de 8 horas, a equipa de ECMO fazia turnos de 12 horas. Foi uma experiência bastante enriquecedora mesmo sendo apenas as 8 horas em cada dia.

Percebi como é de extrema importância a vigilância nestes doentes, por exemplo a colocação profilática ipsilateral de um cateter de perfusão distal anterógrado na artéria femoral superficial e monitoramento contínuo são estratégias usadas para reduzir as complicações da isquemia do membro. Existe uma preocupação acrescida com este cateter pois tem um calibre menor e facilmente pode ficar dobrado e a sua função fica comprometida. É preciso arranjar estratégias e estar atento a todos os protocolos a que a equipa de ECMO tem acesso, por exemplo a avaliação dos valores de coagulação avaliados no medidor de coagulação sanguínea automático *hemochron*, nomeadamente Tempo de Coagulação Ativo (ACT) e Tempo de Tromboplastina Parcial ativado (aPTT),

segundo o protocolo (4/4 horas); protocolo de perfusão de heparina, vigiando perdas hemáticas, entre outros.

Prestei cuidados a doentes com cânulas de traqueostomia supraglóticas, no SMI da Guarda, utilizam-se, mas sem esta possibilidade de aspiração de secreções supraglóticas.

Em meio extra hospitalar vários foram os tipos de ocorrências com que me deparei nomeadamente: pedidos de apoio diferenciado, alteração do estado de consciência, dor torácica, obstrução da via aérea, trauma - acidente de viação, onde pude realizar técnicas de imobilização e avaliação da vítima, gestão da dor, acompanhamento e transporte do doente instável; e dispneia grave, tendo oportunidade de colaborar na colocação de máscara com válvula de pressão positiva no final da expiração (PEEP) mantendo *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP). Adequando os recursos existentes à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. O tipo de ocorrência PCR no adulto ocorreu diversas vezes em meio VMER e não tanto em meio SIV (Almeida, 2018).

A prestação de cuidados quer em doentes com patologia e equipamentos com os quais já lido no meu dia-a-dia, quer a doentes que apresentavam diferenças, foi realizada de forma individual, fundamentada por uma avaliação inicial rápida baseada essencialmente em evidências fisiológicas e queixas do doente. Estabelecem-se prioridades com o intuito de identificar e tratar o compromisso de funções vitais ou lesões que podem colocar em risco imediato a vida do doente. Esta é realizada através da avaliação primária sistematizada ABCDE (DGS, 2010).

A comunicação no SU é parte essencial das boas práticas dos profissionais de saúde e é a base para a construção de um relacionamento de confiança que irá melhorar muito o cuidado prestado e ajudar a reduzir a ansiedade e o stresse dos doentes e suas famílias. Como tal, foi muito importante desenvolver as minhas competências comunicacionais, ao longo do EC, para que pudesse tornar mais qualificativos os contactos interpessoais com os doentes e membros da equipa que integrei. Uma comunicação eficaz é um componente-chave para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo que os clientes compreendam o que está a acontecer e se ajustem às novas situações (Caswell et al., 2015). Uma boa comunicação resulta numa maior sensação de bem-estar, promoção da esperança, conforto e diminuição de sentimentos de angústia comumente experienciados pelos doentes.

Importa também salientar a importância da comunicação no SMI, em situações de

emergência, muitas vezes a abordagem técnica sobrepõe-se à comunicação com o doente, esquecendo-nos que este se encontra consciente e a perceber o ambiente à sua volta. A comunicação é um instrumento extremamente importante no processo de cuidar, principalmente quando se trata de alguém que se encontra tão debilitado, no sentido de fortalecer o vínculo entre o doente/família/profissional. Uma comunicação eficaz é fundamental para o desenvolvimento da relação terapêutica que deve existir. A comunicação é parte essencial das boas práticas dos profissionais de saúde e é a base para a construção de um relacionamento de confiança que irá melhorar muito o cuidado prestado e ajudar a reduzir a ansiedade e o stress dos doentes e suas famílias. Como tal, foi muito importante desenvolver as minhas competências comunicacionais, ao longo do EC, para que pudesse tornar mais qualificativos os contactos interpessoais com os doentes e membros da equipa que integrei. Uma comunicação eficaz é um componente-chave para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo que os clientes compreendam o que está a acontecer e se ajustem às novas situações (Caswell et al., 2015).

Pude acompanhar os familiares durante a visita, nesse momento foram desmistificados medos e receios provocados pelo aparato tecnológico, e fornecer a informação necessária. E nunca é demais transmitir aos familiares a importância de manter a comunicação com o seu familiar mesmo este estando sedado. É notório o empenho de toda a equipa em facilitar sempre que possível tendo em conta quer o serviço em si, os tempos de pandemia, e o doente, exceções para as visitas quer em horário quer em número de pessoas.

Em situações de emergência em meio extra-hospitalar, muitas vezes, a abordagem técnica sobrepõe-se à comunicação com a vítima/família, esquecendo-nos que estes se encontram por vezes conscientes e a perceber o ambiente à sua volta. A comunicação é um instrumento extremamente importante no processo de cuidar, no sentido de fortalecer o vínculo entre a vítima/família/profissional, contribuindo para o desenvolvimento da relação terapêutica. A comunicação é parte essencial das boas práticas dos profissionais de saúde e é a base para a construção de um relacionamento de confiança que irá melhorar muito o cuidado prestado e ajudar a reduzir a ansiedade e o stress das vítimas e suas famílias (Watson, 2017). Como tal, foi muito importante desenvolver as minhas competências comunicacionais, ao longo do EC, para que pudesse tornar mais qualificativos os contactos interpessoais com as vítimas e família bem como os membros da equipa que integrei. Por vezes, percebi também que a comunicação não-verbal assume um papel de extrema relevância, não devendo ser

descurado na abordagem à vítima. Desde um simples sorriso, ainda que agora seja mais difícil com a permanência do uso de máscara, o toque, por exemplo, na mão sempre sem invadir muito o espaço do outro (Alves, et al., 2019).

Em todos os EC a avaliação da dor foi tida como um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados, esta avaliação da dor pode ser feita através de várias escalas: Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica; Escala de Expressões Faciais; Escala Qualitativa. No entanto em doentes com ventilação invasiva e sedados que são incapazes de autoavaliar a sua dor, a escala *Behavioural Pain Scale* (BPS), que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico (Teixeira & Durão, 2016). Durante a minha prestação de cuidados avalei a dor e procurei utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma. As intervenções autónomas dos enf. são fundamentais para a gestão e controlo da dor. Neste sentido, as intervenções autónomas de enfermagem, medidas não farmacológicas, podem ajudar a PSC com dor, sendo estas: estabelecer relação de empatia com a PSC com dor; “ensinar-lhe a resposta da dor e medidas para o alívio da dor; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; reduzir os estímulos nocivos; explicar-lhe que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída; oferecer apoio, tranquilização e compreensão, intervenções que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura” (Rodrigues, 2022, pp. 46-47).

Um dos meus objetivos era, pelo menos, realizar um turno com a equipa de emergência interna, a qual estava inoperacional. Sendo o meu orientador o coordenador desta equipa, tinha várias expectativas que iniciasse ainda no período do meu estágio, mas tal não aconteceu. Num dos turnos o EEEMC mostrou a mala designada para a emergência interna, com todo o material necessário.

3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

O Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, prevê que cada SU deve possuir um plano de emergência/catástrofe/contingência, o que se constituiu com primordial para a resposta da unidade de saúde a situações multivítimas, sendo igualmente importante que se realizem exercícios de simulação, periodicamente, a fim de que todos os profissionais envolvidos tenham o devido conhecimento sobre o plano e para que este não seja subvalorizado ou até esquecido. Neste âmbito, refiro que o SU, onde decorreu o EC, tem o plano de catástrofe atualizado, a EEEMC teve o cuidado de me explicar o mesmo e

familiarizou-me com as diferentes etapas e apoio no conhecimento da pessoa vítima de violência doméstica ou de indícios de prática de crime.

No SU em caso de catástrofe é utilizado o algoritmo *Simple Triage and Rapid Treatment* (START), sendo o registo feito de forma manual. A triagem primária é feita com o objetivo de triar rapidamente, o maior número de vítimas, recorrendo a discriminadores simples como se a vítima consegue andar; se respira após permeabilização de via aérea e, neste caso qual a frequência respiratória que apresenta, e ainda qual a frequência cardíaca. Com base nesses discriminadores é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho): vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo): vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): vítima não grave; Morto (cor preto) (Oliveira et al., 2012).

A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa baseando-se no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), o qual consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, avaliação do estado de consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow e pressão arterial sistólica. Cada parâmetro é avaliado de 0 a 4, sendo a pontuação da TRTS igual à soma dos valores de cada parâmetro fisiológico calculado, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 12 pontos. Até 10 é atribuída uma prioridade 1 ou imediata, ao valor 11 é fornecida prioridade 2 ou urgente e à pontuação de 12 é atribuída prioridade 3 ou pouco urgente, sendo 0 considerado morto (Oliveira et al., 2012).

De forma a atuar prontamente numa situação de catástrofe, estão disponíveis no SU, *kits* de catástrofe, numerados de forma sequencial. São constituídos por tubos para colheita de sangue, etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos, de modo a dar resposta a uma situação desta índole.

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de julho (p. 19362). Em todas as etapas de uma catástrofe, que implica a redução dos riscos e a recuperação, o enfermeiro especialista deve definir a sua posição, desempenhando um crucial papel na elaboração de planos de contingência, na formação da equipa multidisciplinar e da comunidade (Bandeira et al., 2014).

Em resposta à pandemia o SMI criou no piso (-3) um serviço destinado aos doentes infetados com COVID-19. Transformaram uma área não destinada a cuidados/tratamentos, num serviço. Todo o espaço foi adaptado, e tem tudo tal como o que se descreveu em relação aos pisos (1) e (-1). Um dos colegas da equipa ECMO

apresentou-me todo o serviço, mas não realizei nenhum turno neste piso (-3). Foram-me explicados os circuitos, e todo o funcionamento do serviço. Percebi que, à exceção da ECMO-VV, a prestação de cuidados a estes doentes não difere muito do que se faz na Guarda.

Para situações de exceção em ambos o meio SIV/VMER está presente um Kit de Triagem multivítimas, fazendo-se uma triagem primária baseada no método START pretende-se triar de forma mais rápida um grande número de vítimas. Para realizar esta Triagem são usados discriminadores muito simples: se a vítima anda?/ferida?; respira?/frequência respiratória?; e frequência cardíaca? É assim possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho): Vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave; Morto (cor preto). Para crianças, o fluxograma assume um carácter particular fazendo o enquadramento de acordo com o tamanho (em centímetros) e/ou peso (em kg), devido a óbvias diferenças fisiológicas (ex. valores normais de FR e FC). Procede-se depois a uma triagem secundária que diz respeito a um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas. Baseia-se no TRTS, sendo que este método já foi anteriormente descrito.

A etiqueta de triagem é um elemento mais organizativo do que assistencial. Encontra-se acondicionada na bolsa de triagem disponível em meios INEM, no seu interior também se deve encontrar uma caneta/marcador e cartões plastificados com fluxogramas de triagem e um para “contagem” de vítimas.

A etiqueta de triagem permite a operacionalização dos métodos de triagem, primária e/ou secundária. Apresenta diversas vantagens, já que permite: numerar as vítimas; registar a evolução da vítima e cuidados prestados; controlar a assistência das vítimas impedindo a duplicação de esforços; estabelecer um fluxo ordenado de vítimas; controlar a cadeia de evacuação, no que diz respeito à prioridade, hospital de destino e evacuação; evitar evacuações descontroladas; elaborar registos (dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções executadas).

Em matéria de proteção civil, o INEM deve orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de acidente grave ou de catástrofe, integrando a organização definida nos planos de emergência: coordena todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias, referência e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados; executa a triagem e o apoio psicológico a prestar às vítimas no local da ocorrência, com vista à sua estabilização emocional e posterior referência para as

entidades adequadas; e assegura um sistema de registo de vítimas desde o teatro de operações até às unidades de saúde de destino. Como tal, há a necessidade de atualização dos planos e preparação da equipa.

3.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

Constata-se que há uma preocupação real nos serviços por parte dos enf. em aplicar as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). No SU devido a várias condicionantes como a sobrelotação e a constante mobilização de doentes, torna-se difícil fazer um trabalho mais eficaz neste sentido. Os vários EEEMC têm uma atitude proativa e de liderança no sentido da execução de procedimentos de prevenção, nomeadamente gestão da alocação de doentes, isolamentos e educação dos restantes profissionais. Um dos exemplos destes procedimentos é aquando da identificação de um microrganismo multirresistente, o doente é mobilizado ou para o quarto de isolamento na área laranja quando o mesmo está disponível, ou para uma box estrategicamente mais afastada dos restantes. Desta forma é dado cumprimento à recomendação da DGS na norma 029/2012 (DGS, 2013). A mesma refere que doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação.

Desde o rigor no controlo e administração da medicação, em particular de antibioterapia, a existência de pontos de água com sensor automático para água e gel de mãos, bem como inúmeras soluções alcoólicas disponíveis na unidade de cada doente e em outros pontos do serviço, baldes de lixo e cestos de roupa suja com pedal para abertura, de igual forma acontece no SMI.

Na medicina intensiva são efetuados rastreios séticos a todos os doentes. No dia de admissão, o doente é sujeito à realização de zaragatoas, urocultura e hemoculturas. Uma vez que nos encontramos numa fase pandémica, os doentes são testados ao vírus covid-19 periodicamente durante o internamento. Referir também a descolonização com clorhexidina 2% durante 5 dias realizada no banho tal como preconizado na norma da DGS de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resiltente à metilina (MRSA).

Os EPI's assumem um papel fundamental, e toda a equipa presta cuidados diretos ao

doente crítico devidamente equipada, é uma prática bastante enraizada. Existe a preocupação de cada enf. ficar responsável apenas por doentes infetados ou apenas por doentes não infetados, em cada turno, evitando assim ao máximo novas contaminações.

Aquando da identificação de um microrganismo multirresistente, é colocada uma linha delimitativa no chão com uma fita adesiva vermelha e branca em volta do espaço do doente. Se possível o doente é colocado numa box estrategicamente mais afastada dos restantes. Desta forma é dado cumprimento à recomendação da DGS na Norma 029/2012 (DGS, 2013). A mesma refere que doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação. Esta medida foi aplicada a um doente infetado com *Clostridium difficile* além de que houve também a preocupação da colocação de sonda retal para as fezes estarem devidamente protegidas, ajudando a diminuir o risco de exposição a fezes infecciosas. Estas sondas retais nestes casos são muito importantes porque ajudam a conter e desviar o trânsito intestinal diretamente do ânus do doente para um saco coletor, protegendo, assim, a zona perianal do contacto com as fezes. Também contém eficazmente os esporos de *Clostridium*, ajudando a reduzir a propagação da infeção. De acordo com Louro (2021), o *Clostridioides difficile* (antes conhecido como *Clostridium difficile*) consiste num microrganismo de coloração gram-positivo, anaeróbio obrigatório, produtor de endósporos, toxinas e biofilme, com a capacidade de colonizar o intestino humano provocando uma infeção. A infeção por *Clostridioides difficile* encontra-se sobretudo associada ao meio hospitalar e ao consumo recente de antibiótico, representando um significativo encargo económico para os sistemas de saúde. É desejável que os doentes com infeção por *Clostridioides difficile* sejam isolados para prevenir a transmissão a outros doentes. Estima-se que um doente com infeção pelo *Clostridioides difficile* “pode excretar entre 1x10⁴ e 1x10⁷ de bactéria por grama de fezes. A contaminação do ambiente com estes esporos ocorre em nada menos que 34% a 58% dos locais apesar da limpeza, sendo as superfícies dos fómites mais frequentemente contaminadas” (Richieri & Federige, 2016, p. 21). O estudo de Farrow et al. (2013) sugere que há risco evidente de contaminação por *Clostridioides difficile* através do ar, sobretudo em doentes com sintomas ativos da infeção, sendo assim justificável o isolamento dos doentes com suspeita ou com infeção comprovada, o qual deve ser feito o mais rápido possível, depois do aparecimento da diarreia e antes do diagnóstico laboratorial ser confirmado.

Também no SMI existiam protocolos para a substituição dos dispositivos de perfusão e oxigenoterapia, a preocupação com o fardamento de uso diário, com a triagem de lixos e

todos os doentes têm na sua unidade uma seringa para avaliação da pressão do *cuff* (tubo endotraqueal). Estas seringas são de fácil uso e rapidamente se faz a avaliação, o que na minha opinião é bastante importante e por vezes os enfermeiros descoram este procedimento. A norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) nº 021/2015, de 16 de dezembro de 2015, atualizada a 30 de maio de 2017, define que a prevenção de pneumonia associada à intubação passa por feixes de intervenção, sendo um deles manter a pressão de insuflação do balão do controlo do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O e define que qualquer exceção à norma deve ser fundamentada clinicamente e realizado o registo no processo clínico do doente. Para a minimização dos riscos de infeções associadas à ventilação mecânica e tendo em conta que as muitas pessoas em situação crítica, internadas em unidades de cuidados intensivos, na sua maioria, estão conectadas a prótese ventilatória, quer pela sua instabilidade ventilatória, quer hemodinâmica, devem ser selecionadas medidas preventivas da pneumonia associada à intubação como forma de incluir as medidas integrantes da “*bundle*” de prevenção da mesma, sendo esta uma infeção grave adquirida no SMI em pessoas submetidas a intubação e ventilação mecânica por mais de 48 horas. Trata-se de uma infeção possível de ser prevenida com o cumprimento de medidas simples “*bundle*” e a sua prevenção assume-se como um grande desafio à prática de enfermagem (Silva et al., 2021). A “*bundle*” é uma estratégia que se baseia em evidências que podem prevenir e/ou diminuir o risco de complicações (Cruz, 2018). A monitorização diária da pressão do balão endotraqueal e a consciencialização dos enf. acerca dos riscos associados a pressões inadequadas na pessoa com intubação endotraqueal tem como finalidade a prevenção e redução das complicações associadas ao aumento ou à redução da pressão (DGS, 2017). Dutra et al. (2019), onde os enf. reconheceram os riscos de pneumonias associadas à intubação e referiram implementar medidas protocolares para a sua prevenção, um indicador de segurança do doente. A pneumonia associada à intubação consiste numa das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes entre os doentes ventilados. Além de doença, é considerada um marcador da qualidade de cuidados à pessoa entubada (Santos et al., 2021). A ventilação mecânica é uma intervenção de extrema relevância para a pessoa em situação crítica, porém, através da inserção do tubo endotraqueal, “violam-se os mecanismos naturais de defesa do organismo”, facilitando-se também “a colonização microbiana das vias aéreas e a aspiração de secreções contaminadas devido à redução do reflexo da tosse”, bem como se aumenta “a possibilidade de retenção de secreção no espaço subglótico” (Dutra et al., 2019, p. 887). Deste modo, o conhecimento sobre a fisiopatologia, os critérios diagnósticos, os fatores de risco e as melhores evidências científicas para a prevenção de pneumonias associadas

à intubação configura-se de extrema importância para a segurança do doente e constitui uma condição *sine qua non* para os enf., enquanto membros da equipa multidisciplinar de uma Unidade de Cuidados Intensivos. De igual modo à conformidade dos resultados apurados e os alcançados por Cruz (2018), onde 85% dos enf. manifestaram bons conhecimentos na área da prevenção da pneumonia associada à ventilação.

Neste sentido, a utilização das “*bundles*” tem como objetivo reduzir a variabilidade de práticas, orientando os profissionais de saúde para as que se encontram em conformidade com a atualidade científica, com diminuição das taxas de incidência de infeções associadas à ventilação mecânica, bem como promovem a melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, resultam num melhor prognóstico do doente crítico. A “*bundle*” é uma estratégia que se baseia em evidências que podem prevenir e/ou diminuir o risco de complicações (Cruz, 2018). A implementação da “*bundle*” foi também praticada com a lavagem da mucosa oral e dentes com a Solução Tantum Verde® - Cloridrato de Benzidamina (0,15%), com auxílio da aspiração e ação mecânica de esponjas próprias. Procedi igualmente à verificação do *cuff*, antes da realização da higiene oral, da mudança de posição do doente ou sempre que era necessário. Assim, adotei as várias intervenções que constam da “*bundle*”, nomeadamente a realização da higiene das mãos antes do manuseamento do cateter venoso central, descontaminação das conexões com cloro- hexidina a 2% em álcool antes do seu manuseamento, realização do penso utilizando uma técnica asséptica, utilização de máscara e luvas esterilizadas aquando da realização do penso, uso da clorhexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele e realização do penso sempre que necessário. Bastante importante também é a existência no serviço tabelas de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo e equipamentos de apoio aos cuidados, em que está descrito o material, o método indicado, desinfetante recomendado e a frequência com que deve ser efetuada a desinfecção.

Durante todo o decurso dos EC foi minha preocupação a utilização de EPI`s no contacto com os doentes infetados (luvas, máscara, bata e touca), e neste contexto pandémico o uso de máscara facial foi sempre por mim adotado, bem como a sua substituição. A lavagem das mãos nunca foi descurada por mim. Resumindo, no que se refere ao controlo da infeção, tive sempre o cuidado de cumprir os protocolos institucionais, bem como as orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA).

No ECIII constatei que existia também uma preocupação real quer por parte das equipas que integrei, quer do próprio INEM em aplicar as PBCI. Houve um grande cuidado do

INEM ainda antes do EC iniciar em facultar normas e procedimentos relacionados com as PBCI, alguns específicos devido à pandemia. Através do INEM ainda tive a oportunidade em participar numa formação online com o objetivo de conhecermos as PBCI definidas pela DGS: colocação do doente, etiqueta respiratória, higiene das mãos, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho; bem como refletir nestas PBCI em contexto de pandemia por COVID-19; descontaminação de material e equipamento, controlo ambiental e uso de EPI's; refletir sobre as práticas seguras de higienização de material e viatura; refletir sobre o uso do EPI existente. No final pude aferir os meus conhecimentos através de um questionário. Também para esta formação foram facultados documentos, permitindo estudar com antecedência.

Nos meios SIV/VMER, como eu já apresentava experiência na colocação/remoção de EPI's, não tive qualquer dificuldade neste aspeto. Contudo, li todas as orientações técnicas do SNS/INEM para que me sentisse ainda mais à-vontade.

A lavagem das mãos em ambiente pré-hospitalar fica comprometida, pois nem sempre dispomos de um local para a lavagem das mesmas, sendo, no entanto, preocupação das equipas de ambos os meios a higienização das mãos com Solução Antisética de Base Alcoólica (SABA), que de acordo com os novos estudos deve ser a primeira escolha para a higienização das mãos, desde que as mãos estejam visivelmente limpas. Na ambulância SIV utilizava o frasco de SABA que se encontrava na célula sanitária e na VMER tinha sempre um frasco na porta atrás onde eu ia bem como luvas.

Um dos aspetos a realçar no âmbito do controlo da infeção em meio pré-hospitalar é a adequada desinfeção do material após cada utilização. Habitualmente sempre que chegávamos ao local da ocorrência já se encontravam lá os Bombeiros Voluntários, estes já tinham utilizado o material deles, assim nós, caso não fosse necessário fazer o transporte, não usávamos mais material nosso para evitar conspurcar. Sempre que eram realizados transportes de vítimas, toda a célula sanitária era também devidamente limpa e desinfetada. A mala médica onde se encontra a medicação e o material para puncionar é aquela que entra mais vezes em contacto com as vítimas e em ambos os meios foram substituídas e o material pelo qual essas malas são constituídas é o plástico, sendo assim de fácil limpeza e desinfeção.

PARTE II - FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID-19 – ESTUDO DE CASO

RESUMO

Introdução: Durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde vivenciaram elevada carga de trabalho e foram expostos a vários stressores psicossociais.

Metodologia: Neste contexto, realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal. O mesmo teve como principal objetivo avaliar os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos em situação de pandemia COVID-19. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário constituído por dados de caracterização sociodemográfica, profissional, contextual, condições de trabalho (*ad hoc*) e o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) II – Versão Curta* (Kristensen, 2001; Tradução e adaptação de Silva et al., 2011) aplicado a uma amostra de 54 enfermeiros que exerciam funções numa Unidade de Cuidados Intensivos de uma Unidade de Saúde Local da Beira Alta de Portugal durante a pandemia por COVID-19.

Resultados: Os enfermeiros do presente estudo relataram a utilização exaustiva e longa de EPI's (n=54) e a intensa carga horária e laboral com que se depararam (n=52). Foram as mais relevantes dificuldades encontradas para lidar com o exercício de funções no SMI durante a pandemia, tendo desenvolvido, como estratégias para lidar com a pandemia, principalmente o "*Autocontrolo (tentativa de se manter racional face a uma situação que pode causar desânimo)*", "*Apoio por parte dos membros da família*" e de "*Apoio entre os pares*". Entre os fatores de risco psicossocial, a "*Transparência laboral*", a "*Autoeficácia*" e a "*Comunidade social no trabalho*" foram as dimensões que revelam maior "intensidade no semáforo vermelho e menor no semáforo verde" foram assumidos como fatores de risco psicossociais de maior intensidade. Os "*Comportamentos ofensivos*" e os "*Sintomas depressivos*" foram os que revelaram menor intensidade.

Conclusão: Os participantes no estudo, durante a pandemia por COVID-19, apresentaram fatores de risco psicossociais, o que implicou uma grande e exaustiva reorganização profissional e pessoal, para poderem assegurar a manutenção da humanização dos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação clínica.

Palavras-chave: Enfermeiros; Unidade de Cuidados Intensivos; Fatores de risco psicossociais; pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: During the pandemic of COVID-19, health professionals experienced high workload and were exposed to several psychosocial stressors.

Methodology: In this context, a quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study was conducted. Its main objectives were to assess the psychosocial risk factors associated with the nursing professional practice in an Intensive Care Unit in a situation of pandemic COVID-19. Data were collected through a questionnaire composed of sociodemographic, professional and contextual data on working conditions (ad hoc) and the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) II - Short Version (Kristensen, 2001; Translated and adapted by Silva et al., 2011) applied to a sample of 54 nurses working in an Intensive Care Unit of a Local Health Unit in Beira Alta, Portugal during the COVID-19 pandemic.

Results: The nurses in the present study reported the exhaustive and long use of PPEs (n=54) and the intense work and workload they faced (n=52). These were the most relevant difficulties encountered while working in the Intensive Care Unit during the pandemic, having developed, as coping strategies, mainly the "Self-control (attempt to remain rational in face of a situation that may cause discouragement)", "Support from family members" and "Support among peers". Among the psychosocial risk factors, "Work transparency", "Self-efficacy", and "Social community at work" were the dimensions that show higher "intensity at the red traffic light and lower at the green traffic light" were assumed to be psychosocial risk factors of higher intensity. The "Offensive behaviors" and "Depressive symptoms" were those that revealed the least intensity.

Conclusion: The participants in the study, during the pandemic by COVID-19, presented psychosocial risk factors, which implied a great and exhaustive professional and personal reorganization, in order to ensure the maintenance of humanization of health care provided to the person in clinical situation

Keywords: Nurses; Intensive Care Unit; Psychosocial Risk Factors; Pandemic by COVID-19.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Um local de trabalho pouco saudável causa níveis consideráveis de stresse que exacerbam ou provocam o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica. Ainda que o stresse não seja uma doença, quando se prolonga durante longos períodos de tempo, podem desenvolver-se problemas de saúde psicológica como a depressão ou a ansiedade (Santos et al., 2021).

Os riscos psicossociais com maior impacto na saúde física e mental dos trabalhadores das diferentes organizações estão relacionados com: as tarefas laborais, controlo sobre as tarefas e a organização do trabalho e repetição das tarefas, realização de tarefas perigosas, a organização do trabalho, horários de trabalho contínuos e excessivos, horários por turnos, trabalhar com más condições (interrupções, muito barulho, pouca luz, equipamento ou mobiliário desadequado ou perigoso), conflitos e má relação entre os trabalhadores e os diferentes departamentos da organização, falta de oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional, ambiente laboral de conflito, assédio e violência, dificuldade em conciliar os compromissos laborais e familiares, stresse ocupacional (Santos et al., 2021). De acordo com os mesmos autores, existem diferentes graus de gravidade e tipos de problemas de saúde psicológica, sendo que os mais frequentes são a depressão, a ansiedade e o stresse. Estes riscos traduzem-se num conjunto de consequências nefastas quer para os trabalhadores, tais como, sofrimento pessoal e familiar, doenças físicas (dores musculares e articulares, dores de cabeça, problemas cardiovasculares ou hipertensão), doenças mentais (depressão ou o *burnout*, perda de salário e gastos de saúde adicionais), assim como também para o empregador e as organizações, desde absentismo, presentismo, diminuição da produtividade e da qualidade do trabalho, conflitos e degradação do clima de trabalho, necessidade de substituir os trabalhadores, custos com despesas de saúde (Santos et al., 2021).

Os riscos psicossociais no trabalho são aspetos da conceção do trabalho e dos contextos sociais, organizacionais e de gestão do trabalho que podem causar danos psicológicos ou físicos. Relacionam-se com o trabalho e encontram-se entre as questões mais desafiadoras na segurança e saúde ocupacional, influenciando significativamente a saúde dos trabalhadores, organizações e economias nacionais. Estes surgem do tipo de trabalho, gestão, organização e contexto social de trabalho pobre, resultando em consequências físicas, psicológicas e sociais adversas, como o stresse relacionado com o trabalho, depressão ou *burnout*. Mais especificamente, os riscos psicossociais estão relacionados com a baixa satisfação no trabalho, problemas de saúde, acidentes de trabalho, stresse e *burnout* (Franklin & Gkiouleka, 2021).

Os riscos psicossociais estão intimamente relacionados com o stresse laboral, que tem sido associado a uma redução na interação social e na capacidade de concentração no trabalho, aumento da dor fisiológica, problemas cardiovasculares e uma maior incidência de doenças mentais, como a depressão e a ansiedade. Os riscos psicossociais que podem agravar o stresse também podem afetar outros aspetos relacionados com o trabalho, como a satisfação e a motivação no trabalho ou *engagement* no trabalho (Nielsen et al., 2019).

Nos diferentes setores laborais, o setor da saúde é um dos que tradicionalmente parece ser mais afetado por esses tipos de condições, em particular no que diz respeito aos enfermeiros, que constituem um grupo profissional com elevada responsabilidade, exigência e insegurança no trabalho. Este dado é de suma importância, visto que os enfermeiros desempenham um papel vital nos sistemas de saúde, constituindo o maior grupo de profissionais de saúde. Assim, menores condições de trabalho não afetam somente o bem-estar ou a qualidade da vida dos enfermeiros, mas também o seu desempenho e o funcionamento de todo o sistema de saúde (Everhart et al., 2013). Em consonância com estes pressupostos, a OMS (2020) sugere que se dê prioridade à saúde física e mental e à segurança dos enfermeiros em contexto laboral.

Durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde vivenciaram elevada carga de trabalho e foram expostos a vários stressores psicossociais. O impacto da pandemia não está apenas relacionado com o aumento da sobrecarga de trabalho, mas com o medo de contrair a doença COVID 19 e transmitir aos seus familiares, trabalhar com novos protocolos frequentemente em alteração, utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) limitados e cuidar de doentes infetados. A pandemia exacerbou os stressores nos sistemas ou serviços de saúde, nos quais o esgotamento dos profissionais de saúde em resposta ao stresse no local de trabalho já é uma epidemia (Duarte et al., 2020).

De acordo com estudos recentes, alguns profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros, desenvolveram sofrimento psicológico, fadiga e esgotamento, enquanto enfrentavam a pandemia de COVID-19 (Albott et al., 2020; Walton et al., 2020). O conhecimento sobre o impacto da COVID-19 na saúde mental dos enfermeiros ainda é escasso. No entanto, alguns insights sobre as possíveis consequências para a saúde mental decorrente de surtos de infeção grave podem ser obtidos a partir de estudos realizados nos contextos de outros surtos, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012. Esses estudos indicam que os profissionais de saúde vivenciaram distúrbios psicológicos adversos, como a ansiedade, o medo e a estigmatização, durante e após os surtos (Li et

al., 2015; Portero et al., 2019).

Os enfermeiros não têm apenas um elevado risco de exposição à infeção, mas também uma grande carga de stresse em termos de saúde mental, especialmente aqueles que trabalham diretamente com pessoas que têm ou são suspeitas de ter COVID-19 (Duarte et al., 2020). Um estudo realizado na China com 1257 profissionais de saúde (60,8% enfermeiros e 39,2% médicos), dos quais 41,5% eram profissionais de primeira linha no combate à pandemia, concluiu que 71,5% sofriam de angústia, 50,4% de sintomas de depressão e 44,6% de ansiedade, sendo essas consequências mais evidentes nas enfermeiras (Lai et al., 2020). Outro estudo, realizado também na China com 134 profissionais de saúde da linha de frente no combate à pandemia COVID 19 (41% enfermeiros, 35,1% médicos, 23,9% equipa de apoio) mostrou que mais da metade dos profissionais de saúde tinham níveis moderados a severos de perceção de stresse (Zhang et al., 2020). Em Itália, Rossi et al. (2020), concluíram que, durante a pandemia por COVID-19, 24,7% dos enfermeiros tinham sintomas de depressão, 21,9% tinham elevado stresse percebido e 19,8% tinham sintomas de ansiedade.

Binnie et al. (2021) realizaram um estudo de coorte transversal no qual avaliaram a relação entre a exposição à COVID-19 e a saúde mental em profissionais de saúde de 30 Unidades de Cuidados Intensivos canadenses, em abril de 2020, durante a fase da primeira onda da pandemia. O sofrimento psicossocial foi avaliado através do Questionário de Saúde Geral de 12 itens (*General Health Questionnaire*, GHQ-12). Os participantes foram questionados sobre as fontes de stresse, bem como sobre a exposição a doentes com COVID-19 e a disponibilidade de EPI. Fatores associados a sofrimento psicossocial clinicamente relevante foram identificados. OS resultados indicam que 64,5% dos profissionais de saúde pontuaram ≥ 3 pontos no questionário GHQ-12, indicando sofrimento psicossocial clinicamente relevante. A frequência do sofrimento psicossocial foi maior entre os enfermeiros (75,7%) e menor entre os médicos (49,4%). Também foi maior entre as mulheres (64,9%) do que entre os homens (47,6%). Embora a disponibilidade de EPI's fosse boa (> 80% dos participantes relataram disponibilidade adequada), houve ansiedade significativa em relação à disponibilidade de EPI's, no que se refere ao risco de infeção pelo COVID-19 e ao risco de transmissão do COVID-19 para outros. Na análise de regressão multivariável, a ansiedade em relação a estar infetado com COVID-19 (OR 1,53, IC 1,31-1,81) foi o mais forte preditor positivo de sofrimento psicossocial clinicamente relevante, enquanto o número de turnos com exposição a COVID-19 (OR 0,86, IC 0,75-0,95) foi o preditor negativo mais forte. Os autores concluíram que o sofrimento psicossocial clinicamente relevante foi identificado entre a

maioria dos profissionais de saúde a exercerem numa Unidade de Cuidados Intensivos, particularmente os enfermeiros, durante a primeira fase da pandemia de COVID-19, incluindo aqueles com exposição mínima ou nenhuma exposição ao COVID-19, o que levou os autores a sugerirem a necessidade de estratégias de apoio à saúde mental para os profissionais de saúde de Unidades de Cuidados Intensivos (Binnie et al., 2021).

Os enfermeiros que exercem em cuidados intensivos correm o risco de ter problemas de saúde mental durante surtos de doenças emergentes. Para além de testemunharem as formas mais graves de doença, realizam procedimentos médicos geradores de aerossol, o que pode aumentar o risco de transmissão de infeção (Doremalen et al., 2020). Um estudo com profissionais de saúde de uma Unidade de cuidados Intensivos de França revelou altas taxas de ansiedade (50,4%), depressão (30,4%) e dissociação traumática (32%) nos profissionais de saúde, particularmente nos enfermeiros, no pico da primeira onda da pandemia. O nível de exposição à COVID-19 foi muito alto. Notavelmente, a carga de COVID-19 nessas Unidades de Cuidados Intensivos foi elevada, com cada uma a tratar, em média, 478 doentes com COVID-19 durante a primeira onda da pandemia (Azoulay et al., 2020). Um estudo do Reino Unido relatou depressão severa em 6% de enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos e ansiedade severa em 11%, no entanto, o estudo foi realizado em junho e julho de 2020, vários meses após o primeiro surto de COVID-19. Um estudo com enfermeiras de Unidades de Cuidados Intensivos na Holanda também conduzido após o primeiro surto da pandemia revelou sintomas de ansiedade em 27,0% e depressão em 18,6% dos enfermeiros (Greenberg et al., 2021).

A pandemia por COVID-19 constituiu-se como uma grave emergência de saúde que afetou países em todo o mundo. As emergências de saúde são um fator de risco psicossocial crítico para os enfermeiros. Em geral, os riscos psicossociais constituem problemas graves, pois afetam a saúde, a produtividade e a eficiência dos trabalhadores. Tendo por base o exposto, Giménez-Espert et al. (2020) realizaram um estudo no qual analisaram a perceção do COVID-19 pelos enfermeiros, principalmente sobre as medidas, recursos e o impacto no seu dia-a-dia de trabalho, bem como analisaram os riscos psicossociais desses profissionais e a relação entre a perceção do COVID-19 e esses riscos. Tratou-se de um estudo descritivo correlacional numa amostra de conveniência de 92 enfermeiros de dois hospitais públicos da Comunidade Valenciana (Espanha), maritalmente do género feminino (79,1%), com idades entre os 24-63 ($M=43,37\pm 11,58$ anos). Os dados foram recolhidos através de um questionário autopreenchido *online* durante o aumento da pandemia de 29 de março a 8 de abril, quando o número de infeções passou de 78.797 para 146.690. O estudo mostra que as medidas e recursos

disponíveis para a COVID-19 eram relativamente baixos e o impacto no trabalho foi elevado. Os riscos psicossociais mais proeminentes foram as exigências emocionais, quantitativas e cognitivas, bem como o ritmo e a carga de trabalho. Em contraste, o envolvimento dos enfermeiros no trabalho foi médio e a sua satisfação é elevada. Registo de uma relação negativa e significativa entre as informações disponíveis aos enfermeiros, as medidas implementadas e os recursos para lidar com alguns dos seus riscos psicossociais, e uma relação positiva com a satisfação no trabalho e o *engagement* no trabalho.

As consequências psicossociais da pandemia por COVID-19 são graves para os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, devido ao maior nível de exposição. Os enfermeiros muitas vezes enfrentam enorme pressão psicológica como resultado da carga de trabalho, longas horas de trabalho e trabalho num ambiente de elevado risco, como é o caso das Unidades de Cuidados Intensivos (Brooks et al., 2020). Neste âmbito, faz-se também referência a um estudo transversal de base institucional realizado em hospitais de referência do noroeste de Amhara, entre 25 de setembro a 20 de outubro de 2020, cujo objetivo consistiu em avaliar a prevalência e os fatores associados à ansiedade, depressão e stresse entre 302 enfermeiros a exercerem em Unidades de cuidados Intensivos. As evidências revelam uma prevalência de ansiedade, depressão e stresse entre os enfermeiros foi de 69,6%, 55,3% e 20,5%, respetivamente. A indisponibilidade de uma orientação, o medo de infetar a família e de ser contaminado aumentaram o risco de desenvolver ansiedade. Os enfermeiros que não tinham orientação, com fraco suporte familiar e com história de transtornos mentais e doenças crónicas apresentaram maior risco de depressão. O trabalho noturno, a falta de treino, o medo de infetar a família, o feedback negativo da família, a presença de casos confirmados/suspeitos na família e ter doenças crónicas foram fatores preditores do aumento do risco de desenvolver stresse (Mekonen et al., 2020).

Tendo por base as evidências apresentadas aleadas às vivências na primeira pessoa, justifica-se a elaboração do presente trabalho de investigação. Desde que se trabalha em cuidados intensivos já se vivenciaram várias situações complexas, não com a dimensão desta pandemia, mas em muito com cenários semelhantes, como, por exemplo, a Gripe A e o Ébola, e pergunta-se, qual foi o ensinamento que se retirou, para lá de como usar os EPI's, o que se fez para que os enfermeiros se pudessem tornar mais resilientes, mais imponderados do ponto de vista mental e emocional. Há dificuldade em encontrar essa resposta, provavelmente porque não se aprendeu o suficiente ou por se julgar que não se viveria nada mais do género, mas vivenciou-se e em escala pandémica e, quem sabe se

no futuro voltará a acontecer. Por conseguinte, será ideal que se possa crescer e encontrar este background que tornará os enfermeiros mais fortes e capazes do ponto de vista psicossocial. Foi observado e vivenciado na primeira pessoa o comportamento e o estado mental de muitos colegas que deixaram de ir a casa, tinham medo, colegas a chorar angustiados por terem filhos recém-nascidos, mais tarde nem almoçavam perto uns dos outros, olhavam uns para os outros como um perigo, às vezes quase dava a sensação de se ser criminoso por ser um possível portador da doença. Deste modo, o presente estudo assume-se como um contributo para uma maior sensibilização de toda a comunidade, sobretudo para os órgãos institucionais para que possam dar mais atenção aos enfermeiros em geral e, no caso concreto, aos que exercem em Unidades de Cuidados Intensivos, minimizando-se o impacto psicológico relacionado com o trabalho e proteger a sua saúde física e mental. O Governo deve desenvolver e implementar programas nacionais de saúde e segurança ocupacional, prevenir os fatores de risco psicossociais, melhorar o bem-estar psicológico e proteger contra os riscos físicos e biológicos para cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros.

Os enfermeiros, particularmente os que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos estiveram em situação de vulnerabilidade para o desenvolvimento de quadros de stresse. Por si só, em condições normais, numa Unidade de Cuidados Intensivos, “a rotina de trabalho é marcada pela variabilidade, incerteza e risco, fatores que podem ser desencadeadores de stresse” (Sousa et al., 2021, p. 2). Estes fatores foram exacerbantes durante a pandemia, o que requereu um esforço adicional. No âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica, para além das competências que o enfermeiro em Cuidados Intensivos possui para lidar com a complexidade inerente a esse contexto, estes vivenciaram situações peculiares devido à pandemia por COVID-19 (Conze et al., 2021). Estes tiveram a necessidade de se adaptar a uma nova forma de prestar cuidados que incluíam o espaço físico, novos protocolos institucionais, contínua utilização de EPI’s, com altos níveis de *burnout* entre os participantes, com exaustão emocional em 70% e 49% de realização pessoal (Sade et al., 2020).

A enfermagem é reconhecida pela sua capacidade de compreender e cuidar do ser humano em geral, auxiliando-o nas suas questões de saúde. Neste sentido, os enfermeiros a exercerem em cuidados intensivos são profissionais capacitados para atender às necessidades holísticas da pessoa em situação crítica e seus familiares. Além disso, com base nas evidências nacionais e internacionais e tendo em conta que a Enfermagem é uma profissão única na qual a experiência do enfermeiro é o atributo mais

significativo do crescimento profissional e do desenvolvimento do conhecimento, como defende Benner (2001), o presente trabalho tem como objetivo avaliar os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos da região centro de Portugal, em situação de pandemia COVID-19.

2. METODOLOGIA

Após o estado da arte, estão reunidas as condições para a definição da questão de investigação e dos objetivos do estudo, determinação do tipo de estudo, população e amostra, variáveis e instrumento de colheita de dados.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A presente investigação tem como questões de investigação:

- Quais são os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19?
- Qual é a relação de variáveis sociodemográficas e profissionais nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19?
- Qual é a opinião dos enfermeiros relativamente às variáveis contextuais das condições de trabalho associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19?
- Qual é a relação das variáveis contextuais das condições de trabalho nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19?

Após a formulação da questão de investigação e para precisar e orientar o estudo, definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19;
- Avaliar a opinião dos enfermeiros relativamente às variáveis contextuais das condições de trabalho associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19
- Determinar a relação de variáveis sociodemográficas e profissionais nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19;
- Determinar a relação das variáveis contextuais das condições de trabalho nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional de enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva em situação de pandemia COVID-19.

2.2. TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com enfoque transversal, uma vez que o mesmo permite “analisar a incidência, distribuição e relações entre as variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2021, p. 317).

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi selecionada por conveniência numa população de 56 enfermeiros que exerceram funções na Unidade de Cuidados Intensivos de uma Unidade de Saúde Local da Beira Alta de Portugal durante a pandemia por COVID-19, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro; ter trabalhado na Unidade de Cuidados Intensivos durante a pandemia por COVID-19; aceitar participar no estudo. Da totalidade da população acessível participaram 54 enfermeiros.

2.4. INSTRUMENTOS

Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e contextual às condições de trabalho e o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) II – Versão Curta* (Kristensen, 2001; Tradução e adaptação de Silva et al., 2011), que foi desenvolvido e validado por Borg et al (2000) com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen*, para criar um instrumento válido e compreensível que avaliasse fatores psicossociais.

O questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e contextual às condições de trabalho foi realizado *ad hoc* pela autora do presente estudo:

Caracterização sociodemográfica, profissional: permitiu recolher informações sobre o sexo, idade, viver com o(a) companheiro(a), possuir filhos, habilitações académicas, acumular funções noutra instituição, para além desta, vínculo contratual, tempo de exercício profissional, pertence ou já pertenceu ao serviço de Medicina Intensiva, anos de experiência na Medicina Intensiva e folgas semanais;

Variáveis contextuais das condições de trabalho associados ao exercício

profissional de enfermagem

- a) **Condições de trabalho:** possui duas questões, uma relativa ao nível de dificuldade sentida, durante a pandemia, para lidar com as mais recentes mudanças das diretrizes do serviço, com classificação da mesma numa escala de 0 a 10; outra para classificação, numa escala de 0 a 10, do receio sentido em ficar infetado com COVID-19;
- b) **Opinião dos inquiridos face à pandemia:** contém uma escala de tipo likert de 0 a 5, em que 0 corresponde a “Nunca” e 5 a “Sempre”, constituída por 17 itens, que permitem avaliar a opinião dos inquiridos tendo em conta a pandemia provocada pela COVID-19. Contém ainda uma questão aberta para enumeração das duas maiores dificuldades no exercício da sua função no serviço de Medicina Intensiva, durante a pandemia;
- c) **Estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante a pandemia:** escala de tipo likert de 0 a 4, em que 0 corresponde a “Nunca” e 4 a “Sempre”, para conhecer as estratégias utilizadas durante a pandemia, tendo em conta a função de cada respondente no serviço de Medicina Intensiva;

O **Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) II – Versão Curta** é um instrumento multidimensional, que encerra uma metodologia tripartida. Reúne um consenso internacional em relação à sua validade, compreensibilidade e modernidade no que se refere à avaliação de diversas dimensões psicossociais que se encontram inerentes ao contexto laboral. Este questionário foi reformulado em 2007 (COPSOQ II). A sua construção baseou-se no modelo de Karasek (exigência e controlo), que pretende explicar que o stresse é consequência de exigências elevadas no local de trabalho e ainda de um apoio social baixo (Kristensen et al, 2005, cit. por Silva, 2006).

A versão portuguesa do COPSOQ assemelha-se à escala original, encontrando-se disponível igualmente em três versões: curta, média e longa, sendo que as versões curta e média foram desenvolvidas empiricamente a partir da versão longa.

Nesta investigação, será utilizada a versão curta, uma vez que a investigadora se encontra mais focada na área da saúde, ou seja, esta opção deve-se ao facto de a versão incluir apenas as dimensões psicossociais com evidência epidemiológica de relação com a saúde. Esta versão (26 subescalas e 41 questões) tem questões que objetivam a autoavaliação por parte dos trabalhadores.

Os itens são avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que, 1 =Nunca/Quase nunca, 2 =Raramente, 3 =Às vezes, 4 =Frequentemente e 5=Sempre, ou então

1=Nada/quase nada, 2 =Um pouco, 3 =Moderadamente, 4 =Muito e 5= Extremamente. A cotação das respostas obedece a estes valores, sendo que cada item pode ser cotado de 1 a 5, é de referir que a versão curta não contém itens invertidos ao contrário das outras duas versões (Silva et. al, 2006).

A análise dos resultados é feita por uma interpretação de cada fator individualmente, dado que o instrumento avalia diversos riscos psicossociais e variáveis de stresse, saúde e de satisfação. Deste modo, calcula-se a média dos itens para cada fator, interpretando esse valor conforme o fator/subescala em causa. Poderá ainda situar-se a média obtida no fator em tercis, ou seja, realizar uma divisão da amplitude da cotação dos itens de cada subescala em três partes iguais, sendo que os respetivos pontos de corte seriam 2,33 e 3,66. Este tipo de divisão (tripartida) possibilita uma interpretação gráfica tipo “semáforo”, consoante o impacto que esta tiver para a saúde em que a exposição a determinada dimensão irá representar. Pode, então, assumir-se que *verde* representará uma situação favorável para a saúde, *amarelo* será uma situação intermédia e o *vermelho* irá representar um risco para a saúde (Silva et. al, 2006).

Na tabela que se segue apresenta-se o número de itens para cada subescala avaliada na versão curta (versão em estudo).

Tabela 1. Número de itens e subescalas da Versão Curta do COPSOQ

Dimensões Psicossociais	Nº Itens
Exigências quantitativas	2
Ritmo de trabalho	1
Exigências cognitivas	2
Exigências emocionais	1
Influência no trabalho	1
Possibilidade de desenvolvimento	2
Significado do trabalho	2
Compromisso face ao trabalho	1
Previsibilidade	2
Recompensas	2
Transparência laboral	1
Qualidade de liderança	2
Apoio social de superiores	1
Insegurança laboral	1
Satisfação laboral	1
Conflito trabalho/família	2
Confiança vertical	2
Justiça e respeito	2
Comunidade social no trabalho	1
Autoeficácia	1
Saúde geral	1
<i>Stress</i>	2
Burnout	2
Problemas em dormir	1
Sintomas depressivos	1

Comportamentos ofensivos	4
Número de Subescalas	26
Número de Questões	41

Consistência Interna do COPSOQ para o presente estudo

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao presente estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada uma das dimensões. Na tabela seguinte estão esquematizados os respetivos *Alpha de Cronbach* obtidos para cada uma das dimensões após a devida correção. Assim, constatou-se que, pela análise das correlações da respetiva dimensão com as restantes, estas oscilam entre associações positivas fracas (0,007) e associações positivas substanciais (0,650). Estes valores são bons, porque indicam que todas as dimensões contribuem com diferentes “pesos”, mas de forma homogênea e no mesmo sentido (correlações positivas) para os fatores de risco psicossociais. Já pela análise dos *alphas de cronbach*, os valores obtidos são bons (todos superiores a 0,853), o que indica que, mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (*alpha*) mantêm-se superiores a 0,853, sugerindo que, em termos globais, os fatores de risco psicossociais não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de *alpha* geral obtido (0,861) é considerado bom.

Tabela 2. Alpha de Cronbach para as dimensões dos fatores de risco psicossocial (COPSOQ) para o presente estudo

Consistência interna da escala	Alpha de Cronbach		
	Média dimensão excluída	Correlação	Alpha se dimensão excluída
Dimensões Psicossociais			
Exigências quantitativas	80,56	0,408	0,860
Ritmo de trabalho	80,18	0,440	0,859
Exigências cognitivas	79,38	0,622	0,855
Exigências emocionais	79,82	0,512	0,857
Influência no trabalho	79,73	0,512	0,857
Possibilidade de desenvolvimento	79,29	0,625	0,854
Significado do trabalho	79,30	0,591	0,857
Compromisso face ao trabalho	79,62	0,555	0,856
Previsibilidade	80,02	0,475	0,858
Recompensas	79,48	0,650	0,853
Transparência laboral	78,77	0,502	0,857
Qualidade de liderança	79,83	0,493	0,857
Apoio social de superiores	79,55	0,603	0,853
Insegurança laboral	80,64	0,054	0,874
Satisfação laboral	79,53	0,395	0,861
Conflito trabalho/família	80,41	0,543	0,856
Confiança vertical	79,24	0,587	0,855
Justiça e respeito	79,89	0,578	0,855
Comunidade social no trabalho	79,10	0,419	0,860
Autoeficácia	79,03	0,531	0,857
Saúde geral	79,82	0,088	0,868
Stress	80,42	0,162	0,868
Burnout	80,24	0,240	0,865
Problemas em dormir	80,29	0,256	0,865
Sintomas depressivos	80,93	0,007	0,871
Comportamentos ofensivos	82,02	0,187	0,867

2.5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo de avaliação foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética para a saúde e o instrumento de recolha de dados foi divulgado a partir do Google Docs e enviado um email a todos os enfermeiros para que estes respondessem *online*. Nesse convite, foram dadas todas as indicações necessárias à sua participação. Qualquer trabalho de investigação deve seguir os pressupostos constantes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, pelo que na elaboração deste estudo cumpriram-se com rigor metodológico essas considerações. Deste modo, ao longo de todo o processo foram garantidos os procedimentos éticos e deontológicos que se referem à confidencialidade e ao anonimato das respostas, bem como a natureza voluntária da participação, podendo os participantes desistir em qualquer momento da investigação. Toda a informação recolhida foi sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Os dados foram codificados e utilizados para fins de tratamento estatístico, após o qual serão destruídos. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao programa de análise estatística de dados IBM - *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS), versão 26.0, de modo a preparar o tratamento estatístico. Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Em relação à estatística descritiva determinou-se: frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão_Dp, mínimo_Min. e máximo_Máx.). A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada pela aplicação de teste Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (Pestana & Gageiro, 2020) cujos resultados mostram que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente (Fatores de risco psicossociais em situação de pandemia COVID-19) não se encontra enquadrada na normalidade em nenhuma das suas dimensões, nomeadamente, todas ($p < 0,05$). Visto isto, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões ($p < 0,05$), resultando na utilização de medidas estatísticas não paramétricas.

Assim, para além da estatística descritiva, fez-se também uso da estatística inferencial, com recurso aos testes não paramétricos Teste U de Mann Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman. Em todos os testes, os valores de significância, considerados foram 5%, $p < 0,05$. A questão aberta relativa às duas maiores dificuldades no exercício da função no serviço de Medicina Intensiva, durante a pandemia, foi tratada segundo análise de conteúdo.

3. RESULTADOS

A apresentação do tratamento estatístico dos dados constitui a materialização de toda a informação que se recolheu ao longo do estudo. Assim, nesta parte do trabalho, apresentam-se os resultados obtidos, organizados de modo a facilitar a interpretação dos mesmos e alcançar os objetivos delineados.

Caracterização sociodemográfica

As estatísticas relativas à idade da amostra, indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 24 a 57 anos, com uma média de 40,76±7,00 anos, sendo a dispersão moderada (17,17%), tendo em conta a média encontrada.

Numa amostra de 54 inquiridos, a maioria é do género feminino (53,7%), com predomínio dos que se encontram na faixa etária dos 36-45 anos (55,6%), com companheiro(a) (85,2%) e com filhos (75,9%). Numa análise por género, verifica-se que as faixas etárias predominantes, em ambos os géneros, é a mesma, assim como a coabitação com companheiro e com filhos. Verifica-se que 61,1% dos participantes têm especialização. Situação dominada em ambos os géneros (cf. tabela 3)

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
		nº (25)	% (46,3)	nº (29)	% (53,7)	nº (54)	% (100,0)	1	2		
Idade	≤ 35 anos	5	20,0%	8	27,6%	13	24,1%	-0,7	0,7	3,220	0,200
	36 - 45 anos	17	68,0%	13	44,8%	30	55,6%	1,7	-1,7		
	> 45 anos	3	12,0%	8	27,6%	11	20,4%	-1,4	1,4		
Vive com companheiro	Sim	22	88,0%	24	82,8%	46	85,2%	0,5	-0,5	0,292	0,589
	Não	3	12,0%	5	17,2%	8	14,8%	-0,5	0,5		
Tem filhos	Sim	22	88,0%	19	65,5%	41	75,9%	1,9	-1,9	3,713	0,054
	Não	3	12,0%	10	34,5%	13	24,1%	-1,9	1,9		
Habilitações académicas	Licenciatura	2	8,0%	6	20,7%	8	14,8%	-1,3	1,3	1,821	0,402
	Especialização	16	64,0%	17	58,6%	33	61,1%	0,4	-0,4		
	Mestrado	7	28,0%	6	20,7%	13	24,1%	0,6	-0,6		
Total		25	100,0	29	100,0	54	100,0				

Caracterização profissional

As estatísticas relativas ao tempo de serviço indicam um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 a 25 anos, com uma média de 8,00±6,79 anos, sendo a dispersão elevada (84,87%), tendo em conta a média encontrada.

Os dados referentes à caracterização profissional dos participantes são apresentados na

tabela 4. No total da amostra, destacam-se os participantes com Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CIT) (59,3%), secundados pelos que têm Contrato de Trabalho em Função Pública (Funcionário Público) (CTFP) (37,0%). Numa análise por género, constata-se que, na maioria, quer os homens (72,0%) quer as mulheres (48,3%) têm um CIT. Apura-se que 60,0% dos homens acumulam funções, já as mulheres não o fazem com 75,9%. Os valores dos residuais ajustados e qui-quadrado indicam diferenças estatisticamente bastante significativas ($p=0,007$). Estão em semelhante percentagem os participantes homens e mulheres que referem já pertencer ao serviço (68,0%; e 72,4% respetivamente). Já para o tempo de serviço, a percentagem mais elevada corresponde a menos de 10 anos com 64,8%. Situação que se reflete em ambos os géneros. Uma folga semanal com 70,4% é a situação mais usual. Numa análise por género, 76,0% dos homens e 65,5% das mulheres admitem essa situação.

Tabela 4. Caracterização socioprofissional dos participantes em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
		nº (25)	% (46,3)	nº (29)	% (53,7)	nº (54)	% (100,0)	1	2		
Vínculo contratual	CTFP	7	28,0%	13	44,8%	20	37,0%	-1,3	1,3	4,026	0.134
	CIT	18	72,0%	14	48,3%	32	59,3%	1,8	-1,8		
	CITTC	0	0,0%	2	6,9%	2	3,7%	-1,3	1,3		
Acumula funções	Sim	15	60,0%	7	24,1%	22	40,7%	2,7	-2,7	7,152	0.007
	Não	10	40,0%	22	75,9%	32	59,3%	-2,7	2,7		
Já pertencia ao serviço	Sim	17	68,0%	21	72,4%	38	70,4%	-0,4	0,4	0,125	0.723
	Não	8	32,0%	8	27,6%	16	29,6%	0,4	-0,4		
Tempo de serviço	≤ 10 anos	19	76,0%	16	55,2%	35	64,8%	1,6	-1,6	2,558	0.278
	11 - 20 anos	5	20,0%	11	37,9%	16	29,6%	-1,4	1,4		
	> 20 anos	1	4,0%	2	6,9%	3	5,6%	-0,5	0,5		
Folgas por semana	Nenhuma	0	0,0%	1	3,4%	1	1,9%	-0,9	0,9	1,311	0.519
	Uma	19	76,0%	19	65,5%	38	70,4%	0,8	-0,8		
	Duas	6	24,0%	9	31,0%	15	27,8%	-0,6	0,6		
Total		25	100,0	29	100,0	54	100,0				

Caracterização contextual das condições de trabalho

As estatísticas relativas ao nível de dificuldade para lidar com as mudanças na pandemia, indicam um score mínimo e um máximo a oscilarem entre 1 a 10 pontos, com uma média de $6,43 \pm 2,23$ pontos, sendo a dispersão elevada (34,68%). As estatísticas relativas ao receio em ficar infetado com covid-19, indicam um score mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 a 10 pontos, com uma média de $6,00 \pm 2,88$ pontos, sendo a dispersão elevada (48,00%), tendo em conta a média encontrada. As estatísticas relativas aos 17 itens abordados para centrar a posição dos inquiridos face à pandemia estão apresentadas na tabela 5, de onde se salienta uma concordância mais elevada com “A equipa de enfermagem continuou a

demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro” seguido de “As exigências impostas pelo número de infetados com SARS-coV-2 causou um enorme desgaste físico e emocional” e de “A equipa de enfermagem redefiniu a sua estrutura, de forma a assegurar a segurança e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica”.

Tabela 5. Estatísticas relativas à posição dos inquiridos face à pandemia

	M	DP
Os procedimentos emanados pela DGS vieram suportar o que já estava instituído, criando maior confiança	3,31	0,773
Estiveram reunidas todas as condições para desenvolver uma prática de cuidados que respeitasse a dignidade humana e as suas responsabilidades profissionais	3,56	0,883
A prestação de cuidados de Enfermagem foi afetada, dificultando a sua humanização	3,26	1,067
Houve garantia dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	3,94	0,878
Houve adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	4,13	0,778
Os cuidados à pessoa em situação crítica processaram-se de forma eficaz, permitindo a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica	3,89	0,691
Houve insegurança e receio de ficar infetado(a) e transmitir aos familiares próximos	3,85	1,089
O uso dos EPI's, para além de causa de desconforto inerente e inevitável, interferiu na relação terapêutica com a pessoa em situação crítica	3,70	1,057
O isolamento do doente, sem direito a visitas, fazia com que fosse a sua companhia, apesar de existir a possibilidade de contacto com os familiares via internet	3,87	0,953
<i>A equipa de enfermagem continuou a demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro</i>	4,39	0,738
Continuou a preparar a transferência e a fazer chegar informação aos familiares ou cuidadores com o mesmo empenho	4,20	0,810
<i>A equipa de enfermagem redefiniu a sua estrutura, de forma a assegurar a segurança e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica</i>	4,30	0,768
Foram delineados processos de comunicação fluidos, com mensagens claras, concisas e transparentes entre a equipa de saúde	3,56	0,839
O elevado número de pessoas com SARS-coV-2 em situação crítica predis pôs a equipa a maior stresse	4,09	0,976
O rácio enfermeiro/doente permitiu a continuidade de cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa em situação crítica	3,57	0,983
<i>As exigências impostas pelo número de infetados com SARS-coV-2 causou um enorme desgaste físico e emocional</i>	4,33	0,952
Assegurou a gestão e organização dos cuidados, promovendo a segurança do doente e dos profissionais que trabalham no serviço	4,24	0,725

É de salientar ainda, que das várias dificuldades encontradas para lidar com o exercício de funções no serviço de Medicina Intensiva durante a pandemia, sobressaem a utilização exaustiva e longa de EPI's (n=54) e a intensa carga horária e laboral com que se depararam (n=52).

As estatísticas relativas aos 17 itens abordados para focalizar as estratégias desenvolvidas para lidar com a pandemia estão apresentadas na tabela 6, registando-se que o item “Autocontrolo (tentativa de se manter racional face a uma situação que pode causar desânimo)” seguido de “Apoio por parte dos membros da família “ e de “Apoio entre os pares” são os mais destacados.

Tabela 6. Estatísticas relativas às estratégias face à pandemia

	M	DP
Descanso entre os turnos de trabalho	2,37	0,875
Recurso a uma alimentação saudável	2,20	0,810
Ingestão hídrica adequada	2,22	1,093
Recurso a atividade física	1,31	1,079
Recurso a atividades relaxantes	1,37	1,051
Recurso a atividades recreativas (ex.: ler, ouvir música, ver filmes/séries)	2,07	1,079
Verbalização de sentimentos/emoções	2,17	0,947
Manutenção dos contactos sociais (à distância)	2,26	0,894
Apoio por parte dos membros da família	3,04	0,910
Apoio entre os pares	3,00	0,801
Facilitação no processo de comunicação com a equipa multiprofissional	2,52	0,863
Autocontrolo (tentativa de se manter racional face a uma situação que pode causar desânimo)	3,06	0,763
Reavaliação positiva (maximizar as mudanças positivas que ocorreram com a situação stressante)	2,78	0,816
Afastamento (tendência em evitar a todo custo a situação stressante)	1,43	0,860
Confronto (tentativa de modificar de alguma forma a situação stressante)	1,98	0,879
Resolução de problemas, através de um planeamento racional	2,76	0,775
Outras	1,44	1,058

Fatores de risco psicossociais

As estatísticas relativas às 26 dimensões da COPSOQ II (fatores de risco psicossocial) estão apresentadas na tabela 7, cujos resultados indicam um domínio da “*Transparência laboral*” seguido de “*Autoeficácia*” e de “*Comunidade social no trabalho*” (comportam maior fator de risco). Já os “*Comportamentos ofensivos*” e os “*Sintomas depressivos*” são os menos “cotados” (comportam menor fator de risco).

Tabela 7. Estatísticas relativas aos fatores de risco psicossociais

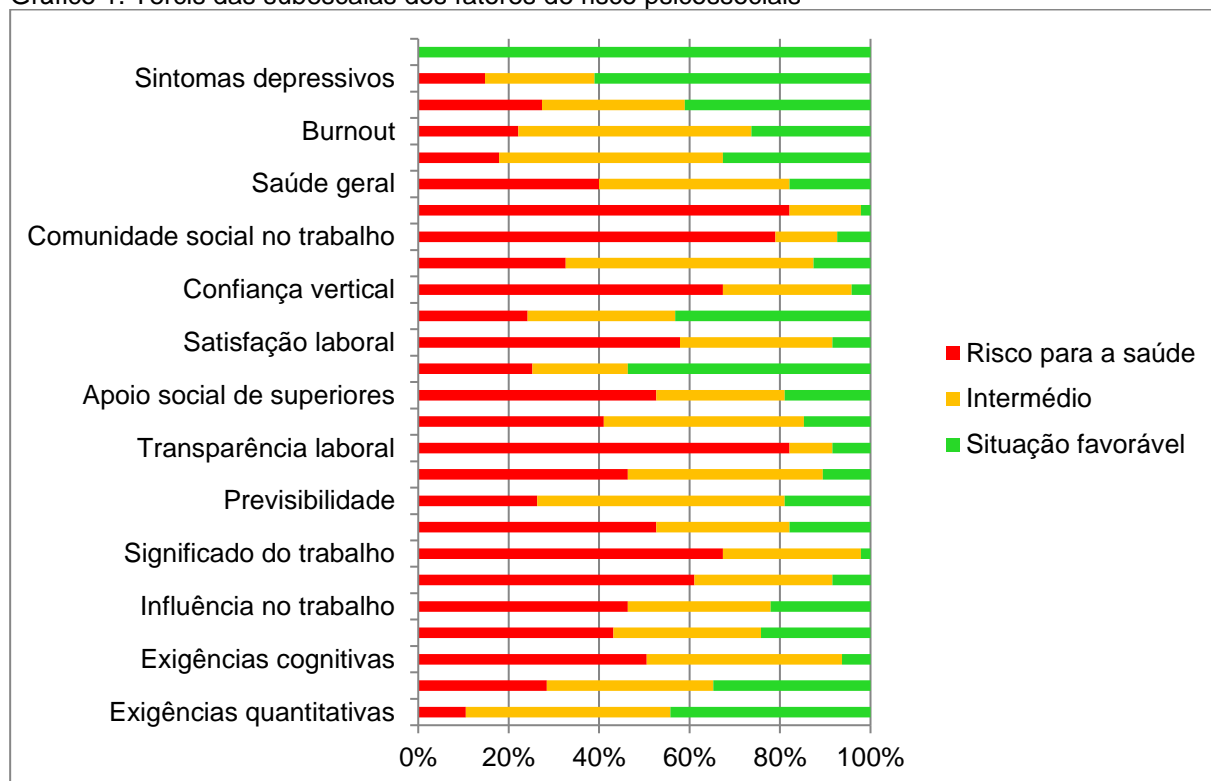
	M	DP
Exigências quantitativas	2,53	1,01
Ritmo de trabalho	2,91	1,03
Exigências cognitivas	3,70	0,80
Exigências emocionais	3,26	1,14
Influência no trabalho	3,35	1,10
Possibilidade de desenvolvimento	3,80	0,96
Significado do trabalho	3,79	0,62
Compromisso face ao trabalho	3,46	1,02
Previsibilidade	3,06	0,90
Recompensas	3,60	0,89
Transparência laboral	4,31	0,93
Qualidade de liderança	3,25	1,10
Apoio social de superiores	3,54	1,19
Insegurança laboral	2,44	1,25
Satisfação laboral	3,56	0,88
Conflito trabalho/família	2,68	1,05
Confiança vertical	3,84	0,92
Justiça e respeito	3,19	0,90
Comunidade social no trabalho	3,98	0,98
Autoeficácia	4,06	0,83
Saúde geral	3,26	0,78
<i>Stress</i>	2,67	1,06
Burnout	2,84	0,93
Problemas em dormir	2,80	1,03
Sintomas depressivos	2,15	0,92
Comportamentos ofensivos	1,06	0,19

Poderá ainda situar-se a média obtida no fator em tercis, ou seja, realizar uma divisão da amplitude da cotação dos itens de cada subescala em três partes iguais, sendo que os respetivos pontos de corte seriam 2,33 e 3,66. Este tipo de divisão (tripartida) possibilita uma interpretação gráfica tipo “semáforo”, consoante o impacto que esta tiver para a saúde em que a exposição a determinada dimensão irá representar. Pode, então, assumir-se que verde representará uma situação favorável para a saúde, amarelo será uma situação intermédia e o vermelho irá representar um risco para a saúde.

Assim sendo, pela análise do gráfico 1, constata-se o que foi dito anteriormente, ou seja, “*Transparência laboral*”; “*Autoeficácia*” e “*Comunidade social no trabalho*” são as dimensões que revelam maior “intensidade no semáforo vermelho e menor no semáforo verde” e consequentemente comportam maior fator de risco. Já os “*Comportamentos ofensivos*” e os

“*Sintomas depressivos*” são os que revelam menor “intensidade no semáforo vermelho e maior no semáforo verde” e consequentemente comportam menor fator de risco.

Gráfico 1. Tercis das subescalas dos fatores de risco psicossociais



Questão 1a – Qual é a relação das variáveis sociodemográficas nos fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos em situação de pandemia COVID-19?

Para sabermos a relação entre o género e as dimensões dos fatores de risco psicossocial associados à pandemia, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos a inexistência de diferenças significativas ($p > 0,05$) para todas as 26 dimensões. Contudo, constatamos uma tendência de ordenações médias superior nos elementos do género masculino na maioria das dimensões. Já para a idade, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos apenas a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) para a Comunidade social no trabalho, com ordenações médias mais elevadas para os elementos com 36-45 anos, e ordenações médias mais baixas nos mais velhos (>45 anos). Quanto à presença de companheiro versus as dimensões dos fatores de risco psicossocial, efetuamos um Teste U de Mann-Whitney (com e sem companheiro), de onde salientamos a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) para o Ritmo de trabalho e Conflito trabalho/famílias, com ordenações médias mais elevadas para os elementos sem

companheiro em ambas as situações (cf. tabela 8).

Tabela 8. Relação entre o género, idade e ter companheiro e os fatores de risco psicossociais

Variáveis	Género		Idade			Companheiro	
	Masculino	Feminino	<35	36-45	>45	Sim	Não
	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.
Exigências quantitativas	28,08	27,00	23,31	31,37	21,91	27,05	30,06
Ritmo de trabalho	28,28	26,83	23,50	27,25	32,91	25,80*	37,25*
Exigências cognitivas	29,56	25,72	28,27	26,10	30,41	26,60	32,69
Exigências emocionais	30,24	25,14	29,50	26,95	26,64	27,23	29,06
Influência no trabalho	30,72	24,72	29,23	25,15	31,86	27,18	29,31
Possibilidade de desenvolvimento	31,22	24,29	27,31	26,37	30,82	27,25	28,94
Significado do trabalho	28,86	26,33	29,96	25,43	30,23	28,17	23,63
Compromisso face ao trabalho	29,28	25,97	29,35	26,28	28,64	27,51	27,44
Previsibilidade	29,50	25,78	25,96	25,62	34,45	27,28	28,75
Recompensas	27,70	27,33	26,50	27,52	28,64	27,34	28,44
Transparência laboral	30,40	25,00	27,42	26,55	30,18	28,30	22,88
Qualidade de liderança	27,46	27,53	28,12	25,32	32,73	27,16	29,44
Apoio social de superiores	28,92	26,28	26,69	29,12	24,05	26,70	32,13
Insegurança laboral	31,62	23,95	25,27	29,35	25,09	26,80	31,50
Satisfação laboral	27,10	27,84	28,00	26,90	28,55	28,21	23,44
Conflito trabalho/família	30,06	25,29	26,85	29,15	23,77	25,77*	37,44*
Confiança vertical	29,68	25,62	31,08	23,28	34,77	26,97	30,56
Justiça e respeito	28,26	26,84	24,23	26,93	32,91	27,24	29,00
Comunidade social no trabalho	29,16	26,07	28,88*	30,88*	16,64*	26,92	30,81
Autoeficácia	26,68	28,21	26,15	26,90	30,73	27,87	25,38
Saúde geral	28,34	26,78	23,92	27,15	32,68	27,39	28,13
Stress	27,80	27,24	26,73	30,48	20,27	28,73	20,44
Burnout	27,66	27,36	29,12	28,87	21,86	26,71	32,06
Problemas em dormir	26,02	28,78	29,62	26,50	27,73	27,09	29,88
Sintomas depressivos	26,96	27,97	27,58	29,67	21,50	27,74	26,13
Comportamentos ofensivos	26,58	28,29	26,77	27,12	29,41	26,86	31,19
Teste	Mann-Whitney		Kruskal-Wallis			Mann-Whitney	
	*p<0,05		**p<0,01			***p<0,001	

Para sabermos a influência da existência de filhos nas dimensões dos fatores de risco psicossocial associados à pandemia, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos a existência de diferenças significativas ($p<0,05$) para a Transparência laboral, com ordenações médias mais elevadas para os elementos com filhos. Já para as habilitações académicas, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos a inexistência de diferenças significativas ($p>0,05$) para todas as 26 dimensões. Contudo, constatamos uma tendência de ordenações médias superior nos elementos licenciados na

maioria das dimensões (cf. tabela 9).

Tabela 9. Relação entre as variáveis ter filhos e habilitações académicas e os fatores de risco psicossociais

Variáveis	Tem filhos		Habilitações académicas		
	Sim	Não	Licenciat.	Especiali.	Mestrado
	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.
Dimensões Psicossociais					
Exigências quantitativas	28,63	23,92	32,88	26,00	28,00
Ritmo de trabalho	28,85	23,23	27,88	27,27	27,85
Exigências cognitivas	28,82	23,35	27,00	27,36	28,15
Exigências emocionais	28,24	25,15	37,63	25,18	27,15
Influência no trabalho	28,61	24,00	29,56	28,39	23,96
Possibilidade de desenvolvimento	28,62	23,96	30,00	26,48	28,54
Significado do trabalho	27,80	26,54	35,00	26,68	24,96
Compromisso face ao trabalho	27,63	27,08	29,38	28,08	24,88
Previsibilidade	29,00	22,77	23,69	29,29	25,31
Recompensas	27,79	26,58	22,13	31,09	21,69
Transparência laboral	30,10*	19,31*	26,69	29,17	23,77
Qualidade de liderança	27,71	26,85	31,25	28,12	23,62
Apoio social de superiores	27,00	29,08	31,56	29,89	18,92
Insegurança laboral	25,94	32,42	32,88	27,20	24,96
Satisfação laboral	27,40	27,81	26,50	29,26	23,65
Conflito trabalho/família	27,38	27,88	25,81	25,89	32,62
Confiança vertical	28,61	24,00	28,81	26,59	29,00
Justiça e respeito	27,82	26,50	22,44	28,18	28,88
Comunidade social no trabalho	27,70	26,88	25,50	29,41	23,88
Autoeficácia	28,00	25,92	23,50	29,27	25,46
Saúde geral	29,04	22,65	25,44	28,26	26,85
Stress	27,01	29,04	33,25	25,52	29,00
Burnout	26,35	31,12	29,50	24,92	32,81
Problemas em dormir	27,23	28,35	15,63	29,18	30,54
Sintomas depressivos	26,38	31,04	29,44	26,58	28,65
Comportamentos ofensivos	26,43	30,88	27,63	27,89	26,42
Teste	Mann-Whitney		Kruskal-Wallis		
	*p<0,05		**p<0,01		
			***p<0,001		

Questão 1b – Qual é a relação das variáveis profissionais com os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos em situação de pandemia COVID-19?

Relativamente ao vínculo laboral, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos apenas a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) para os Comportamentos ofensivos, com ordenações médias mais elevadas para os elementos com CITTC, e ordenações médias mais baixas nos CIT. Quanto à acumulação de funções *versus* as dimensões dos fatores de risco psicossocial, efetuamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) também para os Comportamentos ofensivos, com ordenações médias mais elevadas para os elementos com acumulação de funções (cf. tabela 10).

Tabela 10. Relação entre as variáveis vínculo laboral, acumulação de funções e os fatores de risco psicossociais

Variáveis	Vínculo laboral			Acumula funções	
	CTFP	CIT	CITTC	Sim	Não
	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.
Dimensões Psicossociais					
Exigências quantitativas	24,28	30,03	19,25	24,50	29,56
Ritmo de trabalho	30,98	26,30	12,00	31,05	25,06
Exigências cognitivas	29,65	27,17	11,25	28,59	26,75
Exigências emocionais	30,08	26,11	24,00	27,41	27,56
Influência no trabalho	28,48	27,19	22,75	27,23	27,69
Possibilidade de desenvolvimento	28,55	27,14	22,75	27,02	27,83
Significado do trabalho	28,30	26,94	28,50	29,70	25,98
Compromisso face ao trabalho	28,63	27,80	11,50	27,66	27,39
Previsibilidade	27,38	27,63	26,75	27,20	27,70
Recompensas	26,45	28,33	24,75	24,93	29,27
Transparência laboral	28,18	27,47	21,25	28,43	26,86
Qualidade de liderança	27,48	26,94	36,75	26,55	28,16
Apoio social de superiores	26,68	28,03	27,25	29,07	26,42
Insegurança laboral	26,53	27,58	36,00	30,16	25,67
Satisfação laboral	27,18	27,86	25,00	27,32	27,63
Conflito trabalho/família	24,18	30,14	18,50	28,00	27,16
Confiança vertical	29,50	26,09	30,00	27,00	27,84
Justiça e respeito	30,73	25,11	33,50	28,32	26,94
Comunidade social no trabalho	25,40	28,98	24,75	24,73	29,41
Autoeficácia	31,30	25,19	26,50	24,18	29,78
Saúde geral	26,80	28,31	21,50	27,55	27,47
Stress	24,70	29,45	24,25	30,14	25,69
Burnout	25,63	28,58	29,00	28,16	27,05
Problemas em dormir	24,10	29,97	22,00	24,32	29,69
Sintomas depressivos	24,85	29,27	25,75	28,61	26,73

Comportamentos ofensivos	29,88*	25,28*	39,25*	30,73*	25,28*
Teste	Kruskal-Wallis			Mann-Whitney	
	*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001		

Em relação ao tempo de serviço, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos a inexistência de diferenças significativas ($p > 0,05$) para todas as 26 dimensões. Contudo, constatamos uma tendência de ordenações médias superior nos elementos com mais de 20 anos de serviço na maioria das dimensões. Quanto facto de já pertencer ou não ao serviço *versus* as dimensões dos fatores de risco psicossocial, efetuamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos a inexistência de diferenças significativas ($p > 0,05$) para todas as 26 dimensões. Contudo, constatamos uma tendência de ordenações médias superior nos elementos que não pertenciam ao serviço na maioria das dimensões (cf. tabela 11).

Tabela 11. Relação entre as variáveis tempo de serviço, pertença ao serviço e os fatores de risco psicossociais

Variáveis	Tempo de serviço			Pertencia ao serviço	
	<10	11-20	>20	Sim	Não
	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.
Dimensões Psicossociais					
Exigências quantitativas	27,43	27,16	30,17	26,24	30,50
Ritmo de trabalho	25,51	31,16	31,17	27,47	27,56
Exigências cognitivas	26,26	28,47	36,83	27,37	27,81
Exigências emocionais	26,59	27,66	37,33	29,01	23,91
Influência no trabalho	26,80	26,31	42,00	27,39	27,75
Possibilidade de desenvolvimento	26,59	26,53	43,33	27,54	27,41
Significado do trabalho	26,96	25,44	44,83	27,03	28,63
Compromisso face ao trabalho	27,01	27,22	34,67	29,17	23,53
Previsibilidade	25,39	29,88	39,50	26,53	29,81
Recompensas	26,97	27,53	33,50	25,97	31,13
Transparência laboral	26,09	29,69	32,33	28,93	24,09
Qualidade de liderança	25,51	30,78	33,17	26,64	29,53
Apoio social de superiores	26,94	27,50	34,00	26,20	30,59
Insegurança laboral	28,84	24,03	30,33	27,70	27,03
Satisfação laboral	26,67	26,72	41,33	27,13	28,38
Conflito trabalho/família	27,71	23,88	44,33	27,95	26,44
Confiança vertical	26,50	26,94	42,17	26,92	28,88
Justiça e respeito	24,44	31,22	43,33	28,16	25,94
Comunidade social no trabalho	28,14	26,28	26,50	27,11	28,44
Autoeficácia	25,86	27,63	46,00	28,16	25,94
Saúde geral	27,87	26,47	28,67	27,22	28,16
Stress	27,90	26,22	29,67	29,72	22,22
Burnout	27,50	26,38	33,50	29,07	23,78
Problemas em dormir	27,44	26,13	35,50	27,13	28,38

Sintomas depressivos	29,17	25,28	19,83	28,08	26,13
Comportamentos ofensivos	26,77	29,66	24,50	27,33	27,91
Teste	Kruskal-Wallis			Mann-Whitney	
	*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001		

Relativamente ao n.º de folgas semanais, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos apenas a existência de diferenças significativas (p<0,05) para a Justiça e Respeito, com ordenações médias mais elevadas para os elementos sem folgas, e ordenações médias mais baixas nos inquiridos com 1 folga (cf. tabela 12).

Tabela 12. Relação entre a variável folgas semanais e os fatores de risco psicossociais

Dimensões Psicossociais	Variáveis	Folgas semanais		
		nenhuma	uma	duas
		Ord. Méd.	Ord. Méd.	Ord. Méd.
Exigências quantitativas		44,00	27,92	25,33
Ritmo de trabalho		45,50	28,63	23,43
Exigências cognitivas		33,00	26,74	29,07
Exigências emocionais		38,50	27,01	28,00
Influência no trabalho		37,50	26,29	29,90
Possibilidade de desenvolvimento		51,00	26,91	27,43
Significado do trabalho		52,50	27,68	25,37
Compromisso face ao trabalho		36,00	27,99	25,70
Previsibilidade		36,50	27,33	27,33
Recompensas		51,50	27,20	26,67
Transparência laboral		40,00	25,87	30,80
Qualidade de liderança		51,50	26,33	28,87
Apoio social de superiores		47,50	27,01	27,40
Insegurança laboral		8,50	27,30	29,27
Satisfação laboral		52,00	25,97	29,73
Conflito trabalho/família		46,50	26,74	28,17
Confiança vertical		49,00	26,62	28,30
Justiça e respeito		53,50*	24,57*	33,20*
Comunidade social no trabalho		46,00	25,43	31,50
Autoeficácia		46,00	25,24	32,00
Saúde geral		21,50	28,22	26,07
Stress		48,50	27,76	25,43
Burnout		49,00	27,01	27,30
Problemas em dormir		46,00	26,58	28,60
Sintomas depressivos		26,50	28,92	23,97
Comportamentos ofensivos		24,50	28,76	24,50
	Teste	Kruskal-Wallis		
	*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001	

Questão 2 – Qual é a relação entre as variáveis contextuais das condições de trabalho e os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos em situação de pandemia COVID-19?

Com o objetivo de avaliar o score do Nível de dificuldade para lidar com as mudanças, receio em ficar infetado com COVID-19, posição dos inquiridos face à pandemia e estratégias face à pandemia *versus* as dimensões dos fatores de risco psicossocial associados à pandemia, efetuamos uma Correlação de Spearman (score vs. score), de onde salientamos a existência de diferenças significativas *($p < 0,05$) e bastante significativas **($p < 0,01$) em algumas interações. De salientar que quando observamos correlações negativas, tal significa que o aumento do score de uma escala induz a diminuição do score dessas dimensões psicossociais relacionadas, e conseqüentemente a diminuição dos fatores de risco. Já quando essas correlações obtidas são positivas, tal significa que o aumento do score dessa escala induz o aumento do score dessas dimensões psicossociais relacionadas, e conseqüentemente o aumento dos fatores de risco. Assim, constatamos que com o aumento das dificuldades sentidas, também aumentam os fatores de risco psicossociais a nível das Exigências quantitativas, Ritmos de trabalho e saúde geral. O mesmo se passa com o Ritmo de trabalho aquando do aumento do receio em ficar infetado (correlações positivas). Já com a melhoria da posição face à pandemia, e para a otimização das estratégias adotadas; diminuem os fatores de risco no Apoio social de superiores; na satisfação laboral; e na Comunidade social no trabalho (correlações negativas) (cf. tabela 13).

Tabela 13. Relação entre as variáveis contextuais das condições de trabalho e os fatores de risco psicossociais

Variáveis contextuais de condições de trabalho	Nível de dificuldade para lidar com as mudanças	Receio em ficar infetado com COVID-19	Posição dos inquiridos face à pandemia	Estratégias face à pandemia
Dimensões Psicossociais	Rho	Rho	Rho	Rho
Exigências quantitativas	0,318*	0,218	-0,156	-0,222
Ritmo de trabalho	0,316*	0,270*	0,063	-0,238
Exigências cognitivas	0,041	0,030	0,038	-0,126
Exigências emocionais	0,000	0,234	0,190	0,046
Influência no trabalho	0,138	0,104	0,123	-0,086
Possibilidade de desenvolvimento	0,067	0,014	-0,079	-0,185
Significado do trabalho	0,060	0,018	-0,042	-0,137
Compromisso face ao trabalho	0,136	0,265	0,070	-0,020
Previsibilidade	0,192	0,035	-0,213	-0,200
Recompensas	0,178	0,015	-0,215	-0,219
Transparência laboral	0,102	0,065	-0,210	-0,206
Qualidade de liderança	-0,012	0,114	-0,144	-0,192
Apoio social de superiores	0,099	0,011	-0,367**	-0,347*
Insegurança laboral	-0,094	-0,023	0,114	0,057
Satisfação laboral	0,095	0,002	-0,235	-0,324*
Conflito trabalho/família	0,020	-0,058	0,023	-0,128
Confiança vertical	-0,094	-0,044	-0,149	-0,019
Justiça e respeito	0,017	0,135	-0,164	-0,093
Comunidade social no trabalho	-0,236	-0,368**	-0,424**	-0,093
Autoeficácia	-0,139	-0,138	0,013	0,000
Saúde geral	0,413**	0,260	0,064	-0,084
Stress	0,088	0,182	-0,034	-0,130
Burnout	-0,097	0,019	-0,004	-0,007
Problemas em dormir	-0,013	-0,090	-0,139	0,062
Sintomas depressivos	0,032	0,081	-0,011	-0,077
Comportamentos ofensivos	0,024	0,103	0,330*	-0,157
Teste	Correlação de Spearman			
	*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001	

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo foi realizado numa amostra de 54 enfermeiros que exerciam funções numa Unidade de Cuidados Intensivos de uma Unidade de Saúde Local da Beira Alta de Portugal durante a pandemia por COVID-19, sendo, maioritariamente, do género feminino (53,7%), com uma média de $40,76 \pm 7,00$ anos, prevalecendo os que se encontram na faixa etária dos 36-45 anos (55,6%), com companheiro(a) (85,2%), com filhos (75,9%). No que se refere ao seu perfil profissional, prevalecem os enfermeiros especializados (61,1%), com uma média de tempo de serviço de $8,00 \pm 6,79$ anos, possuindo a maioria menos de 10 anos (64,8%). Uma grande parte da amostra (70,4%) referiu uma folga semanal. Destacam-se os participantes com CIT (59,3%), com 40,7% a acumular funções. Estes resultados estão em conformidade com o anuário da Ordem dos Enfermeiros (2022), onde, num total de 81 799 enfermeiros inscritos na OE, em 2022, 67 499 eram mulheres e 14 300 homens, com a maioria a possuir idade entre os 36-40 anos ($n=15\ 001$), sendo 58 197 enfermeiros de cuidados gerais, maioritariamente licenciados ($n=63\ 150$) e, entre os 21 353 enfermeiros especialistas, há um predomínio de enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica ($n=5\ 265$). Prevalece a área de atuação/setor de atividade um Centro Hospitalar/Hospital ($n=37\ 281$).

No que concerne à caracterização contextual das condições de trabalho, as estatísticas relativas ao nível de dificuldade para lidar com as mudanças na pandemia indicam um score mínimo e um máximo a oscilarem entre 1 a 10 pontos, com uma média de $6,43 \pm 2,23$ pontos. As estatísticas relativas ao receio em ficar infetado com COVID-19, revelam um score mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 a 10 pontos, correspondendo-lhe uma média de $6,00 \pm 2,88$ pontos. Estes resultados corroboram os encontrados noutros estudos, onde os enfermeiros que exerciam funções em Medicina Intensiva relataram ter sentido dificuldades em lidar com as alterações inerentes à pandemia e receio em ficar contaminado e poder contaminar os seus familiares (Sade et al., 2020; Binnie et al., 2021; Greenberg et al., 2021). As estatísticas relativas aos 17 itens abordados para centrar a posição dos inquiridos face à pandemia revelam uma concordância mais elevada com *“A equipa de enfermagem continuou a demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro”* seguido de *“As exigências impostas pelo número de infetados com SARS-coV-2 causou um enorme desgaste físico e emocional”* e de *“A equipa de enfermagem redefiniu a sua estrutura, de forma a assegurar a segurança e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica”*. Estas evidências também confirmam as apuradas noutros estudos, onde os enfermeiros a exercer funções em Medicina Intensiva durante a pandemia vivenciaram situações peculiares, tendo a necessidade de se adaptar a uma nova forma de prestar

cuidados, que incluíam o espaço físico, novos protocolos institucionais, contínua utilização de EPI's, resultando em elevados níveis de *burnout* entre os participantes, com exaustão emocional em 70% e 49% de realização pessoal. No entanto, os mesmos referiram que a equipa foi capaz de redefinir a sua estrutura para reforçar a segurança do doente e continuar a revelar grande empatia e humanidade, sendo sensíveis à necessidade da pessoa em situação crítica (Sade et al., 2020; Sousa et al., 2021; Conze et al., 2021). Os enfermeiros do presente estudo relataram a utilização exaustiva e longa de EPI's (n=54) e a intensa carga horária e laboral com que se depararam (n=52). Foram as mais relevantes dificuldades encontradas para lidar com o exercício de funções no serviço de Medicina Intensiva durante a pandemia, tendo desenvolvido, como estratégias para lidar com a pandemia, principalmente o "*Autocontrolo (tentativa de se manter racional face a uma situação que pode causar desânimo)*", "*Apoio por parte dos membros da família*" e de "*Apoio entre os pares*". Toscano et al. (2022), com base na sua *Scoping Review*, referem que as evidências indicam que a pandemia por COVID-19 exerceu muita pressão nos hospitais e nos profissionais de saúde, empenhados no combate ao vírus com conhecimentos e recursos limitados, estando os enfermeiros das UCI entre os profissionais de saúde mais afetados pela pandemia e em elevado risco da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal), sendo o aumento da carga de trabalho, a falta de equipamento, o estigma social e o medo de contágio os fatores de risco mais evidentes. Os enfermeiros referiram ter recorrido a estratégias para enfrentar esta situação de catástrofe com o apoio social, da família, dos líderes e dos pares, tendo-se também apoiado no reconhecimento profissional pelo Governo e sociedade em geral, utilização de ferramentas de proteção pessoal, testemunhar a recuperação bem-sucedida dos doentes e procurar não perder o autocontrolo. Estes foram os fatores mais emergentes para lidarem com a pandemia.

Constatou-se que, entre os fatores de risco psicossocial da amostra estudada, que a "*Transparência laboral*", a "*Autoeficácia*" e a "*Comunidade social no trabalho*" foram as dimensões que revelam maior "intensidade no semáforo vermelho e menor no semáforo verde" e, conseqüentemente, foram assumidos como fatores de risco psicossociais de maior intensidade. Os "*Comportamentos ofensivos*" e os "*Sintomas depressivos*" foram os que revelaram menor "intensidade no semáforo vermelho e maior no semáforo verde", sugerindo, assim, que estes foram referidos como fatores de risco psicossociais de menor intensidade. Desde a propagação da pandemia, as UCI tiveram de lidar com transformações inesperadas, mudanças de turnos, uma necessidade acrescida de gestão do fim de vida, aumento da utilização de EPI's, comunicação com a família da pessoa em situação crítica através de dispositivos digitais e a falta de pessoal auxiliar para apoiar as atividades de

enfermagem. Estes fatores contribuíram para uma menor saúde psicossocial dos enfermeiros, pondo em causa a sua autoeficácia e facilitando a existência de alguns conflitos laborais (Reper et al., 2020; Fernández-Castillo et al., 2021).

Procurou-se saber qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa UCI em situação de pandemia COVID-19, constando-se que a idade e viver com o companheiro foram variáveis preditoras de maior risco psicossocial, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a *Comunidade social no trabalho*, com ordenações médias mais elevadas para os enfermeiros com 36-45 anos. Registou-se também diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) no *Ritmo de trabalho e Conflito trabalho/famílias*, com ordenações médias mais elevadas para os enfermeiros que não vivem com o companheiro. O facto de os enfermeiros possuírem filhos também foi um preditor de maior risco psicossocial, com estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a *Transparência laboral*. O vínculo laboral, acumular funções e número de folgas semanais também foram variáveis com interferência estatisticamente significativa nos riscos psicossociais dos enfermeiros da amostra estudada ($p < 0,05$), mais propriamente nos *Comportamentos ofensivos*, com ordenações médias mais elevadas para os participantes com CITTC e com acumulação de funções, e na “Justiça e Respeito” por parte dos enfermeiros com uma folga semanal. Estes resultados corroboram as evidências reportadas na literatura, onde os enfermeiros que exerciam funções numa UCI em tempos de pandemia por COVID-19 com maiores riscos psicossociais eram os da faixa etária dos 35 aos 46 anos, mas a viver com companheiro e com filhos, sobressaindo o medo de ser infetado e infetar a família, bem como os enfermeiros com acumulação de funções e menor número de folgas semanais (Toscano et al., 2022). Moradi et al. (2021), no seu estudo descritivo qualitativo, com uma amostra de 17 enfermeiros que trabalhavam em UCI, durante a pandemia, constatou que estes relataram os quatro seguintes desafios: 'ineficiência da organização no apoio aos enfermeiros', 'exaustão física', 'viver com incerteza' e 'carga psicológica da doença'. Uma compreensão profunda destes desafios na então situação crítica pode ajudar as autoridades de cuidados de saúde a adotar medidas apropriadas para resolver estes desafios, fornecer mais apoio aos profissionais da saúde, mais informações precisas e baseadas em evidências científicas de elevada qualidade e realizar intervenções psicológicas sobre a forma de lidar com a situação de crise (Moradi et al., 2021).

Relativamente à relação entre as variáveis contextuais das condições de trabalho e os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa UCI em situação de pandemia COVID-19, apurou-se que o nível de dificuldade para lidar com as mudanças,

receio em ficar infetado com COVID-19, posição dos inquiridos face à pandemia e estratégias face à pandemia foram variáveis preditoras de maior risco psicossocial associados à pandemia ($p < 0,05$). Assim, verificou-se que com o aumento das dificuldades sentidas, também aumentam os fatores de risco psicossociais a nível das *Exigências quantitativas*, *Ritmos de trabalho* e *saúde geral*. O mesmo se passa com o *Ritmo de trabalho* aquando do aumento do receio em ficar infetado (correlações positivas). A melhoria da posição face à pandemia e a otimização das estratégias adotadas diminuem os fatores de risco no *Apoio social de superiores*, na *Satisfação laboral* e na *Comunidade social no trabalho* (correlações negativas). No estudo descritivo e qualitativo de Calkins et al. (2023), cujo objetivo consistiu em descrever o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde psicossocial de 13 enfermeiros de uma UCI nos Estados Unidos da América, emergiram cinco categorias principais: (1) “Não somos heróis”, (2) “apoio social inadequado”, (3) “desamparo”, (4) “exaustão física e emocional e excesso de trabalho” e (5) “Enfermeiros como segunda vítima”. Os autores concluíram que a pandemia por COVID-19 teve um elevado impacto na saúde física e mental dos enfermeiros a exercerem funções em UCI, ou seja, com redução do seu bem-estar pessoal e profissional, exigindo a implementação de sistemas para monitorizar e apoiar os enfermeiros, melhorar a sua saúde mental e física, reduzir os fatores de risco psicossociais e encorajar os enfermeiros a usarem estratégias de *coping* que lhe permitam gerir melhor situações de catástrofe, como foi a pandemia por COVID-19.

A investigação durante a pandemia mostrou que os enfermeiros das UCI sofreram de muitas complicações psicossociais, tais como o aumento dos níveis de stresse (Kader et al., 2021), aumento dos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e transtorno de stresse pós-traumático (Crowe et al., 2021; Dykes et al., 2021; Heesackers et al., 2021), maiores níveis de angústia moral (Donkers et al., 2021; Guttormson et al., 2021) e aumento de exaustão física e emocional (Kok et al., 2021).

CONCLUSÃO

Devido à pandemia por COVID-19, os sistemas de saúde, em todo o mundo tiveram de trabalhar em condições difíceis. As pessoas, gravemente doentes, necessitaram de internamento em Medicina Intensiva. Na luta contra a COVID-19, os enfermeiros foram os trabalhadores da linha da frente dos cuidados de saúde e, como tal, tiveram uma grande responsabilidade na prestação dos cuidados necessários e especializados às pessoas em situação crítica em UCI. Contudo, as condições de trabalho e os fatores emocionais tiveram um impacto na saúde psicossocial destes profissionais. Foi neste pressuposto que se realizou o presente estudo foi realizado numa amostra de 54 enfermeiros que exerciam funções numa Unidade de Cuidados Intensivos de uma Unidade de Saúde Local da Beira Alta de Portugal durante a pandemia por COVID-19, com um nível de dificuldade para lidar com as mudanças na pandemia com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 1 a 10 pontos, com uma média de $6,43 \pm 2,23$ pontos, tendo demonstrado, numa escala de 0 a 10, uma média de $6,00 \pm 2,88$ pontos de recio em ficar infetado com COVID-19.

Concluiu-se também que, entre os 17 itens abordados acerca da sua posição face à pandemia, estes revelam uma concordância mais elevada com o *“A equipa de enfermagem continuou a demonstrar grande empatia e humanidade para ser sensível à necessidade do outro”* seguido de *“As exigências impostas pelo número de infetados com SARS-coV-2 causou um enorme desgaste físico e emocional”* e de *“A equipa de enfermagem redefiniu a sua estrutura, de forma a assegurar a segurança e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica”*. Os enfermeiros consideram que foi exaustiva e longa a utilização de EPI's e intensa carga horária e laboral com que se depararam. Face às dificuldades mais relevantes, relatadas pelos mesmos, para lidar com o exercício de funções no serviço de Medicina Intensiva durante a pandemia, levaram-nos a desenvolver, como estratégias, sobretudo o *“Autocontrolo (tentativa de se manter racional face a uma situação que pode causar desânimo)”*, *“Apoio por parte dos membros da família “* e de *“Apoio entre os pares”*. Entre os fatores de risco psicossocial, a *“Transparência laboral”*, a *“Autoeficácia “* e a *“Comunidade social no trabalho”* foram os fatores de risco psicossociais de maior intensidade, com menor intensidade para os *“Comportamentos ofensivos”* e os *“Sintomas depressivos”*.

A idade, viver sem o companheiro e ter filhos foram variáveis sociodemográficas preditoras de maior risco psicossocial, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). As variáveis preditoras de maiores riscos psicossociais e que resultaram em relevância estatisticamente significativa ($p < 10,05$), foram o vínculo laboral, acumular funções e

número de folgas semanais.

Relativamente à relação entre as variáveis contextuais das condições de trabalho e os fatores de risco psicossociais associados ao exercício profissional numa UCI em situação de pandemia COVID-19, aferiu-se que o nível de dificuldade para lidar com as mudanças, receio em ficar infetado com COVID-19, posição dos inquiridos face à pandemia e estratégias face à pandemia foram variáveis preditoras de maior risco psicossocial associados à pandemia ($p < 0,05$), com o aumento das dificuldades sentidas, também aumentaram os fatores de risco psicossociais a nível das *Exigências quantitativas*, *Ritmos de trabalho* e *saúde geral*. O mesmo se passa com o *Ritmo de trabalho* aquando do aumento do receio em ficar infetado (correlações positivas). A melhoria da posição face à pandemia e a otimização das estratégias adotadas fizeram diminuir os fatores de risco no *Apoio social de superiores*, na *Satisfação laboral* e na *Comunidade social no trabalho* (correlações negativas).

Estes resultados mostram que os enfermeiros, durante o exercício profissional em Medicina Intensiva, *locus* de estudo, na pandemia por COVID-19, apresentaram fatores de risco psicossociais, o que implicou uma grande e exaustiva reorganização profissional e pessoal, para poderem assegurar a manutenção da humanização dos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação clínica. Assim, e face aos resultados obtidos, considera-se ser importante haver maior compreensão do ponto de vista pessoal e profissional dos enfermeiros, o que pode ajudar a identificar como os apoiar no agora, no pós-pandemia, e no futuro. É fundamental que se desenvolvam estratégias que respondam às necessidades de apoio dos enfermeiros, para que possam responder às emergências de saúde pública e melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem.

Os EC assumem-se como o expoente máximo do nosso processo de aprendizagem, uma vez que é nos mesmos que nos pomos à prova e nos desafiamos. Tenho a plena consciência que o desenvolvimento de competências em contexto real tem outro impacto, pois permitiu-me integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada, dando assim continuidade à construção da identidade como futura enfermeira especialista.

A realização dos EC revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional, como a nível pessoal. Revelou ser um excelente momento de aprendizagem e evolução no desenvolvimento quer das competências comuns quer das específicas do enfermeiro especialista. Exerço funções em cuidados intensivos desde 2009, quase 14 anos, e o cuidar do doente crítico não é novidade. Mesmo assim sair da minha zona de conforto é sempre desafiante e a adaptação a algo de que gosto torna-se muito mais fácil.

Considero que o enfermeiro especialista deve ser um elemento de referência perante a restante equipa de cuidados. Para isso é necessário que adquira e desenvolva conhecimentos de enfermagem baseados em evidência científica. A construção de uma base de conhecimentos sólida fundamenta a tomada de decisão, tanto no domínio da prestação de cuidados diretos à pessoa, como nos restantes domínios de ação do enfermeiro.

Nos EC, e como futura enfermeira especialista, considero que estive mais desperta para questões desta natureza (responsabilidade profissional, ética e legal) e desenvolvi habilidades de tomada de decisão ética, tendo em conta os valores universais, os valores humanos, os direitos à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado, o dever de informação, o dever do sigilo, o respeito pela intimidade, e respeito pelo doente terminal, a excelência do exercício, a humanização dos cuidados, os deveres com a profissão e os deveres para com outras profissões.

A elaboração de trabalhos de análise crítica acerca de situações de prestação de cuidados em linguagem CIPE®, conjuntamente com a análise e reflexão das experiências vividas, constituíram-se como oportunidades efetivas de crescimento e aprendizagem, que julgo ter aproveitado da melhor forma.

Considero que os objetivos por mim traçados foram globalmente atingidos, uma vez que para além de conseguir cumprir a maioria das atividades definidas nos PA, pude refletir e relacioná-las com as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas EEMC.

Procurei refletir sobre aspetos positivos e aspetos que considero que podem ser melhorados. Em minha opinião é através da análise deste binómio que podemos crescer e evoluir como pessoas e profissionais.

Sempre vi o doente como um todo, sendo muito importante a maneira como damos atenção à pessoa doente, por vezes uma palavra ou um simples toque fazem a diferença na relação que estabelecemos com este. Várias foram as vezes em que depois de um pouco de atenção as pessoas começavam a falar e era perceptível que o simples facto de desabafarem sobre determinados assuntos as fazia sentirem-se melhores. Saber cativar e saber ouvir nem sempre é uma apetência comum. Todos somos diferentes e fiquei muito contente com a personalidade dos Enfermeiros orientadores, aprendi muito com eles, nomeadamente que o enfermeiro especialista é aquele que permanece à cabeceira do doente, colocando o foco no mesmo e não só na doença. Os seus ensinamentos constituíram-se um desafio para a minha aprendizagem contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de reflexão e desenvolvimento pessoal e profissional.

A análise e reflexão aqui registadas sobre as competências adquiridas, revelou-se construtiva, concorrendo para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do meu processo de aprendizagem em contexto académico, “crescendo” como profissional e como pessoa, tendo adquirido competências de EEEMC.

Todas as aprendizagens tornam-se ainda mais importantes no momento que nos encontrávamos a atravessar, pois todos estávamos mais cansados e fragilizados. Olhando agora para trás e fazendo esta introspeção parece que não sei como consegui articular todas estas vivências que guardarei para sempre.

Todavia, quero também deixar registado que uma das maiores dificuldades que senti nos EC diz respeito à distância física dos campos de estágio e a minha área de residência, que proporcionou um “caos” total e absoluto no meu dia-a-dia. No entanto, com esforço e empenho tudo se conseguiu. Sinto-me cansada mas orgulhosa da maneira como consegui agilizar todas estas situações.

A elaboração deste relatório permitiu-me visualizar e refletir sobre o percurso desenvolvido, incluindo as experiências, as ideias, as competências adquiridas possibilitando-me a reflexão sobre a prática dos cuidados e as minhas potencialidades profissionais e pessoais. Conduziu-me, ainda, a uma maior dedicação à pesquisa de temas na área da pessoa em situação crítica, que fundamentassem a minha prática e enriquecessem o meu desempenho, com objetivo *major* de adquirir competências incontestáveis.

Durante estes períodos, ao longo das minhas intervenções, procurei mostrar sempre disponibilidade para partilhar conhecimentos e vivências, manifestando a minha opinião. Sinto que atuei de forma organizada, procurando cumprir os protocolos de atuação e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Neste processo tive o cuidado de manter uma relação de ajuda, quer com os profissionais das equipas multidisciplinares, esclarecendo dúvidas e vigiando a qualidade dos cuidados, quer com o doente/família, disponibilizando informação clara, pertinente e adequada a cada situação, de forma assertiva, estabelecendo uma comunicação terapêutica e promovendo estratégias para a diminuição da ansiedade, tendo sempre presente os princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão de enfermagem.

Em todo este processo de aprendizagem, não posso deixar de mencionar a disponibilidade demonstrada por todas as equipas multidisciplinares pelo incentivo, o que me permitiu adquirir e aperfeiçoar o conhecimento científico, competências na prestação de cuidados diferenciados na área da especialidade. O Enfermeiro Especialista é, sem dúvida, um elo de mudança, através da sua procura incessante por novos conhecimentos, pela aquisição de

novas competências e através da comunicação adequada e discussão sobre as práticas realizadas, transmite aos elementos da equipa multidisciplinar o que faz, como se faz e porque se faz, sendo imprescindível a sua existência nos serviços de saúde.

Concluído, considero que, no que respeita aos objetivos inicialmente definidos, os mesmos foram atingidos de forma satisfatória e, assim, posso dizer que estou apta a prestar cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem da Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, D.F.M. (2020). *Crianças e Jovens em Risco: a atuação do Enfermeiro na deteção, sinalização e prevenção dos Maus Tratos*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33224/1/BCTFC82.pdf> Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/543036/details/maximized>
- Albott, C.S., Wozniak, J.R., McGlinch, B., Wall, M.H., Gold, B.S., & Vinogradov, S. (2020). Battle buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic. *Anesth Analg.*; 131(1), 43–54.
- Almeida, J.C.A. (2018). *Emergência Médica – Integração Temporária num Novo Contexto de Trabalho*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Alves, A.M.P.M., Costa, S.F.G., Fernandes, M.A. et al. (2019). Communication in Palliative Care: a Bibliometric Study. *Rev Fund Care Online*; 11(n. esp), 524-532.
- Alves, F.J.F. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23701/1/Francisco%20Alves.pdf>
- American Psychological Association. (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. (5ª. ed.). Climepsi Editores.
- Anguita, M.V., Sanjuan-Quiles, A., Ríos-Risquez, M.I. et al. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência; Série IV - n.º 23 - OUT./NOV./DEZ.2019*, 59-68. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D. et al. (2020). Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID19. A Cross-Sectional Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*; 202: 1388–1398. <https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC> PMID: 32866409
- Bandeira, A. G., Marin, S. M., & Witt, R. R. (2014). > Vulnerabilidade a desastres naturais: implicações para a enfermagem / Vulnerability to natural disasters: implications for nursing. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 13(4), 776-781. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i4.22135>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Bergh, L.I., Leka, S., & Zwetsloot, G.I. (2018). Tailoring psychosocial risk assessment in the oil and gas industry by exploring specific and common psychosocial risks. *Safe Health Work*; 9, 63–70. doi: 10.1016/j.shaw.2017.05.001
- Binnie, A., Moura, K., Moura, C., D’Aragon, F., & Tsang, J.L.Y. (2021) Psychosocial distress amongst Canadian intensive care unit healthcare workers during the acceleration phase of the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*; 16(8): e0254708. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254708>
- Borg, V., Kristensen, T. S., & Burr, H. (2000). Work environment and changes in self-related health: A five year follow-up study. *Stress Medicine*, 16(1), 37–47. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(200001\)16:1<37::AID-SMI830>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(200001)16:1<37::AID-SMI830>3.0.CO;2-O)
- Brás, A.M.R., Quitério, M.M.S.L., & Nunes, E.M.G.T. (2020). Nurse’s interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. *Rev Bras Enferm.*; 73(Suppl 6):e20190409. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*; 395(10227), 912–920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Brykczynski, K. A. (2014). Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice. In Allgood, M.R. (8th ed.),

- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care*; 14, 35. doi: 10.1186/s12904-015-0032-0.
- Centers for Diseases Control and Prevention (2003). Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks; recommendations from the CDC working group. *MMWR*;53(No.. RR-5):1-13.
- Centers for Diseases Control and Prevention (2009). Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC; <http://www.cdc.gov/nip/publications/surv-manual/begin.pdf>
- Centers for Diseases Control and Prevention (2010). National Electronic Disease Surveillance System (NEDSS): a standards-based approach to connect public health and clinical medicine. *Journal of Public Health Management and Practice* 2; 7:43-50.
- Constituição da República Portuguesa - CRP - Artigo 64.º PARTE I - Direitos e deveres fundamentais
- Conze CA, Braga VAS, Vasconcelos R, Machado FHRS, Jesus MCP, Merighi MAB. Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210194. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>
- Correia, T. S., Martins, M. M., & Forte, E. C. (2020). Nursing Management: Strategies for Client and Professional Safety. *Millenium*, 2ª Série, 11, 73-80. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0211.08.00264>.
- Costa, A.S.J. (2014). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/Relatorio%20Estagio%2BApendices%20>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Crowe, S., Howard, A.F., Vanderspank-Wright., B. Gillis, P., McLeod, F., Penner, C. & Haljan, G., 2021. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*. 63 (2021), 103999 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102999>
- Cruz, J.R.M. de (2018). *Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18258/1/pauta-relatorio-22.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto. Diário da República n.º 176/1981, Série I de 1981-08-03 Acedido em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/576950/details/normal?l=1>
- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 32 — 14 de fevereiro de 2012.
- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto de 2014. Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Despacho n.º 10319/2014. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Despacho n.º 14898/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 211 — 3 de novembro de 2011. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/3281414/details/normal?q=despacho+14898%2F2011>
- Despacho n.º 5561/2014, e 23 de abril. Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril de 2014. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2ª série, N.º 102, 27/05, p. 13550-13553. Disponível em <https://www.dre.pt>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República, 2.ª série. N.º 187. Parte C. Acedido

<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

- Direção-Geral da Saúde (2010). Via Verde Trauma no Adulto. Norma n.º 7 de 31/03/2010. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acedido em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma n.º 015/2013. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Disponível em https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2_013.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2017). Indicações Clínicas e Intervenções nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma n.º 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017: “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. Acedido Abril 20, 2021, em: [norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx](https://normas.dgs.pt/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx) (dgs.pt).
- Dixe, M.d.A.C.R., Querido, A., Mendonça, S., Sousa, P., Monteiro, H., Carvalho, D., Lopes, P., & Rodrigues, P. (2022). Psychometric Properties of the European Portuguese Version of the Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool. *Healthcare*; 10, 452. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030452>
- Donkers, M.A., Gilissen, V.J.H.S., Candel, M.J.J.M., van Dijk, N.M., Kling, H., HeijnenPanis, R., Pragt, E., van der Horst, I., Pronk, S.A., van Mook, W.N.K.A., 2021. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during the COVID-19 a nation study. *BMC Medical Ethics* 22, 73. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3>
- Doremalen, N. van, Bushmaker, T., Morris, D.H., Holbrook, M.G., Gamble, A., Williamson, B.N. et al. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England journal of medicine*; 382, 1564-1567. <https://doi.org/10.1056/nejmc2004973> PMID: 32182409
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L. et al. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*; 1885, 2.10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Dutra, L.A., Esteves, L.O., Silva, T.O., Resck, Z.M.R., Lima, R.S., & Sanches, R.S. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista de enfermagem UFPE On Line*. Recife; 13, 884-892. Doi 10.5205/1981-8963-v13i04a237363p884-892-2019
- Dykes, N., Johnson, O., Bamford, R., 2021. Assessing the psychological impact of COVID19 on intensive care workers: A single-centre cross-sectional UK-based study. *Journal of the Intensive Care Society*. 1–7. <https://doi.org/10.1177/1751143720983>.
- Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 43(6), 585-597. doi:10.1097/won.0000000000000281
- Everhart, D., Neff, D., Al-Amin, M., Nogle, J., & Weech-Maldonado, R. (2013). The effects of nurse staffing on hospital financial performance: competitive versus less competitive markets. *Health Care Manag Rev.*; 38, 146– 55. doi: 10.1097/HMR.0b013e318257292b
- Farrow, M.A., Chumbler, N.M., Lapierre, L.A., Franklin, J.L., Rutherford, S.A., Goldering, J.R. et al.(2013). Clostridium difficile toxin B-induced necrosis is mediated by the host epithelial cell NADPH oxidase complex. *PNAS*; 110(46), 18674-18679. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/early/2013/10/24/1313658110.full.pdf>
- Fernández-Castillo, R., González-Caro, M., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses’ experiences during the COVID -19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 397–406. doi:10.1111/nicc.12589
- Flarity, K., Pate, T., & Finch, H. (2013). Development and implementation of the Memorial emergency department fall risk assessment tool. *Advanced emergency nursing journal*

- Fonseca, C. B., Canhota, C., Silva, E. E., Simões, J. A., Yaphe, J. & Ramos, V. (2008). *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica*. Núcleo de Investigação da APMCG. Lisboa: Portugal. Acedido em <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Investigação%20Passo%20a%20Passo.pdf>
- Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 18, 2453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
- Giménez-Espert, M.Dc., Prado-Gascó, V., & Soto-Rubio, A. (2020) Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health*; 8, 566896. doi: 10.3389/fpubh.2020.566896
- Gomes, A. (2014a). *Enfermagem forense (Vol 1)*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, C. I. D. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra)*. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/36819>
- González-Timoneda, M., Vicuña, M.N., & González-Timoneda, A. (2018). Cuestiones bioéticas en la práctica clínica asistencial. *Med Paliat.*; 25(4), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.11.002>
- Goodyear, C. (2018). Career development for nurse managers. *Nursing Management*; 49(3), 49-53. Acedido em https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2018/03000/Career_development_for_nurse_managers.9.aspx
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occup Med-c.*; 71: kqaa220. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220> PMID: 33434920
- Greš Halász, B., Béréšová, A., Tkáčová, E., Magurová, D., & Lizáková, E. (2021). Nurses' Knowledge and Attitudes towards Prevention of Pressure Ulcers. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1705. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041705>
- Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos - Escola Superior de Saúde de Leiria 2018
- Guttormson, J., Calkins, K., McAndrew, N., Fitzgerald, J., Losurdo, H., Loonsfoot, D., 2021. Critical care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A US national Survey. *Am J. Crit Care e1-e7*. <https://doi.org/10.4037/ajcc2022312>.
- Heesakkers, H., Zegers, M., van Mol, M.C., M., & van den Boogaard, M., 2021. The impact of the first COVID-19 surge on mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey. *Intensive and critical care Nursing Journal*. 65, 103034 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103034>.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>.
- INEM - Manual de Suporte Avançado de Vida, Versão 2.0 – 1ª Edição 2020. Lisboa: INEM. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- INEM - Manual VMER: Tomo II. Lisboa (2000)
- INEM - Plano estratégico INEM 2020/2022. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- INEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. [em linha]. Lisboa: INEM, 2013 Disponível em WWW: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/SistemaIntegrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- INEM (2012). *Abordagem à Vítima*. Manual TAS/TAT. 1ª Edição. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>
- INEM (2012). *Situação de exceção*. Manual TAS. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- INEM (2018). *Relatório Anual Integração VMER & SIV*. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/04/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2018.pdf>
- Jeremy, R. & Lee, K. (2016). *Critical Care Management and Monitoring of Intracranial Pressure*. *Journal of Neurocritical Care*; 9(2), 105-112. <https://doi.org/10.18700/jnc.160101>.

- Kader, K., Guttormson, J., McAndrew, N.S., Losurdo, H., Losurdo, H., Loonsfoot, D., Schmitz, S., & Fitzgerald, J. (2023). The early impact of COVID-19 on intensive care nurses' personal and professional well-being: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*; 76, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103388>
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Medicina intensiva tem 60 anos: a história e o futuro da unidade de terapia intensiva. *Clinical Medicine* (London, England); 14(4), 376-379. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0452.
- Klim, S., Kelly, A.M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *J Clin Nurs.*; 22(15-16):2233-43. doi: 10.1111/jocn.12274. PMID: 23829405.
- Kok, N., van Gorp, J., Teerenstra, S., van der Hoeven, H., Fuchs, M., Hoedemaekers, C., Zegers, M., 2021. Coronavirus disease 2019 immediately increases burout symptoms in ICU professionals: A longitudinal cohort study. *Critical Care Medicine*. 49 (3), 419-427. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004865>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Ottawa: Springer Publishing Company.
- Kristensen, C.H., Almeida, R.M.M., & Gomes, W.B. (2001). Desenvolvimento Histórico e Fundamentos Metodológicos da Neuropsicologia Cognitiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; 14(2), 259-274. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000200002>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R. et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*; 3(3), 1-12.
- Lei de Bases da Saúde.** Lei n.º48/90, de 24 de Agosto. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so_miolo
- Lei n.º 111/2009 16 de setembro da Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16. <https://dre.tretas.org/dre/260486/lei-111-2009-de-16-de-setembro>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 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, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., Chen, J., Wu, Z., Liang, C., He, Z., & Li, C. (2015). Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola treatment unit: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*; 13, 156.
- Louro, M.C. (2021). *Characterization of biofilm formation in clinical isolates of Clostridioides difficile*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/47816>
- Macedo, R., Dias, a. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1); 19-30. doi: <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Mainds, M.D. (2018). Breaking bad news and managing family during an out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Paramedic Practice*. Disponível em <https://www.paramedicpractice.com/features/article/breaking-bad-news-and-managing-family-during-an-out-of-hospital-cardiac-arrest>
- Martins, J. E. L. (2010). *Avaliação Processual de Burnout em Enfermeiros para e na Gestão das Organizações de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/672/1/MsC_jelmartins.pdf
- Matos, A., & Sobral, A. (2010). Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17(1).
- Mekonnen, M. M., & Gerbens-Leenes, W. (2020). *The Water Footprint of Global Food Production*. *Water*, 12(10), 2696. doi:10.3390/w12102696
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and*

- practice*. Springer Publishing Company
- Ministério da Saúde. Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K., & Mollazadeh, F. (2021). *Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study*. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1159–1168. doi:10.1111/jonm.13254
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2(ed espec n.º5), 147-152. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukoulis, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(1), 26.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel (2016). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific (2019). *Pressure Injury Alliance- Prevention and treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Osborne Park, Western Australia: Emily Haesler Cambridge Media. ISBN-13: 978-0-9579343-6-8.
- Nielsen, K., Jorgensen, M.B., Milczarek, M., & Munar, L. (2019). EU-OSHA Publications. Kasutamise kuupäev: 17. EU-OSHA. Acedido em <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/healthy-workersthiving-companies-practical-guide-wellbeing/view>
- Nursing Theorists and Their Work* (pp. 120-146). United States of America: Elsevier Mosby.
- Oczkowski, S.J., Chung, H.O., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J.J. (2016). Communication tools for end-of-life decision-making in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*; 20(1), 78-97.
- Oliveira, D.M.N., Costa, M.M.L., & Malagutti, W. (2019). Nursing interventions for patients with pressure ulcers. *J Nurs UFPE on line*; 13:e240237 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240237>
- Oliveira, T.S., Moreira, K.F.A., & Gonçalves, T.A. (2012). Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Rev Bras Queimaduras*;11(1):31-37. <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/97/pt-BR>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Aprovada, por maioria, com alterações, na Assembleia Geral Ordinária de 30 de maio de 2014, após aprovação na reunião de Conselho Diretivo de 6 e 7 de maio de 2014. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Anuário estatístico 2022. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Regulamento n.º 613/2022 – Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido a 17 de outubro 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade do cuidados de Enfermagem. *Conselho de Enfermagem - DIVULGAR*. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017 do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica sobre atribuição de responsável de turno*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018 da mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica sobre funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. 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 Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos* (Centro Edi, Issue (Comissão da Competência em Emergência Médica)). <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ozdemir, N.G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (2),1279-1285.
- Paiva, D.R., Guerreiro, C.F., & Anjos, J.L.M. (2018). Correlação entre desempenho funcional e o tempo de permanência de pacientes neurocirúrgicos na unidade de terapia intensiva. *Rev Pesq Fisio.*; 8(2), 167-174. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8i2.1866
- Penedo, J.M.V.S., Ribeiro, A.A.B., Lopes, H.A.R.C., Pimentel, J.M.P.C., Pedrosa, J.A.G.P.S., Sá, R.A.M.V., & Moreno, R.P.J. (2013). Avaliação da Situação Nacional das unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final (Despacho n.º 10601/2011, de 24 de agosto). Ministério da Saúde.
- Perkins, G. D., Handley, A. J., Koster, R. W., Castrén, M., Smyth, M. A., Olasveengen, T., ... Greif, R. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*; 95, 81–99. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.015>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (7ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pina, J., Veiga-Branco, M.A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec. n.º5), 137-145.
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-419-6
- Portaria n.º 158/2012 de 22 de maio. Diário da República, 1.ª série — N.º 99 — 22 de maio de 2012. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/551999/details/maximized>
- Portaria n.º 158/2012 de 22 de maio. Diário da República, 1.ª série — N.º 99 — 22 de maio de 2012. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/551999/details/maximized>
- Portero, S., Cebrino, J., Herruzo, J., & Vaquero, M. (2019). Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enferm.*; 27(e3144), 3079–144. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>.
- Queiroz, P.L.S., Schulz, R.S., & Barbosa, J. (2017). Importância da tecnologia no processo de enfermagem para o tratamento de feridas crônicas. *Revista Enfermagem Contemporânea*; 6(2), 158-166. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182
- Regulamento n.º 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/66699805>
- Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>
- Regulamento n.º 125/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2

0 11_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

- Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022. Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República n.º131/2022, série II de 2022-07-08. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018. Acedido em <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>
- Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro de 2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Regulamento n.º140/2019, de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da Republica, 2ª série - n.º 184 – 25 de setembro de 2019. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reper, P., Bombart, M. A., Leonard, I., Payen, B., Darquennes, O., & Labrique, S. (2020). *Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients: comments. Intensive and Critical Care Nursing, 102891*. doi:10.1016/j.iccn.2020.102891
- Ribeiro, S.M.M.S.P. (2017). *Desenvolvimento de competências para um cuidado seguro*. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22911/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_Silvia%20Ribeiro.pdf
- Ribeiro, S.M.M.S.P. (2017). *Desenvolvimento de competências para um cuidado seguro*. (Dissertação de Mestrado). Porto. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22911/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_Silvia%20Ribeiro.pdf
- Richieri, P., & Federige, M.A.F. (2016). Risk of contamination by clostridium difficile in hospital settings, pathogenecity and control. Acedido em <https://revistaseletronicas.fmu.br>
- Rodrigues, L.D.P. (2022). *As Intervenções Autónomas do Enfermeiro no Controlo da Dor na Pessoa Idosa: Scoping Review*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7307/1/LilianeFilipaTaveiraRodrigues_RM.pdf
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Paciti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802>. Accessed 12 Jul 2020.
- Rotar, A.M., Botje, D., Klazinga, N.S., Lombarts, K.M., Groene, O., Sunol, R., & Plochg, T. (2016) The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC health services research*, 16 Sup (S2). 160, 100-109. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1396-4>
- Royal College of Nursing (2002). *A Framework for Nurses Working in Specialist Palliative Care: Competencies Project*. London: RCN.
- Sade PMC, Peres AM, Zago DPL, Matsuda LM, Wolff LDG, Bernardino E. Avaliação dos efeitos da educação permanente para enfermagem em uma organização hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*.

- 2020;33:1-8. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0023>
- Santos, K.M.R., Galvão, M.H.R., Gomes, S.M., Souza, T.A., Medeiros, A.A., & Barbosa, I.R. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Esc. Anna. Nery* 25 (spe), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
- Santos, L.S.C., Barros, S.D., Ferreira, M.F.D.C., Barros, B.T.D., Barros, R.L.M., Souza, B.R.B. et al. (2021). A enfermagem na prevenção e cuidados relacionados à pneumonia associada à ventilação mecânica: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*; Vol. 10, 7, 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16935>
- Scott, R. A., Oman, K. S., Flarity, K., & Comer, J. L. (2018). *Above, Beyond, and Over the Side rails: Evaluating the New Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool*. *Journal of Emergency Nursing*. doi:10.1016/j.jen.2018.01.007
- Seisamed (2020). *Benefícios de Importancia de las Cortinas Antibacterianas*. Acedido em <https://www.seisamed.com/beneficios-de-importancia-de-las-cortinas-antibacterianas>
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da teoria à prática (5ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Silva, R.M., Santos, B.R.F., Erdmann, N.A.C., Henriques, G.G., Albuquerque, T.G., Boução, D.M.N., & Souza, E.R.C. (2021). Importância do controle da pressão do Cuff: Conhecimento da equipe de enfermagem – prevenção a infecção relacionada à assistência à saúde. *Research, Society and Development*; Vol. 10, 9, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18297>
- Silva, R.M., Santos, B.R.F., Erdmann, N.A.C., Henriques, G.G., Albuquerque, T.G., Boução, D.M.N., & Souza, E.R.C. (2021). Importância do controle da pressão do Cuff: Conhecimento da equipe de enfermagem – prevenção a infecção relacionada à assistência à saúde. *Research, Society and Development*; Vol. 10, 9, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18297>
- Simões, M.C.O. de (2014). *Respeito pela integridade da pessoa doente: uma virtude indispensável na enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20122/1/RESPEITO%20PELA%20INTEGRIDADE%20DA%20PESSOA%20DOENTE_%20UMA%20VIRTUDE%20INDISPENS%C3%81VEL%20NA%20ENFERMAGEM.pdf
- Soares, T.de L.L. (2016). *Relatório de Prática Clínica. Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.11/5447>
- Sousa, J.P., Prudêncio, L.D., Costa, R.L.R., Moura, L.C. ... Dos Santos, J.L. (2021). Evidências científicas sobre os fatores de estresse em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development*; Vol. 10, 2, DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12128>
- Teixeira, F.V.M. (2021). *Qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem: um percurso*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34709/1/202743942.pdf>
- Teixeira, J.M.F., & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*; Série IV - n.º 10 - jul./ago./set. 2016, 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- TÍTULO III - Direitos e deveres económicos, sociais e culturais. CAPÍTULO II - Direitos e deveres sociais. http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=item_id&value=842662
- Toscano, F., Tommasi, F., & Giusino, D. (2022). Burnout in Intensive Care Nurses during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review on Its Prevalence and Risk and Protective Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 19, 12914. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912914>
- Toutin-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A. (2016). *Breaking bad news in the emergency department*. *European Journal of Emergency Medicine*, 1. doi:10.1097/mej.0000000000000404
- Viegas, F. (2014). Pesquisa, identificação e recolha de vestígios. In A. Gomes, *Enfermagem Forense* (Vol. 2, pp.142–158). Lisboa: Lidel.
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*; 9(3), 241–247.

- Watson, J. (2017). Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. *Texto Contexto Enferm*; 26(24):editorial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>.
- World Health Organization (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs Leadership*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG. Acedido em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj5-dTn_
- Wubben, N., Van den Boogaard, M., Van der Hoeven, J.G., & Zegers, M. (2021). Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. *BMJ Open*; 11;11(8):e050134. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050134>
- Zhang, H., Shi, Y., Jing, P., Zhan, P., Fang, Y., & Wang, F. (2020). Posttraumatic stress disorder symptoms in healthcare workers after the peak of the COVID-19 outbreak: A survey of a large tertiary care hospital in Wuhan. *Psychiatry Research*; Vol. 294, 113541. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113541
- Zhang, S., Wang, J., Xie, F., Yin, D., Shi, Y., Zhang, M., Yin, H., Li, F., Yang, L., Cao, D., & Sun, T. (2020). A cross-sectional study of job burnout, psychological attachment, and the career calling of Chinese doctors. *BMC Health Serv Res.*; 20(193), 2