

Turma 10 – 3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à  
Pessoa em Situação Crítica

## RELATÓRIO FINAL

**Mestrando:** Margarida João dos Santos Luís, nº 5210023

**Supervisora:** Professora Doutora Joana Sousa

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

**Setembro de 2023**

**Leiria**

10º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em  
Situação Crítica

Ano letivo 2022-2023

## **RELATÓRIO FINAL**

Pessoa e família na centralidade dos cuidados  
num Serviço de Urgência - Desenvolvimento de  
competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na Área da Pessoa em Situação Crítica

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área  
de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Mestrando:** Margarida João dos Santos Luís, nº 5210023

**Supervisora:** Professora Doutora Joana Sousa

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

Leiria, setembro de 2023

## **AGRADECIMENTO**

À Professora Doutora Joana Sousa, pelo empenho e pelos contributos ao longo dos Ensinos Clínicos, sobretudo nesta fase final.

Aos meus amigos mais chegados, a quem sei que falhei tantas vezes nestes dois anos, por nunca me terem deixado desistir.

A todos os Enfermeiros com quem me cruzei nos Ensinos Clínicos e em todo o meu percurso profissional, em especial aos que me mostraram o significado da excelência na Enfermagem.

À minha família, o meu suporte incondicional.

À minha mãe, pelo apoio, pelo colo, pelo aconchego, pelo orgulho.

À minha irmã, pela compreensão, pela força que me dá, por acreditar em mim.

Ao meu irmão emprestado, o Sérgio, pela tranquilidade, por “segurar as pontas” no turbilhão em que a vida se tornou.

À Maria, a minha luz pequenina.

E finalmente ao meu pai, que sei que está lá em cima contrariado,

espero ter-te deixado orgulhoso.

Obrigada a todos.

## **RESUMO**

O presente relatório sistematiza o percurso formativo desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, dividido em duas partes.

Na primeira parte desenvolvem-se as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no campo da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, por meio de uma análise reflexiva. Exploram-se as competências desenvolvidas ao longo de três ensinamentos clínicos, em áreas de particular interesse, e que promoveram o olhar crítico, a percepção da atuação do enfermeiro especialista e o seu papel no seio da equipa multidisciplinar.

A segunda parte do documento apresenta um trabalho desenvolvido sobre a forma de projeto de melhoria da qualidade, num Serviço de Urgência de um hospital da região centro do país, com o objetivo de conhecer o nível de satisfação da família/acompanhante sobre a informação fornecida, acesso a visitas e inclusão dos cuidados de saúde prestados num SU.

**Palavras-chave:** competências, cuidados de enfermagem, doente crítico, família, enfermeiro especialista, satisfação.

## **ABSTRACT**

This report outlines the educational journey undertaken during the master's degree in nursing for Individuals in critical Situations at the Escola Superior de Saúde of Instituto Politécnico de Leiria, divided into two parts.

The first part focuses on developing the common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical nursing, within the field of critical care situations, through reflective analysis. It highlights the competencies honed throughout three clinical internships, in areas of particular interest, which fostered a critical perspective, an understanding of the specialist nurse's role, and their contribution within the multidisciplinary team.

The second part of the document presents a quality improvement project carried out in an Emergency Department of a hospital in the central region of the country. The aim was to assess the level of satisfaction of the family/companion regarding the information provided, visitation access, and integration of healthcare in an Emergency Department.

**Keywords:** competencies, nursing care, critical patient, family, specialist nurse, satisfaction.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

% – Percentagem

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio padrão

EC – Ensino Clínico

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GAIA – Gabinete de Apoio e Informações aos Acompanhantes

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NAS – *Nursing Activities Score*

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

P./pp. – Página(s)

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

$\chi^2$  – Distribuição de qui quadrado

**ÍNDICE:**

ÍNDICE DE TABELAS .....	10
ÍNDICE DE ESQUEMAS .....	10
INTRODUÇÃO .....	11
PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS.....	14
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	15
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO.....	15
1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	23
1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	34
PARTE II - PESSOA E FAMÍLIA NA CENTRALIDADE DOS CUIDADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	42
2. PESSOA E FAMÍLIA NA CENTRALIDADE DOS CUIDADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA ....	43
2.1. INTRODUÇÃO .....	45
2.2. METODOLOGIA .....	47
2.3. RESULTADOS .....	48
2.4. DISCUSSÃO.....	53
2.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
CONCLUSÃO .....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – APRESENTAÇÃO DO WEBINAR INEM**

**APÊNDICE 2 – PÓSTER: A PRESENÇA DA FAMÍLIA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA -  
UM FOCO DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA AO DOENTE CRÍTICO**

**APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO**

**APÊNDICE 4 – DECLARAÇÃO DE RECUSA DE TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO**

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – DELIBERAÇÃO POSITIVA DA COMISSÃO DE ÉTICA, HOMOLOGADO PELO CONSELHO  
DE ADMINISTRAÇÃO**

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>TABELA 1 – ESTATÍSTICAS RELATIVAS À IDADE DOS INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DO SEXO.....</b>	<b>48</b>
<b>TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS INQUIRIDOS EM FUNÇÃO DO SEXO.....</b>	<b>49</b>
<b>TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DADAS NO INQUÉRITO DA SATISFAÇÃO DOS ACOMPANHANTES .....</b>	<b>50</b>
<b>TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS COM OS ITENS DE SATISFAÇÃO.....</b>	<b>51</b>

## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

<b>ESQUEMA 1 – FLUXOGRAMA GAIA.....</b>	<b>52</b>
---	-----------

## INTRODUÇÃO

Atualmente os cuidados de Enfermagem têm adquirido uma relevância crescente e demandam um maior rigor técnico e científico. A diferenciação e especialização tornaram-se cada vez mais comuns entre os profissionais de saúde em geral (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a). Neste contexto, a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com ênfase na área de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, requer a conclusão e a defesa pública de um relatório que englobe uma avaliação e análise sob uma perspetiva académica avançada (OE, 2018a). O relatório de estágio com componente de investigação apresentado neste documento faz parte do segundo ano do Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Conforme estabelecido no Regulamento nº 429/2018 da OE (2018b) uma pessoa em situação crítica é definida como aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou iminente falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Dentro desse contexto, e visando adquirir e aprimorar competências na prática especializada divide-se este trabalho em duas partes, com vista a dar resposta às necessidades do doente em situação crítica.

A primeira parte incide sobre a caracterização dos locais de Ensino Clínico (EC) e reflexão das aprendizagens em contexto prático, através de descrição, fundamentação, crítica e visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na pessoa em situação crítica, no desenvolvimento das competências comuns e específicas, no seio da equipa multidisciplinar. Os EC tiveram lugar num Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar na região centro do país e numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) da região centro do país e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de uma Unidade Local de Saúde na região centro do país.

O desenvolvimento de habilidades profissionais e o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos inerentes ao exercício da profissão faz-se através das atividades desenvolvidas nos EC, cuja função passa por consolidar o conhecimento teórico que depois se evidenciará na melhoria da prestação de cuidados ao doente (Dias et al., 2014). De facto, assegurar a

constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional com vista à valorização e à qualidade do exercício da Enfermagem, faz parte dos objetivos pessoais.

O EC de especialização possibilita o desenvolvimento da auto e heterocrítica, permitindo caracterizar e refletir sobre as ações e as atitudes pessoais e profissionais. Simultaneamente, “agita” as nossas práticas e constitui-se como o ambiente certo e o momento de excelência para a aprendizagem e o desenvolvimento de competências nos vários domínios. Este período de confronto intelectual, relacionando a teoria e a prática, desenvolve um espírito crítico-reflexivo, ajuda ao crescimento e possibilita o ambicionado desenvolvimento profissional.

Na segunda parte deste documento, pretende-se apresentar um projeto de melhoria contínua da qualidade em Enfermagem, desenvolvido ao longo do Mestrado.

O projeto foi denominado **Pessoa e família na centralidade dos cuidados num Serviço de Urgência** e foi estruturado de acordo com os *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence – SQUIRE 2.0*. O objetivo deste estudo passou por conhecer o nível de satisfação da família/acompanhante quanto à informação que é fornecida, acesso a visitas e inclusão dos cuidados de saúde prestados num SU. Analisados os resultados, foi proposta a criação de um gabinete de apoio e informações à família/ acompanhantes dos utentes admitidos num SU de um hospital da região centro de Portugal.

Ao embarcar na jornada de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o Enfermeiro experientista, de forma teórica, um período de transição caracterizado pelo seu crescimento pessoal e profissional, com o objetivo de contribuir para aprimorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A prestação de cuidados especializados deve integrar conceitos basilares da essência da Enfermagem como a pessoa, saúde, ambiente e cuidados de Enfermagem. A transversalidade destes conceitos encontra-se evidente na teoria da transição como foco de atenção para a práxis de Enfermagem, constituindo uma linha orientadora da disciplina e enquadrada na corrente de pensamento designada por Paradigma da Transformação (Santos et al., 2015). Ao longo deste relatório, o conceito de pessoa assume a nomenclatura de doente sem alterar o significado do cuidado ao indivíduo sob uma perspetiva holística e com interação com a sua família, grupo ou comunidade.

O trabalho respeita as normas de elaboração de trabalhos, da Escola Superior de Saúde de Leiria. As referências bibliográficas são elaboradas segundo a norma *American Psychological Association 7ª* edição.

## **PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS**

## **1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O EC tem um papel preponderante na consciencialização do exercício da Enfermagem autónomo, responsável e assente no pensamento crítico. Considerado um período de enorme relevância e um tempo privilegiado para o desenvolvimento de cada estudante, tem como objetivo melhorar a tomada de decisão (Silva et al, 2011). Também para Peixoto & Peixoto (2016) o EC assume uma enorme importância quanto às práticas reflexivas, pois é o local onde se interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais e por estar recheado de imprevisibilidade. Esta conexão da teoria e da prática acaba por criar a necessidade de reflexão para aperfeiçoar o processo da tomada de decisão. Benner (2005) defende que o desenvolvimento e o alargamento da teoria em Enfermagem não se conseguem atingir sem conhecimento prático.

A OE (2019a) definiu que existem competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. São designadas de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas.

Por outro lado, as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2018b).

A OE (2018b) define que um EEEMC deve ter aptidões no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no cuidado a doentes que enfrentam processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, na coordenação efetiva de respostas em situações de catástrofe ou emergências multivítimas, desde o planeamento até à implementação, bem como na otimização da intervenção na prevenção e controlo de infeções.

### **1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO**

Como já foi referido, os EC decorreram num SU, num SMI e extra-hospitalar em dois meios do INEM. Começando pelo EC em SU, a escolha de local de estágio passou pelo aperfeiçoamento de competências técnicas e não técnicas e pela oportunidade de observar e participar em

situações mais variadas, conhecendo uma dinâmica diferente, com a abrangência e diferenciação de um SU Polivalente. A decisão de realizar o EC no SMI deveu-se sobretudo pela sua abrangência e variedade de casos clínicos, o que proporciona uma experiência diferenciada, e o objetivo foi aprimorar competências técnicas e não técnicas, proporcionando o contacto abordagens diferentes na prestação de cuidados. Pesou o facto de ter um internamento com área de neurocríticos, trauma e de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO).

A escolha de local de estágio nos meios INEM passou pelo aperfeiçoamento das competências do Enfermeiro em contexto extra-hospitalar e pela oportunidade de conhecer e prestar cuidados em dois contextos laborais diferentes e tão dinâmicos como a SIV e a VMER.

### **EC I – Serviço de Urgência**

O SU onde se realizou o EC é um SU aberto 24h, durante todo o ano. Dispõe de diversos recursos técnicos e médicos, que o consolidam como Urgência Polivalente. “Os Serviços de Urgência Polivalente, que também funcionam como Urgência Médico-Cirúrgica para as respetivas áreas de influência, são o segundo nível, e com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001, p. 8). Além do proposto para as urgências médico-cirúrgicas, este SU dispõe de apoio da Gastrenterologia, da Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Vasculuar, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância magnética e apoio da Patologia Clínica com Toxicologia.

Em termos de recursos humanos, este serviço tem uma equipa de Enfermagem composta por 170 Enfermeiros, dos quais 68 são especialistas nas diversas áreas de especialidade da Enfermagem e tenta-se alocar pelo menos um a cada área, sendo que estes devem assumir a função de responsáveis dessa área. De acordo com o Parecer n.º 10/2017, “dispondo as equipas dos serviços de Urgência de profissionais com competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017, p. 3).

A distribuição da Equipa de Enfermagem no SU é feita em conformidade com o Parecer n.º 10/2017 e de acordo com o Manual de Standards de Unidades de Urgência e Emergência da DGS de setembro 2016, que aborda a necessidade de existir um instrumento de apoio que contemple as funções e responsabilidades de cada posto de trabalho com vista à eficiência das atividades dos profissionais (DGS, 2016). Desse modo, todos os elementos que compõem o turno são escalados por cada um desses postos através de uma grelha específica. Num dia normal de trabalho 35 Enfermeiros são distribuídos pelos diferentes postos de trabalho, sendo que a alocação dos mesmos é realizada semanalmente pela Enfermeira Gestora do Serviço.

Observou-se, ao longo do EC, que cada posto de trabalho integra um campo específico de intervenção. Todavia, a prática de Enfermagem no SU requer, no seu todo, perícia na avaliação de informação, na definição de um diagnóstico e implementação de um plano de cuidados adequado às necessidades da pessoa (Sheehy, 2011). Para auxiliar o Processo de Enfermagem, os serviços devem dispor de um sistema de informação atualizado que satisfaça as necessidades de informação e de comunicação entre os profissionais de saúde (DGS, 2016). Assim, o registo das atividades realiza-se através de um sistema e tecnologia de informação e comunicação denominado por SClínico®, recentemente implementado neste serviço.

## **EC II – Serviço de Medicina Intensiva**

O SMI trata-se de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente que dá resposta aos cidadãos de uma grande parte da região centro do país. Encontra-se dividido em 3 pisos, sendo que no piso -3 existem 12 camas e preconizava-se a admissão por falência respiratória, o piso -1 aloca 8 camas com área dedicada COVID-19 e o piso 1 era constituído por 12 camas essencialmente dedicadas à área de Neurocríticos, trauma e doentes em ECMO. Todos os serviços estão dispostos em *open space* conforme o proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Esta organização permite o contato visual com os doentes, proporcionando uma vigilância contínua (ACSS, 2015).

Este SMI caracteriza-se por ser uma unidade com camas de nível III, o que faz dele uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente, “em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável” (OE, 2019b, p. 145), pois existe uma preocupação ter em “acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários” (OE, 2019b, p. 145).

Tendo em conta a metodologia instituída no SMI, de prestação de cuidados individuais, através do método de Enfermeiro Responsável e, sabendo o nível de complexidade do serviço (nível III), o ideal seria a adoção da recomendação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, um doente por Enfermeiro e independentemente do turno (OE, 2019b).

Um Enfermeiro deveria prestar cuidados no limite máximo, a dois doentes. Nos casos de maior instabilidade hemodinâmica, de maior complexidade de cuidados e de planos de trabalho mais exigentes, como doentes submetidos a técnicas dialíticas contínuas ou ECMO, o rácio deveria ser obrigatoriamente de 1:1. A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2020) emitiu um parecer que defende que “os doentes de maior complexidade, com necessidade de suporte extracorporal respiratório e/ou cardíaco por falência das medidas de suporte convencionais, necessitam de maior vigilância e cuidados de Enfermagem, estando estes casos preconizados rácios de Enfermeiro/doente de 1:1” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020, p. 2) que vem corroborar a realidade da dotação deste SMI. Durante o EC verificou-se que neste SMI, habitualmente, um Enfermeiro presta cuidados a um ou dois doentes, sendo que nos doentes mais complexos como o caso dos doentes em ECMO, o rácio verificado é de 1:1. O mesmo rácio é preconizado na prestação de cuidados a doentes com COVID-19, o que traduz a preocupação em proporcionar equipas dedicadas, indo de encontro às recomendações da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2020) que defende que “a constituição da equipa de cada turno, deve ser incrementada, (...), por pelo menos um Enfermeiro acima do rácio preconizado, preferencialmente, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que apoiará os restantes no desenvolvimento das de mais atividades” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020, p. 4). O objetivo desta medida passa essencialmente pelo incremento da segurança para os profissionais e doentes, devido à necessidade de equipamentos de proteção individual mais específicos e aumento das medidas de controlo de infeção associadas.

Na SMI, o cálculo do rácio fundamenta-se numa ferramenta fundamental, pelo *Nursing Activities Score* (NAS). Adaptada por Macedo (2017), esta ferramenta permite a avaliação da carga de trabalho de Enfermagem dos Enfermeiros em Unidades de Cuidados Intensivos. De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018), a evidência científica deve imperar na relação ao rácio Enfermeiro/doente.

De acordo com as recomendações da OE (2019b, p. 145) “na constituição das equipas das UCI, recomenda -se que 50 % sejam Enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.” Aquilo que foi verificado foi que esse rácio de cuidados de Enfermagem é cumprido por parte dos gestores e existe de facto uma preocupação em assegurar cuidados de excelência a este nível.

Sendo a equipa constituída por 130 Enfermeiros, existiam, na altura, 33 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (mais nove em percurso de conclusão da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica), sendo que os mesmos assumiam frequentemente cargos de coordenação de turno e prestação especializada de cuidados. Preconiza-se que esse elemento faça parte da equipa de coordenadores e Especialista pois “a gestão de serviços de Enfermagem é garantia dos Enfermeiros detentores do título de especialista atribuído pela OE” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018, p. 3). A mesma Mesa define que “o profissional com melhor formação para chefiar e coordenar equipas de Enfermagem em serviços de Medicina Intensiva ou de Cuidados Intensivos é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018, p. 4). Em concordância com o parecer, em cada piso, por turno é definido um elemento afeto à coordenação, sendo que apenas nos turnos da manhã, esse Enfermeiro Especialista tem essa função exclusiva, sem doentes distribuídos. Nos restantes turnos, existe a acumulação de funções de coordenação e prestação de cuidados.

O registo das atividades realiza-se através de um sistema e tecnologia de informação e comunicação denominado por *B-Simple*<sup>®</sup>.

### **EC III - Opção – INEM**

Fundado em 1981, o INEM trata-se de um instituto administrado pelo Estado que segue as orientações do Ministério da Saúde. Tem como missão “Garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)” (INEM, 2020, p. 11)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 32/2012 que aprova a orgânica do INEM, são atribuições:

“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, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência; referência e transporte de urgência/emergência; receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; formação em emergência médica; planeamento civil e prevenção; rede de telecomunicações de emergência” (Decreto-Lei nº 32/2012, 2012, p. 749).

Através do Número Europeu de Emergência – 112, os pedidos de socorro que sejam referidos a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Existem quatro CODU em funcionamento em Portugal continental: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro que são assegurados por equipas altamente qualificadas, cujo objetivo visa determinar os recursos necessários e adequados (o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro) a cada pedido de socorro no mais curto espaço de tempo. De acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade ao local da ocorrência, cada CODU gere um conjunto de meios de socorro (ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) - permitem a estabilização e transporte dos doentes, com equipamento para SBV e desfibrilhador automático externo; ambulâncias de SIV – além do material de uma ambulância de SBV, dispõe de fármacos e material diferenciado para prestar SIV); ambulâncias de transporte inter-hospitalar pediátrico; VMER; helicópteros; motas; Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência e ainda viaturas de intervenção em catástrofe) que permite assegurar o acompanhamento das equipas no terreno (INEM, 2020). Através dos fluxos de triagem nos CODU, é possível “priorizar adequadamente as chamadas de emergência recebidas nas centrais médicas do INEM e garantir a uniformidade no seu tratamento” (INEM, 2020, p. 21). A equipa de Enfermeiros da ambulância SIV era composta por seis Enfermeiros, dos quais quatro eram EEEMC. Tripulada por um Tripulante de Ambulância Pré-hospitalar e por um

Enfermeiro, ambos funcionários do INEM, esta ambulância SIV funciona de forma ininterrupta e encontra-se estrategicamente colocada numa região geográfica onde existia a necessidade de prontidão de meios de socorro diferenciados. A VMER mais próxima situa-se num raio de 40 km com algum tempo de deslocação até esta área geográfica do interior do país, pelo que a ambulância SIV vem colmatar essa escassez e dar apoio no socorro aos cidadãos. No fundo, permite “garantir cuidados de saúde igualmente diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida” (INEM, 2020, p. 21).

A ambulância está equipada com material de SBV e material de SIV (adulto e pediátrico), com fármacos e monitor desfibrilhador LIFEPAK® 15, que permite a realização e transmissão de eletrocardiograma. Além disso, dispõe de material de via aérea avançada (máscaras laríngeas) e ventilador. “Concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida” (Despacho n.º 5561, 2014, p. 11124).

Alocada a uma Unidade Local de Saúde do interior de Portugal, todos os Enfermeiros que exercem funções na VMER, onde foi realizado o EC, trabalham em outros serviços do Hospital, sendo maioritariamente do SU e do SMI. Conta com vinte Enfermeiros, sendo nove EEEMC, um Enfermeiro Especialista em Reabilitação e um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

É tripulada por um Enfermeiro e um Médico, ambos com formação específica para exercer essas funções e possui material de SAV entre outro material de socorro avançado como o dispositivo de compressões externas LUCAS®. A VMER “tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida” (Despacho n.º. 5561, 2014, p. 11124).

Tanto a VMER como a ambulância SIV são ativadas para as ocorrências por 3 vias de comunicação concomitantemente pelo CODU: através do ITEAMS® (*Tool for Emergency Alert Medical System*) que é uma ferramenta de registo clínico desenvolvida pelo INEM cujo objetivo é facilitar a comunicação interativa entre o CODU e as equipas no local, permitindo a

estratificação da gravidade clínica das ocorrências e, assim, contribuir para uma regulação médica mais eficaz em situações de maior gravidade (INEM, 2022); através do envio de uma mensagem de texto para o telemóvel do meio - que também permite o contacto direto com o CODU (e no caso da ambulância SIV a validação de intervenções interdependentes, o pedido de apoio diferenciado e o encaminhamento dos doentes pelo Médico Regulador do CODU) e através de rádio do Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal – onde se reporta o *status* em que o meio se encontra (recebida a informação, saída para o evento, chegada ao evento, chegada à vítima, fim do evento e passagem a disponível).

No caso deste EC, que decorreu em dois campos de estágio distintos, foi possível ter a perceção da importância da diferenciação dos EEEMC a nível extra-hospitalar. Para garantir uma prática de excelência, o EEEMC prima pela intervenção precoce, com raciocínio clínico célere, com resposta assertiva, pronta, eficaz e ética, o que faz dele o Enfermeiro ideal para a prática extra-hospitalar (Pinheiro, 2017). Estas características vão de encontro ao descrito no Regulamento n.º 226/2018 que define o Enfermeiro com Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar como:

“detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional (OE, 2018c, p. 10759)”.

## 1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Deste grupo de competências Comuns englobam-se a responsabilidade profissional, ética e legal, e alguns domínios, sendo o da melhoria da Qualidade, da Gestão de Cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

### 1.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (OE, 2019a, p. 4746). Esta competência é comum a todos os Enfermeiros Especialistas e “assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2019a, p. 4746). A Enfermagem tem princípios éticos e deontológicos próprios que fundamentam o seu exercício e que a tornam uma profissão autorregulada. Tanto o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como o Código Deontológico do Enfermeiro são documentos cruciais para o exercício e boa prática da profissão pois neles são definidas as linhas que regulamentam a Profissão. Para abordar o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal torna-se decisivo o Código Deontológico de Enfermagem pois este contém um conjunto de deveres e direitos do Enfermeiro inerentes à sua prática. Conforme o descrito no artigo 8º do REPE os Enfermeiros “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015a, p. 101-102) no exercício das suas funções.

Para desenvolver competências nesta área, nos diversos contextos de EC, foram desenvolvidos os processos de tomada de decisão ético-deontológicas, a prática profissional e ética no seu campo de intervenção e as práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.

O Enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem num SU deve ter habilidades especializadas devido às especificidades e desafios apresentados pelo contexto de urgência (Sweet & Foley, 2019). Os SU são locais onde os doentes se sentem vulneráveis, submetidos à vigilância dos profissionais de saúde e onde existe uma inevitável despersonalização do próprio doente (Chambel, 2012). Efetivamente, as urgências são serviços muito distintos dos internamentos pois são limitados pelo facto de não existir limite de acondicionamento de doentes (Chambel,

2012). Esta particularidade dos SU causa a redução na privacidade e no sigilo. É um enorme desafio garantir a privacidade e a dignidade dos doentes numa sala com múltiplas macas separadas por biombos ou cortinas, quando estes existem, não cumprindo com a distância mínima entre doentes em macas, e que muitas vezes se situam em corredores.

Uma das principais dificuldades dos profissionais de saúde, no que concerne à garantia de sigilo, passa pela forma como decorrem as passagens de turno, muitas vezes perto da maca do doente, o que tendo em conta a sobrelotação frequente e, portanto, uma maior proximidade entre macas, não permite que seja garantido sigilo na transmissão de informação. Tanto a privacidade como o sigilo são afetados por este tipo de abordagem ao *handover* de doentes. Ainda assim, e mesmo que se considere que existiriam formas mais corretas e éticas de passar o turno, o próprio Parecer do Conselho Jurisdicional da OE declara que “os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades” (OE, 2001, p. 1). Ao longo do decorrer deste EC e, sempre que possível, optou-se por transmitir a informação e as ocorrências o mais afastado possível, de forma a garantir privacidade e sigilo acerca das situações clínicas dos doentes.

Desta forma, ao longo do EC procurou-se respeitar a privacidade dos doentes, fechando as cortinas ou colocando biombos sempre que possível, durante a prestação de cuidados. Verificou-se que todos os Enfermeiros se esforçam e usavam da criatividade para promover e preservar a dignidade do doente, apesar do intenso fluxo de doentes que muitas vezes é superior ao esperado. Observou-se que o pedido de consentimento para realizar procedimentos é uma constante e que se preocupam em manter um ambiente com base na ética e deontologia profissional para com o doente e a sua família.

Quanto ao EC desenvolvido no SMI verificou-se que os dilemas ético-legais vivenciados são inúmeros. O ambiente altamente tecnológico e complexo, com doentes em estado crítico e em risco de vida, muitas vezes com prognóstico reservado, leva a questões éticas como as decisões de não reanimação ou a aplicação de procedimentos e protocolos altamente invasivos. O fundamento de todas estas questões tem por base o conceito da dignidade humana como ponto basilar daquilo que é o ato de cuidar. Os Enfermeiros cuidam de pessoas e a dignidade humana está, por isso, intimamente ligada ao ato de Enfermagem.

É um facto que um doente crítico não raras vezes se encontra num processo transitório de alteração do seu estado de consciência, e que a mesma é definida por Damásio (2015) como a capacidade biológica essencial que nos permite experimentar tristeza ou alegria, dor ou prazer, vergonha ou orgulho, lamentar a perda da morte ou do amor, mas também é verdade que mesmo com alteração da consciência, não se pode retirar o valor inerente daquela pessoa. Neste sentido, “cada pessoa é única, insubstituível, dotada de dignidade; dito de outra forma, a dignidade humana é inerente à pessoa, antecede e fundamenta os direitos humanos” (Lopes et al., 2016, p. 734).

Prestar cuidados com dignidade, com respeito pela condição humana, garantir a privacidade, o sigilo e respeitar os direitos da pessoa que se está a cuidar são pontos fulcrais na definição de cuidados de excelência. Aquilo que se vivenciou neste EC foi a observação de um cuidado especial na garantia da dignidade do doente. Procurou-se garantir a privacidade, dignidade, confidencialidade e segurança da pessoa em situação crítica. Estas ações estavam bem presentes na forma de prestar cuidados nesta equipa de profissionais e notava-se sobretudo na forma como se protegia o doente, na preocupação com o estado ou com a prevenção de complicações, até na forma como se acolhia a família e se amparava a dor do outro. Existia uma preocupação constante em minimizar as barreiras ao conforto e a comunicação, tanto com a pessoa, como também, e de uma forma estruturada, com a família/pessoa significativa. Ainda no contexto da tipologia de doentes que compõe as UCI importa abordar outro ponto importante: o consentimento informado na realização de procedimentos. Pela alteração do estado de consciência torna-se impossível garantir níveis de comunicação corretos para assegurar que o consentimento seja efetivamente informado.

Atualmente, o consentimento é visto como uma ferramenta que vai além dos interesses e objetivos médico-terapêuticos, permitindo um maior respeito à pessoa na sua totalidade. O doente, exercendo o seu direito à liberdade, tem o poder de decidir sobre o seu tratamento, entre as opções apresentadas, escolher ou mesmo optar por não receber nenhum deles. Essa perspetiva abrange a dimensão holística do doente, considerando-o como um ser integral com autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua própria saúde (Dantas & Nogaroli, 2020). A autonomia, a autodeterminação da pessoa e o seu direito à informação e decisão

sobre o seu próprio corpo tornam-se impossíveis de garantir nestes doentes, pelo que se passa a assumir a figura jurídica do consentimento presumido.

Trabalhar num serviço onde o consentimento presumido, para a realização de procedimentos, é uma constante quase comum para todos os doentes, pode tornar a prestação de cuidados mais mecanizada e isenta de empatia com o outro. Importa englobar a família neste ponto fulcral. Sob uma perspetiva deontológica e ética, é imperativo incluir a família como parte essencial da humanização do cuidado de Enfermagem (Shajani & Snell, 2019). Considera-se que o papel do familiar não deve ser limitado a seguir as instruções dos profissionais de saúde, tornando-se necessário que ele assuma responsabilidades pela saúde do doente, contribuindo no plano de cuidados de forma ativa.

Na verdade, aquilo que foi observado neste EC, é que existe uma enorme disponibilidade por parte de toda a equipa de Enfermagem do SMI em esclarecer dúvidas colocadas pelos familiares, com o cuidado de utilizar linguagem acessível. Esta humanização do cuidado ao doente, englobando a família das decisões a tomar, além de dignificar e ampliar o papel e as intervenções do Enfermeiro, parece ser bastante tranquilizador para as famílias neste ambiente tão hostil. Promover a humanização na área da saúde implica tratar a pessoa como um ser integral, e essa abordagem ganha maior eficácia ao ser realizada de forma colaborativa pela equipa, superando barreiras comportamentais, refletindo-se em resultados positivos para os doentes (Calles et al., 2017). Embora os SMI se destaquem como um ambiente distinto de outras unidades hospitalares, a humanização da assistência não pode ser negligenciada. Essa humanização reflete-se na abordagem relacional dos profissionais de saúde em relação aos doentes e aos seus familiares. Concordando com os autores, procurou-se ao longo do EC agir de acordo com estes propósitos, apoiando e esclarecendo a família dentro do âmbito daquilo que são os cuidados de Enfermagem.

Neste SMI as passagens de turno são realizadas individualmente, entre o Enfermeiro que prestou cuidados e o que vai assumir essa função no turno seguinte, habitualmente no balcão central, garantindo alguma distância dos doentes, por forma a garantir privacidade e sigilo na informação entre doentes.

Já no que toca ao contexto extra-hospitalar, este tem um desafio inerente à imprevisibilidade de cada ocorrência no que toca aos conflitos ético-legais. A experiência durante este EC

mostrou que há uma atenção especial para assegurar a dignidade do doente por parte dos profissionais de saúde. Das células sanitárias das ambulâncias fazem-se “quartos”, das portas encostadas cria-se privacidade e procura-se garantir a dignidade, confidencialidade e segurança da pessoa em situação crítica. Utilizando os meios e os recursos disponíveis, os Enfermeiros desdobram-se em criatividade para garantir este ambiente terapêutico num meio não controlado como é o extra-hospitalar.

Observou-se, neste EC, que existe uma enorme disponibilidade por parte de toda a equipa de Enfermagem, tanto na ambulância SIV como na VMER em esclarecer dúvidas colocadas pelos familiares, com o cuidado de utilizar linguagem acessível. Esta humanização dos cuidados, que envolve a participação da família nas decisões a serem tomadas, não apenas dignifica e amplia o papel e as intervenções do Enfermeiro, mas também parece ser reconfortante para as famílias nesse momento tão complexo. Durante o EC, houve um esforço constante para agir em consonância com esses objetivos, proporcionando apoio e esclarecimento à família dentro do âmbito dos cuidados de Enfermagem.

### **1.2.2. Domínio da melhoria da Qualidade**

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica representam uma estrutura de referência a partir da qual foram desenvolvidos os enunciados descritivos que definem a qualidade da prática profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em pessoas em situação crítica (OE, 2015b). Face “à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde” (OE, 2015b, p. 17241) consistem num conjunto de intervenções altamente qualificadas com o objetivo de orientar a prática especializada desta área de especialização. Sendo a qualidade uma definição que assenta na eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, cabe ao Enfermeiro Especialista ser exímio na execução das suas tarefas com base no princípio da excelência, implementando de projetos e programas de melhoria contínua, gerindo o risco e controlando o ambiente na prestação de cuidados (Dias et al., 2014; OE, 2010).

No que diz respeito aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem descritos pela OE (2001), a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a

organização dos cuidados de Enfermagem, são instrumentos importantíssimos para aferir a qualidade nos cuidados. Adotando a prática reflexiva procurou-se garantir a satisfação do cliente e família, prevenir as complicações, garantir a ausência de desconforto, mantendo uma prestação de cuidados organizada e centrada no bem-estar do doente.

Especificamente no âmbito dos padrões de qualidade do EEEMC procurou-se garantir a satisfação da pessoa e da família através da utilização da comunicação verbal e não-verbal no cuidado, estabelecendo relações de confiança e empatia, com respeito pelas crenças e valores. Com o objetivo de aprimorar o potencial de saúde da pessoa por meio da avaliação dos conhecimentos e habilidades da pessoa, família e cuidador, realizaram-se ensinamentos e treinos de atividades com o objetivo de capacitar a pessoa, família e cuidador para promover, recuperar e manter a saúde e o bem-estar.

Na perspectiva da prevenção e antecipação de complicações, houve oportunidade de conhecer os projetos, normas e protocolos de melhoria da qualidade e de boas práticas existentes em cada serviço onde se realizaram os EC, de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Para atingir a melhoria desta competência da qualidade, optou-se por uma estratégia constante de implementação de planos de cuidados individualizados com intervenções especializadas com o objetivo de capacitação da pessoa e família.

Ao longo do EC no SU, surgiu a oportunidade de participar na notificação de incidentes através da plataforma NOTIFICA<sup>®</sup>. Também no SMI e nos meios INEM se recorre a esta plataforma que engloba incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, violência contra os profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes e se destina à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde (DGS, 2020). Destes incidentes incluem-se quedas e as reações adversas a medicamentos. Podem ser, contudo, notificados vários eventos adversos observados, uma vez que se pretende com a notificação uma aprendizagem e a implementação de medidas corretivas, para evitar a sua repetição. Verificou-se que existe uma grande preocupação com a segurança dos doentes e que todos os doentes em maca com alteração do estado de consciente ou desorientação são alvo duma maior vigilância, sendo privilegiada a sua presença em locais com maior vigilância. Sobretudo nos meios INEM, existe a preocupação com a notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos, através da utilização do portal RAM - Reações Adversas

Medicamentosas do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Para a gestão de risco e com o objetivo de desenvolver uma cultura de segurança que permite implementar um sistema de notificação de riscos, os Enfermeiros da ambulância SIV utilizam a plataforma HER+ (*Health Event & Risk Management*). Esta plataforma permite fazer o *report* de falhas técnicas e de segurança, que podem pôr em risco o doente ou os próprios funcionários.

Parte importante da qualidade são as dotações seguras de Enfermeiro-doente. Sendo sobejamente conhecido que a sobrelotação ameaça a segurança do doente, além de colocar a sua privacidade em causa, aumenta a taxa de mortalidade e é fonte causadora de *stress* nas equipas hospitalares (McKenna et al., 2019). De acordo com o Despacho n.º 9390/2021 “os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde (...), a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros” (DGS, 2021, p. 102). Houve oportunidade de acompanhar os Enfermeiros Orientadores, tanto no SU como na SMI, que assumiram diversas vezes este cargo ao longo dos EC. Constatou-se a eficácia da gestão dos Enfermeiros consoante a afluência de doentes, mobilizando Enfermeiros de áreas menos lotadas para áreas com maior necessidade de recursos humanos a fim de promover a segurança dos doentes e dos profissionais.

Como já foi descrito mais acima, as dotações do SU são moderadamente seguras e seguem habitualmente as recomendações das boas práticas. Também no SMI existe essa preocupação e surgiu por diversas vezes a oportunidade de preencher a escala de NAS para o cálculo de carga de trabalho de cada doente, utilizada para calcular as dotações de Enfermeiros para o dia seguinte.

Um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados é, de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a prevenção das úlceras de pressão e o Enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção e avaliação do risco de úlcera de pressão (DGS, 2021). Constatou-se que os Enfermeiros apostam essencialmente em medidas de prevenção, como o posicionamento e sua frequência, tendo em conta o estado nutricional e cutâneo do doente. Da mesma forma, no SMI existe essa preocupação com as medidas de

prevenção, com o uso da escala de *Braden*, para implementação de intervenções adequadas, como posicionamentos e adequação de plano nutricional dos doentes.

Sendo uma condição indispensável para a prática responsável e autónoma, qualidade dos cuidados não pode ser nunca dissociada da aquisição de competências com base na evidência científica, através da formação contínua dos profissionais. Nesse sentido, aprimorar a formação dos Enfermeiros é considerado uma estratégia para elevar a qualidade dos cuidados oferecidos por esses profissionais (Xavier & Nunes, 2016). Em todos os locais de EC houve uma preocupação constante pela excelência e a qualidade dos cuidados, tanto por parte dos Enfermeiros, como por parte das chefias. Existia uma cultura formativa, de periodicidade semanal, ministradas habitualmente por colegas que se especializaram em determinadas áreas e partilhavam o seu conhecimento com os pares. Também em contexto extra-hospitalar existia esta preocupação, sendo que praticamente todos os dias existiam formações online no INEM, tendo surgido a oportunidade de participar como preletora num *webinar* da Delegação Regional do Centro, na apresentação de comunicação oral sobre a gestão da transmissão de más notícias (Apêndice 1).

Os sistemas de informação em saúde como SClinico®, o B-Simple® ou ITEAMS® têm o objetivo promover a continuidade dos cuidados. Na revisão de literatura de Tareco & Fernandes (2016) constatou-se que os registos eletrónicos desempenham um papel importante na promoção da continuidade do cuidado e na segurança do doente. De acordo com o Despacho n.º 9390/2021 “a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros” (DGS, 2021, p. 102) e, em última análise, são fatores relevantes para o aumento da segurança e da qualidade da prática clínica.

A utilização de registos pode desempenhar um papel fundamental como indicador de qualidade, permitindo a avaliação sistemática dos cuidados prestados, pois auxiliam na priorização de casos e alertam para aspetos que podem passar despercebidos (Tareco & Fernandes, 2016). Com efeito, considera-se que os registos informáticos facilitam o trabalho do Enfermeiro na medida em que alertam para situações críticas, sinalizam divergências e ajudam a priorizar os cuidados de Enfermagem. Outro aspeto de relevo são os indicadores

gerados pelos sistemas informáticos. Estes permitem identificar dados relevantes para a melhoria da prática e, portanto, melhorar a qualidade dos serviços.

### **1.2.3. Domínio da Gestão de Cuidados**

De acordo com a OE (2019a, p. 4745), por um lado, o Especialista gere “os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, também “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. A gestão não está restrita apenas aos níveis hierárquicos mais altos das organizações, mas está relacionada à administração de diversos processos, como gestão de camas, saúde e doença, riscos, qualidade, entre outros (Potra, 2015).

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2010) refere que o rigor, a eficiência e a eficácia da resposta aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados fazem parte das características preconizadas de um Enfermeiro gestor. Os gestores de Enfermagem são vistos como peças fundamentais nas unidades de cuidados ou serviços de saúde, ocupando uma posição estratégica significativa (Potra, 2015).

Ao longo dos três EC foram diversos os momentos de aprendizagem em relação à gestão de recursos humanos e materiais. Como já referido, o Enfermeiro coordenador de turno no SU, é responsável pela gestão da equipa de Enfermagem, mobiliza Enfermeiros de postos de trabalho se necessário. Houve oportunidade de colaborar na gestão de recursos materiais, nomeadamente a gestão de stocks de material e terapêutica e da esterilização; assistir na resolução de problemas diversos como os transportes inter-hospitalares e intra-hospitalares (no caso do SU, algumas especialidades como a cirurgia plástica não se encontram no mesmo edifício pelo que cabe ao Enfermeiro coordenador agilizar o pedido de transporte, em veículo da instituição); colaborar na gestão de conflitos diversos dentro da equipa multidisciplinar. No final de cada turno era feito um registo de ocorrências, posteriormente transmitido à gestora de Enfermagem e restantes Enfermeiros coordenadores. A gestão de uma equipa tão vasta permitiu ter a perceção da importância do processo de assessoria e de cooperação nas resoluções de problemas e tomadas de decisão em prol do doente e da equipa.

No SMI o Enfermeiro coordenador de turno é responsável pela gestão do piso em que se encontra, sendo que nos turnos da manhã existiam três coordenadores de turno, um por cada

piso. Cobia-lhe a gestão de recursos humanos e materiais, nomeadamente a distribuição de Enfermeiro por doente, a mobilização dos mesmos em caso de necessidade, a gestão de stocks de material e terapêutica e da esterilização, a verificação dos carros de emergência e de pensos, testagem de ventiladores de transporte e monitores desfibriladores e gestão de stocks de terapêutica. No final de cada turno é feito um registo de ocorrências que era transmitido à chefia e restantes Enfermeiros coordenadores. Sem doentes distribuídos apenas nos turnos da manhã, estes elementos assumem a coordenação em exclusivo. Nos turnos da tarde e da noite, acopla a função de prestador à de coordenador. Como reflexão e, numa perspetiva pessoal, considera-se que este elemento, obrigatoriamente Enfermeiro Especialista, deveria estar exclusivamente focado na sua ação como dinamizador, gestor e facilitador de ambientes de práticas de cuidados terapêuticos e seguros, garantindo um esforço constante de melhoria contínua e de qualidade de cuidados.

Na gestão de uma equipa há a necessidade de uma articulação entre todos os colaboradores, com implementação de estratégias de liderança, gestão de conflitos e de recursos, para cada situação que se desenvolva. Silva et al(2011) consideram que um líder deve ter capacidades comunicacionais, favorecer o trabalho e o espírito de equipa, conhecer as habilidades e potencialidades da sua equipa e utilizá-las da melhor forma possível, e ter capacidades para delegar responsabilidade e autoridade.

No INEM, a gestão diária dos consumos materiais, produtos farmacêuticos e a validação da funcionalidade dos equipamentos são asseguradas pelo Enfermeiro do turno. Numa perspetiva de garantia da qualidade e da gestão dos recursos, procedeu-se, em todos os turnos, a essas verificações cujo objetivo era a garantia de que todos os dispositivos/ fármacos/ materiais se encontravam devidamente otimizados. A importância das *checklists* de verificação de material prende-se pela uniformização e sistematização dos meios INEM, de forma que um elemento que seja integrado num destes meios, esteja mais facilmente familiarizado pela paridade de acomodação de materiais.

No caso da ambulância SIV, diariamente os consumos são debitados na plataforma Imove® do INEM e, uma vez por semana, são recebidos e acondicionados esses diversos materiais pedidos nessa plataforma de logística. No caso da VMER, existe um dia exato para efetuar os

pedidos por níveis de stock ao serviço de aprovisionamento e farmácia do Hospital onde se encontra integrada.

#### **1.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais apoia-se no autoconhecimento e a assertividade, sendo que o Enfermeiro Especialista deve basear a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a).

Benner (2005) diz-nos que um bom alicerce para desenvolvimento de competências é a experiência adquirida previamente. Exercendo funções laborais num SU, o processo de desenvolvimento de competências tornou-se mais acessível devido às noções prévias que se possuía, sobre a abordagem a pessoas em situação crítica.

No SU houve oportunidade de participar na ativação de Vias Verdes Coronária, Acidente Vascular Cerebral e Trauma e vivenciar todo o processo, desde o acesso à informação por via telefónica ao Enfermeiro coordenador, até ao aviso de chegada de uma Via Verde ativada previamente no pré-hospitalar; a sua abordagem na sala de Emergência e o acompanhamento de doente ao serviço de hemodinâmica para realização de angioplastia cardíaca por enfarte agudo do miocárdio e outro doente com acidente vascular cerebral isquémico ao serviço de angiografia para trombectomia. Foram experiências muito enriquecedoras e houve, inclusive, oportunidade de remover o cateter radial e colocação do dispositivo de compressão radial com balão (*TR-Band*) na hemodinâmica. Um dos aspetos que mais suscitou interesse, levando a uma intensa pesquisa e curiosidade sobre o tema, foi o aparelho de tromboelastometria (*Rotational Thromboelastometry - ROTEM®*) que existe na sala de Emergência que permite a avaliar a coagulação de forma rápida e qualitativa, guiando a terapia transfusional de forma adequada.

Quanto ao desenvolvimento destas competências no SMI constatou-se que prestar cuidados com este nível de diferenciação foi um enorme desafio pessoal. De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (2013), os Serviços de Medicina Intensiva têm como finalidade a observação e tratamento de doentes em estado clínico crítico, que requerem monitorização e suporte às funções vitais, e são cuidados de forma contínua por profissionais médicos e de Enfermagem especializados. A complexidade inerente ao doente

de Medicina Intensiva e a elevada sofisticação tecnológica, os instrumentos altamente complexos, que por si só não solucionam problemas, traduz o nível de exigência de cuidados. Ao longo deste EC desenvolveram-se competências na identificação precoce de sinais de instabilidade e implementação de medidas e intervenções de Enfermagem, no sentido de minimizar eventuais complicações, onde se pode apostar no desenvolvimento de conhecimentos sobre técnicas e modos ventilatórios, adquirindo competências no planeamento e prestação de cuidados ao doente sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Também houve a oportunidade de desenvolver conhecimentos sobre técnicas de substituição renal, nomeadamente o planeamento e prestação de cuidados específicos durante a hemodiafiltração veno-venosa contínua e também sobre a técnica de oxigenação por membrana extracorporal. Houve ainda a oportunidade de prestar cuidados a doentes neurocríticos e adquirir conhecimentos sobre os sensores de pressão intracraniana, sistemas de derivação ventricular externa e ainda ter contacto com o sistema de dispositivo aurículo-ventricular *Impella*<sup>®</sup>. Este trata-se de um tipo de dispositivo circulatório percutâneo composto por uma bomba de fluxo axial contínuo, que aspira sangue do ventrículo esquerdo para a aorta (Ayub-Ferreira et al.,2016).

No contexto das aprendizagens profissionais procurou-se sustentar todas as práticas e aprendizagens com evidência científica. Verificou-se uma evolução na gestão de situações de emergência com o desenvolvimento de um raciocínio clínico cada vez mais rápido e eficaz.

Em todos os EC participou-se em diversas discussões científicas, entre pares, sobre o estado da arte e as boas práticas da Enfermagem, abordando novas *Guidelines*, artigos científicos recentes, alvo da pesquisa e pela incessante procura pelo aperfeiçoamento profissional.

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

O Enfermeiro Especialista deve ter uma “prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, sendo também o líder ideal para (...) potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de

competências dentro da sua área de especialização” (OE, 2018, p. 19360). Estas competências foram analisadas de forma a definir para cada uma delas os resultados de aprendizagem e as atividades de aprendizagem desenvolvidas ao longo do EC.

### **1.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

A pessoa em situação crítica é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”(OE, 2018, p. 19362,).

No SU houve oportunidade de conhecer, observar e participar nos protocolos, técnicas e procedimentos já mencionados acima, treinar e aprimorar a comunicação com os doentes em processo de doença como meio de estabelecer uma relação terapêutica e conhecer o funcionamento do gabinete de apoio à família, procedimentos, fluxogramas e guiões disponíveis.

A maior parte deste EC foi realizado em sala de emergência, o que permitiu aperfeiçoar a abordagem à pessoa em situação crítica. Os motivos de admissão mais frequentes neste local foram alteração do estado de consciência, instabilidade cardiovascular e falência respiratória, reportado também por Aragão et al. (2014), como os mais frequentes.

De forma a priorizar os cuidados urgentes/emergentes, tendo por base o Processo de Enfermagem, a abordagem à pessoa centrou-se na adaptação na abordagem sistematizada da mnemónica ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), permitindo assim estabelecer uma prioridade de avaliação e atuação face às necessidades identificadas (INEM, 2019).

No EC desenvolvido na SMI houve a oportunidade de desenvolver o processo de Enfermagem desde o momento da admissão do doente, desenvolvendo uma avaliação constante e um registo correto dos dados recolhidos. Realizava-se um planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de Enfermagem ao doente crítico, determinando prioridades e estratégias de intervenção, identificando sinais precoces de instabilidade e agindo em conformidade, cumprindo os protocolos definidos, sempre numa ótica de prestação de cuidados especializados, individualizados e diferenciados.

Sendo este um serviço com um nível de complexidade elevado, a existência de inúmeros protocolos de atuação padroniza as metodologias de abordagem e faz com que muitos procedimentos possam ser realizados de forma rápida e uniformizada por toda a equipa. Nomeadamente em situações de instabilidade hemodinâmica, desadaptação ventilatória, dor, agitação psicomotora, excesso de sedação, entre outros. Considera-se que um olhar especializado traz contributos positivos e até decisivos para a implementação de intervenções de Enfermagem autónomas e instituição de medidas terapêuticas farmacológicas protocoladas.

No decorrer do estágio foram realizados transportes intra-hospitalares, no acompanhamento de doentes para a realização de meios complementares de diagnóstico, com uma atitude preventiva de identificação e antecipação de possíveis situações geradoras de risco para o doente durante essa deslocação para fora da UCI.

Ao longo dos EC conseguiu-se identificar sinais de instabilidade na vítima crítica, conceção de planos de abordagem sistematizada, a sua implementação e, posteriormente, avaliação sobre o efeito no doente, num constante processo reflexivo sobre essas práticas com fundamentação teórica. Considera-se que um olhar especializado traz contributos positivos e até decisivos para a implementação de intervenções de Enfermagem autónomas e instituição de medidas terapêuticas farmacológicas protocoladas, nomeadamente nos processos de tomada de decisão.

Todavia, também a família era envolvida nos cuidados, no processo de saúde/doença da pessoa, por exemplo no seu acompanhamento em gabinete de apoio à família, no SU. Um Enfermeiro é alocado a esse posto de trabalho nos turnos da manhã e da tarde, com a função de transmitir as informações relativas aos cuidados de Enfermagem dos doentes que se encontram neste serviço. Regista em notas gerais o nome, o contacto e a informação que foi dada, de forma a otimizar a gestão de informação fornecida.

Ao longo do EC no SMI existiu uma participação constante nos processos de acolhimento, integração e acompanhamento da família durante o período de visita no serviço mantendo uma atitude positiva e uma relação empática e assertiva com a família, numa atitude profissional de disponibilidade permanente. Promovendo um ambiente calmo e seguro fez-se uma gestão da informação a disponibilizar à família durante os períodos de visita. Em relação

às famílias destaca-se a importância de integrar a família como elementos parceiros nos cuidados, comportando vantagens na gestão da ansiedade e recolha de informação clínica (Sheehy, 2011). O Regulamento n.º 361/2015 da OE refere que compete ao Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica 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” (OE, 2015, p. 17241) com vista à obtenção da satisfação do doente/família.

A OE (2017) destaca nos seus padrões de qualidade do EEEMC que o Enfermeiro deve gerir o impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela família com vista à satisfação da pessoa e família cuidada. Ao longo deste EC houve uma gestão da informação e acompanhamento da família dos doentes, mantendo uma atitude positiva e uma relação empática e assertiva, numa atitude profissional de disponibilidade permanente e promoção de um ambiente calmo, seguro e com a criatividade na manutenção de manter privacidade em meio extra-hospitalar. As vivências de situações neste âmbito permitiram o desenvolvimento de trabalho reflexivo, apresentado em *webinar* do INEM (Apêndice 1), sobre a gestão de transmissão de más notícias e posteriormente a uma apresentação em formato de póster, em evento científico: “A presença da família na reanimação cardiorrespiratória - um foco da Enfermagem especializada ao doente crítico” (Apêndice 2).

Se os Enfermeiros são os profissionais de saúde com maior tempo de permanência junto aos doentes e famílias, e se a isso se associar a formação nesta área da comunicação, isto faz dos Enfermeiros os profissionais ideais na comunicação de más notícias (Parecer Conselho Jurisdicional 153/2013, 2015). Neste sentido desenvolveu-se a comunicação no processo de transmissão de informações. A comunicação efetiva desempenha um papel fundamental ao longo de todo o processo de cuidados de saúde, sendo especialmente relevante nos momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade e troca de informações entre os diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Quer nas passagens de turno ou transferências de doentes, quer com a utilização das vias de telecomunicação do INEM, transmitiram-se as informações relativas à ocorrência e à situação do doente tendo em conta a metodologia ISBAR - Identificação, Situação, Histórico, Avaliação, Recomendação. De acordo com a Norma 001/2017 da DGS

(2017), este método de comunicação permite a otimização e da transmissão de informação de forma célere e eficaz.

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

Segundo o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, esta competência refere-se à intervenção do EEEMC quanto à conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas, capacidade de resposta face à complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gerindo equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta (OE, 2011).

O conceito de catástrofe fundamenta-se em três elementos essenciais: um grande influxo de vítimas, danos materiais significativos, e uma desproporção entre os recursos humanos e materiais de socorro disponíveis e o número de vítimas a serem socorridas (Silva et al., 2015). Em contexto de SU são muitas as situações de sobrelotação de doentes e de escassez de recursos humanos e materiais, as quais se poderiam configurar como situações de exceção e catástrofe, todavia não se verificou nenhuma ação sobre o mesmo.

Tanto no SU como no SMI conheceram-se os Planos internos de Emergência e Catástrofe de cada serviço. Trata-se da metodização de um conjunto de normas, regras e procedimentos, com o intuito de minimizar os efeitos das situações de exceção e catástrofe, que venham a ocorrer em determinadas áreas, sob determinadas condições, gerindo de forma otimizada o uso de recursos e a participação de recursos humanos e materiais (Araújo, 2012).

No SU este plano prevê o acolhimento das vítimas desde a triagem até à transferência das mesmas entre serviços e a atuação da equipa de Enfermagem em todas as etapas (Bandeira et al, 2014). No caso da SMI, este plano de atuação/evacuação/escoamento tem por base o número de vítimas, o tipo de catástrofe e também o nível de ativação de catástrofe (1, 2 ou 3). Ainda neste contexto, estão disponíveis os planos de contingência no âmbito da pandemia e abordam a necessidade de aumento de número de camas para doentes com Covid-19, com a possibilidade de alocação de mais doentes e mobilização de camas, se necessário. Em contexto extra-hospitalar conheceram-se os protocolos e normas de atuação recomendadas pelo INEM para situações de emergência, exceção e catástrofe em cenário multivítimas, onde

o CODU atua de acordo com os planos de emergência e catástrofe de determinada área e determinado evento em articulação estreita com as entidades locais através dos elos de ligação do INEM nas suas Delegações Regionais. Esta articulação, com os meios da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC) ocorre inclusive a nível internacional com a mobilização de meios e recursos humanos para situações de catástrofe e exceção em outros países.

O INEM colabora “na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com as Administrações Regionais de Saúde, com a DGS e com a ANEPC, no âmbito das respetivas leis reguladoras” (INEM, 2020, p. 13). Além disso, o INEM possui veículos especializados em intervenção em catástrofes, projetados especificamente para atuar nessas ocorrências, a fim de coordenar a atuação dos profissionais de saúde de forma integrada, conforme estabelecido nos planos de emergência e catástrofe (INEM, 2020).

Tanto na ambulância SIV como na VMER puderam-se debater e esclarecer dúvidas sobre ocorrências prévias de cenários multivítimas, exceção e catástrofe vividas pelos colegas.

Quanto aos procedimentos para preservação de prova, surgiu, no SU, a possibilidade de participar numa situação na sala de emergência em que uma vítima de agressão deu entrada e cuidadosamente se procedeu à retirada da roupa para preservar provas.

Neste sentido é essencial que os Enfermeiros estejam conscientes da importância da forma adequada de recolha de prova para garantir a preservação dos vestígios biológicos, muitas vezes invisíveis a olho nu (como saliva, por exemplo), que podem ser cruciais em investigações criminais. Para isso, é necessário que tenham conhecimentos sobre a manipulação e o armazenamento adequados desses vestígios uma vez que, frequentemente, a primeira oportunidade para a recolha de provas ocorre em ambiente hospitalar ou extra-hospitalar (Santos, 2013).

### **1.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é definida como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode,

também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (DGS, 2017, p. 4). No ambiente hospitalar, os profissionais de saúde têm experiências diversas nas suas práticas profissionais, mas, de uma forma geral, lutam por uma prática eficaz e segura, que possa promover transformações significativas, adotando mudanças comportamentais (Nascimento & Santos, 2016). O Enfermeiro ao prestar cuidados manipula o ambiente do doente, quer seja os dispositivos médicos invasivos, quer no contacto direto com a pessoa, tornando-se um veículo de transmissão de microrganismos.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica ser uma referência na equipa de cuidados, demonstrando conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, devendo ser este o elo de ligação a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção (OE, 2018).

Efetivamente, o Hospital é um local onde a infeção tem uma particular tendência a proliferar e a persistir. Especificamente, num SU, são inúmeros os fatores potenciadores de uma infeção, pois no contexto de urgência é difícil gerir e controlar a infeção, devido a situações de doença grave das pessoas, à falta de informação sobre uma infeção latente, à escassez de profissionais, a sobrelotação de doentes e a constante mobilização destes, que só por si promove mais a infeção, do que propriamente o incumprimento de medidas de prevenção (Figueira, 2013).

Tanto no SU como no SMI existem inúmeros pontos de desinfeção (com solução de base alcoólica) e locais de lavagem das mãos nos diversos postos de trabalho. Também estava disponível material de proteção individual, contentores de resíduos hospitalares (grupo III) e contentores corto-perfurantes em diversos pontos estratégicos.

Nos diversos locais de EC conheceram-se os procedimentos do serviço face à diminuição do risco de infeção associada aos cuidados como Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e as diretrizes de âmbito local. Reconheceu-se a sua importância, colaborando no planeamento e prestação de cuidados de Enfermagem especializados a doentes infetados com microrganismos multirresistentes, no sentido de minimizar níveis de infeção cruzada e nosocomial, estabelecendo estratégias para manutenção de procedimentos seguros e isentos de risco para doentes e profissionais de saúde. Conheceram-se os circuitos de manutenção de limpos/sujos, os protocolos de colheita

de espécimes (zaragatoas, hemoculturas, uroculturas, secreções, exsudados, entre outros). Prestaram-se cuidados segundo os protocolos de serviço a doentes com diversos dispositivos como cateter venoso central e linha arterial, e realizadas colheitas de espécimes com protocolos específicos (como no caso das hemoculturas).

No caso do INEM verificou-se uma crescente preocupação com o controlo de infeção, existindo inúmeros procedimentos frequentemente atualizados e adaptados a este meio. Tanto na ambulância SIV como na VMER existiam dispensadores de solução de base alcoólica, localizado em pontos estratégicos (na VMER - na mala e nas portas; na ambulância SIV – em dois pontos distintos na célula sanitária e na mala de primeira abordagem). Também estava disponível material de proteção individual, contentores de resíduos hospitalares (grupo III) e contentores corto-perfurantes em pontos estratégicos (um na mala de primeira abordagem e outro no veículo – na ambulância SIV e na VMER). Durante o EC participou-se nos procedimentos de limpeza e descontaminação da célula sanitária e material clínico, colocando em prática os conhecimentos teóricos, numa visão de segurança. Os procedimentos cumprem as medidas de prevenção controlo da infeção, minimizando os riscos não só para a vítima, mas também para a proteção da equipa. Existe uma preocupação com a descontaminação e desinfeção adequada do material clínico após cada utilização, reduzindo as cadeias de transmissão entre doentes. Além do mais existiam ainda diversas medidas adotadas na proteção individual como a utilização de máscaras, filtros nos ventiladores e insuflador manual, etc.

Em suma, pode-se evidenciar o princípio subjacente da DGS “**não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco**” (2013).

## **PARTE II - PESSOA E FAMÍLIA NA CENTRALIDADE DOS CUIDADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## 2. PESSOA E FAMÍLIA NA CENTRALIDADE DOS CUIDADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

### Person and family at the center of care in an emergency department

#### RESUMO

**Enquadramento:** A procura pela humanização dos cuidados e a participação das famílias nos processos de cuidados dos doentes têm vindo a ser uma preocupação crescente nos Serviços de Urgência (SU).

**Objetivo:** Conhecer o nível de satisfação da família/acompanhante quanto à informação que é fornecida, acesso a visitas e inclusão dos cuidados de saúde prestados num SU.

**Metodologia:** Estudo do tipo descritivo, correlacional, transversal por análise de inquérito aos acompanhantes dos doentes de um SU de um Hospital da região centro do país.

**Resultados:** A amostra foi constituída por cerca de 67% de mulheres, com uma média de idades de 48,82 (DP 13,67) anos, e 32% de homens com uma média de idades de 51 (DP 11,88) anos. Os acompanhantes referiram-se satisfeitos com o SU, embora se obtenha mais satisfação quando informações são dadas pela equipa multiprofissional. Quanto à satisfação face às informações fornecidas pelos Enfermeiros e ao desempenho dos mesmos, os inquiridos referiram, na maioria, muito satisfeitos. Os indicadores com menor satisfação foram o acesso dos acompanhantes à visita e a satisfação face à forma como se sentiram incluídos no processo de cuidados.

**Conclusão:** A criação de um gabinete de apoio e informação ao acompanhante (GAIA) em SU pode ser uma ferramenta de melhoria contínua de cuidados, pois pode tornar este local mais humanizado e menos ameaçador, aproximando os profissionais de saúde e a família. Importa intervir na inclusão da família no processo assistencial do doente, de forma a melhorar a satisfação com os serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Família, Cuidados de Enfermagem, Satisfação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The search for humanization of care and the participation of families in patient care processes has become a growing concern in emergency departments

**Objective:** To assess the level of satisfaction of families/companions regarding the information provided, access to visits, and the integration of healthcare in an emergency department.

**Methodology:** This was a descriptive, correlational, cross-sectional survey analysis study conducted with companions of patients in an Emergency Department of a hospital located in the central region of the country.

**Results:** The sample consisted of around 67% women, with an average age of 48.82 (SD 13.67) years, and 32% men with an average age of 51 (SD 11.88) years. Companions reported being satisfied with the emergency department, although more satisfaction is obtained when the multidisciplinary team provides information. Regarding satisfaction with the information provided by nurses and their performance, most respondents reported being very satisfied. The indicators with the lowest satisfaction were companions' access to the visit and satisfaction with the way they felt included in the care process.

**Conclusion:** The creation of a support and information office for companions in an emergency department can be a tool for continuous improvement of care, as it can make this place more humanized and less threatening, bringing health professionals and families closer together. It is important to intervene in the inclusion of the family in the patient's care process, to improve satisfaction with health services.

**Keywords:** Family, nursing care, satisfaction.

## 2.1. INTRODUÇÃO

Os Serviços de Urgência (SU) abrangem uma variedade de condições clínicas que se manifestam de forma repentina, incluindo aquelas menos graves até aquelas de natureza severa, apresentando o risco de comprometer funções vitais e retratam as mudanças registadas nos comportamentos da sociedade (DGS, 2001).

Nas situações de doença, como no caso dos utentes internados em SU, existe implicitamente uma transição que ocorre tanto a nível individual como a nível familiar. Shajani & Snell (2019) reportam que a ocorrência de uma doença num dos membros do núcleo familiar acarreta alterações nos membros do sistema familiar. Borges (2015) refere que essas alterações podem ser evidenciadas nos papéis sociais assumidos, nas perspetivas de vida, nas habilidades socioculturais e na capacidade de lidar com as respostas humanas. A doença crítica de um membro querido coloca a família perante desafios consideráveis, especialmente quando confrontada com a finitude da vida, incerteza em relação ao prognóstico e o ambiente desconhecido das tecnologias médicas. Essa situação pode desencadear estados psicológicos marcados pela ansiedade, depressão e luto complicado, conforme apontado por Kreuz & Netto (2021).

Quando questionados sobre quais as principais necessidades sentidas pelos familiares dos doentes em SU, o estudo desenvolvido por Hsiao et al. (2017) demonstrou que os familiares classificam as necessidades relacionadas com a comunicação com os membros da família como as mais importantes, seguido pela participação dos membros da família nos cuidados no cuidado ao doente. Também o estudo de Expósito & Marañón (2021) concluiu que os familiares de doentes críticos consideram o apoio emocional, a comunicação e a inclusão no processo de assistencial ao doente como as necessidades mais relevantes.

Com o início da atividade pandémica, a permanência dos acompanhantes junto dos doentes no SU foi suspensa, na sua generalidade, em quase todos os SU do país. De uma forma geral restringiram-se visitas e isolaram-se os serviços de internamento nas unidades de saúde. É um facto que a carência crónica de recursos humanos e a escassez de tempo para a prestação de cuidados, determinada pela sobrecarga de trabalho, agudizadas pela necessidade de celeridade na tomada de decisão, inerentes aos contextos de prestação de cuidados ao doente, potenciam o risco de atendimento pouco personalizado, prejudicando as relações

doente/família/profissional de saúde (Carvalho, 2013). Todos estes fatores foram potenciados durante a pandemia, o que levou ao aumento de insatisfação dos familiares/acompanhantes. Diversos estudos concluíram as parcerias de cuidados entre os profissionais de saúde e os familiares/acompanhantes como recomendados para melhorar a segurança e a qualidade de assistência dos doentes, e também os níveis de satisfação com os cuidados de saúde prestados (Berger et al., 2014; Feo & Kitson, 2016; Mackie et al., 2018).

Uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde é a satisfação com os serviços de saúde, sendo necessário uma avaliação da mesma. É através desta avaliação que se pode identificar as causas e propor recomendações de melhoria (Silva, 2013). Folami (2019) demonstrou que existe uma clara relação entre a qualidade dos cuidados e a satisfação. O aumento na qualidade dos serviços está correlacionado com um nível mais elevado de satisfação, tornando-se, assim, um importante indicador da qualidade dos cuidados (Tsironi & Koulierakis, 2019).

A compreensão da avaliação em relação aos cuidados de Enfermagem, incluindo seus aspetos positivos e negativos, bem como suas capacidades e limitações, possibilita aos gestores reestruturar as atividades de assistência, administração e educação, resultando numa melhoria constante da qualidade dos cuidados de saúde (Bernardo & Lucas, 2020).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, uma das metas para 2026 passa por garantir que “85 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde com mecanismos implementados que permitam avaliar, monitorizar e auditar a perceção do doente sobre o consentimento informado, livre e esclarecido, bem como da informação transmitida” (DGS, 2021, p. 101).

Neste sentido, o objetivo deste estudo preconiza conhecer o nível de satisfação da família/acompanhante quanto à informação que é fornecida, acesso a visitas e inclusão dos cuidados de saúde prestados num SU.

Para tal, definiu-se como questão de investigação: Será que a informação transmitida por um ou vários profissionais, aos acompanhantes em SU, tem impacto na sua satisfação?

## 2.2. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo descritivo, correlacional e transversal, cujos dados foram obtidos através de formulário. Estes foram alvo de análise estatística pelo programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 26.

Os dados foram alvo de análise descritiva, sobre as variáveis sociodemográficas consideradas para estudo.

Para verificar a tendência de normalidade da amostra utilizou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (Laureano, 2013). Por  $p < 0,05$  a amostra segue uma distribuição não normal. Nesse sentido escolheram-se testes não paramétricos, como U de Mann-Whitney e testes de Kruskal-Wallis.

### 2.2.1. População e amostra

A amostra deste estudo inclui familiares/acompanhantes de doentes adultos admitidos num SU de um hospital do interior do país, com os seguintes critérios de inclusão: presença do familiar no SU no momento da colheita de dados; saber ler e escrever; ter mais de 18 anos; aceitar participar no estudo e manifestar disponibilidade para preencher o questionário.

### 2.2.2. Procedimentos éticos

Para a realização deste estudo foi solicitado Parecer à Comissão de Ética da instituição (Anexo 1). A colheita de dados decorreu entre 3 de janeiro e 30 de março de 2023.

Aos participantes do estudo foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, bem como a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalização nos cuidados ao seu familiar internado.

### 2.2.3. Instrumento de colheita de dados

O questionário foi elaborado a partir de um questionário institucional já existente e submetido à validação pela equipa de gestão da qualidade do serviço (Apêndice 3).

A primeira secção incorpora as questões referentes ao contexto sociodemográfico e é constituído por 5 questões que permitem descrever as características da amostra em relação à idade, sexo, se é acompanhante/familiar de um doente admitido no Serviço de Urgências Gerais, se solicitou informações sobre o estado de saúde desse doente, se recebeu

informações sobre o estado de saúde desse doente e, no caso de resposta afirmativa, qual foi o profissional que forneceu informações, podendo existir resposta múltipla.

A segunda secção contém 6 itens sobre satisfação: item 1 - satisfação global com o Serviço de Urgências, item 2 - satisfação em relação às informações que foram fornecidas pelos Enfermeiros, item 3 - qualidade do desempenho dos Enfermeiros, item 4 - facilidade de acesso dos acompanhantes à visita ao doente, item 5 - satisfação em relação à forma como o inquirido foi incluído no processo de cuidados do doente e item 6 - satisfação em relação às informações que foram fornecidas na alta. Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert*, através de 5 categorias, pontuadas com os seguintes scores: 1 - Muito insatisfeito ;2 – Insatisfeito; 3 –Satisfeito; 4 – Muito Satisfeito; 0 - não sabe ou não se aplica.

Na terceira e última secção avaliou-se o nível de fidelidade/lealdade com a instituição. Ou seja, se numa situação de necessidade de um novo episódio de urgência, os participantes recomendariam a instituição a um familiar ou amigo.

### 2.3. RESULTADOS

Num total de 150 questionários entregues aos acompanhantes, 103 foram devolvidos e, destes últimos, 12 foram eliminados por não estarem corretamente preenchidos.

A amostra não probabilística por conveniência foi composta por 91 participantes, dos quais 67% eram mulheres, com uma média de idades de 48,82 (DP = 13,67) anos, e 32% de homens com uma média de idades de 51 (DP = 11,88) anos, sendo o valor médio de idades dos participantes de 49,54 (DP = 13,08) anos, como se pode observar na tabela 1.

**Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos inquiridos em função do sexo**

Sexo	nº	%	Mínimo	Máximo	Média	DP
<b>Feminino</b>	61	67,03%	25	79	48,82	13,67
<b>Masculino</b>	30	32,96%	27	75	51,00	11,88
<b>Total</b>	91	100%	25	79	49,54	13,08

Relativamente ao grau de parentesco, a maioria dos elementos inquiridos são descendentes diretos, com 39,6%, seguido de cônjuges, com 29,5%.

A maioria dos participantes solicitaram informações (98,4%) sobre o seu familiar e destes 87,9% receberam alguma informação.

Identificaram-se vários profissionais na transmissão de informação sobre o doente internado (Administrativo, Enfermeiro, Médico ou vários profissionais), sendo o mais usual a partilha de informação por vários profissionais (56,3%), ou seja: Administrativo / Enfermeiro, Enfermeiro / Médico ou Administrativo / Enfermeiro / Médico.

Relativamente a recomendarem este SU a um a um familiar ou amigo, a maioria dos elementos respondem afirmativamente com 73,6%.

**Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos inquiridos em função do sexo**

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		X <sup>2</sup>	p
		nº (61)	% (67,0)	nº (30)	% (33,0)	nº (91)	% (100,0)		
Idade	≤40 anos	19	31,1%	7	23,3%	26	28,6%	0,631	0,730
	41-55 anos	21	34,4%	12	40,0%	33	36,3%		
	>55 anos	21	34,4%	11	36,7%	32	35,2%		
Parentesco	Filho / Filha	24	39,3%	12	40,0%	36	39,6%	5,263	0,385
	Pai / Mãe	2	3,3%	4	13,3%	6	6,6%		
	Neto / Neta	4	6,6%	1	3,3%	5	5,5%		
	Irmão / Irmã	6	9,8%	4	13,3%	10	11,0%		
	Cônjuge	18	29,5%	8	26,7%	26	28,6%		
	Cuidador(a)	7	11,5%	1	3,3%	8	8,8%		
Solicitou informações	Sim	60	98,4%	30	100,0%	90	98,9%	0,497	0,481
	Não	1	1,6%	0	0,0%	1	1,1%		
Recebeu informações	Sim	57	93,4%	23	76,7%	80	87,9%	5,326	0,021*
	Não	4	6,6%	7	23,3%	11	12,1%		
Quem informou	Administrativo	6	10,5%	4	17,4%	10	12,5%	1,368	0,713
	Enfermeiro	9	15,8%	5	21,7%	14	17,5%		
	Médico	8	14,0%	3	13,0%	11	13,8%		
	Vários ****	34	59,6%	11	47,8%	45	56,3%		
Recomendaria	Sim	49	80,3%	18	60,0%	67	73,6%	6,090	0,048*
	Não	9	14,8%	6	20,0%	15	16,5%		
	Talvez	3	4,9%	6	20,0%	9	9,9%		
<b>Total</b>		<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>		

Legenda: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; \*\*\*\*(Administrativo/ Enfermeiro); (Enfermeiro/ Médico); (Administrativo/ Enfermeiro/ Médico)

Pela análise da tabela 3, e no que se refere à opinião face aos itens que avaliam a satisfação, salienta-se claramente que em quatro dos seis itens, os inquiridos consideram-se satisfeitos. Constatou-se ainda que o item 2 (Satisfação Face às informações fornecidas pelos

Enfermeiros) revela ser o que obteve pontuação mais elevada (maior satisfação); seguido do item 3 (Satisfação com a qualidade do desempenho dos Enfermeiros).

**Tabela 3 - Caracterização das respostas dadas no inquérito da satisfação dos acompanhantes**

Itens de Satisfação	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1 - Global com o Serviço de Urgência deste Hospital	4	4,4	17	18,7	<b>47</b>	<b>51,6</b>	23	25,3
2 - Face às informações fornecidas pelos Enfermeiros	---	---	---	---	19	20,9	<b>40</b>	<b>44,0</b>
3 - Com a qualidade do desempenho dos Enfermeiros	---	---	1	1,1	24	26,4	<b>36</b>	<b>39,6</b>
4 - Com o acesso dos acompanhantes à visita	7	7,7	21	23,1	<b>60</b>	<b>65,9</b>	2	2,2
5 - Face à forma como foi incluído no processo de cuidar	7	7,7	19	20,9	<b>50</b>	<b>54,9</b>	14	15,4
6 - Face às informações fornecidas na alta	4	4,4	19	20,9	<b>41</b>	<b>45,1</b>	27	29,7

### 2.3.1. - Análise inferencial

Conforme se pode observar na tabela 4, salienta-se uma satisfação mais elevada nos elementos do sexo feminino, na maioria dos itens. Contudo, a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ) apenas se observa nos itens 1 e 4, ou seja, os inquiridos do sexo feminino estão mais satisfeitos globalmente com o SU e com o acesso dos acompanhantes à visita.

Verifica-se uma satisfação mais elevada nos inquiridos com idades compreendidas entre 41-55 anos em quase todos os itens, com exceção para o item 6 que é mais elevada nos inquiridos com mais de 55 anos. Contudo, com a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p = 0,028$ ) apenas para o item 5.

Correlacionando o grau de parentesco com a satisfação nos diferentes itens, salienta-se uma satisfação mais elevada nos inquiridos na maioria dos indicadores, com exceção para os itens 4 e 5. Contudo, com a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p = 0,010$ ) apenas para o item 2.

Relativamente ao profissional que forneceu informações observa-se que a satisfação é mais elevada nos inquiridos informados por vários profissionais (Administrativo / Enfermeiro); (Enfermeiro / Médico); e (Administrativo / Enfermeiro / Médico) na maioria dos indicadores, com exceção para o item 4, que revelam uma satisfação mais elevada nos inquiridos que

receberam informações apenas por Enfermeiros. Constatou-se a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=0,000$ ) em todos os seis indicadores de satisfação.

Por fim, na questão sobre a recomendação ou não deste SU a familiares/ amigos, os inquiridos afirmam recomendar o serviço. Assim, constata-se mais uma vez, a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ( $***p=0,000$ ) nos itens 1, 4, 5 e 6; e diferenças significativas ( $*p=0,019$ ) no item 3. Apenas o item 2 não revela significado estatístico ( $p=0,587$ ).

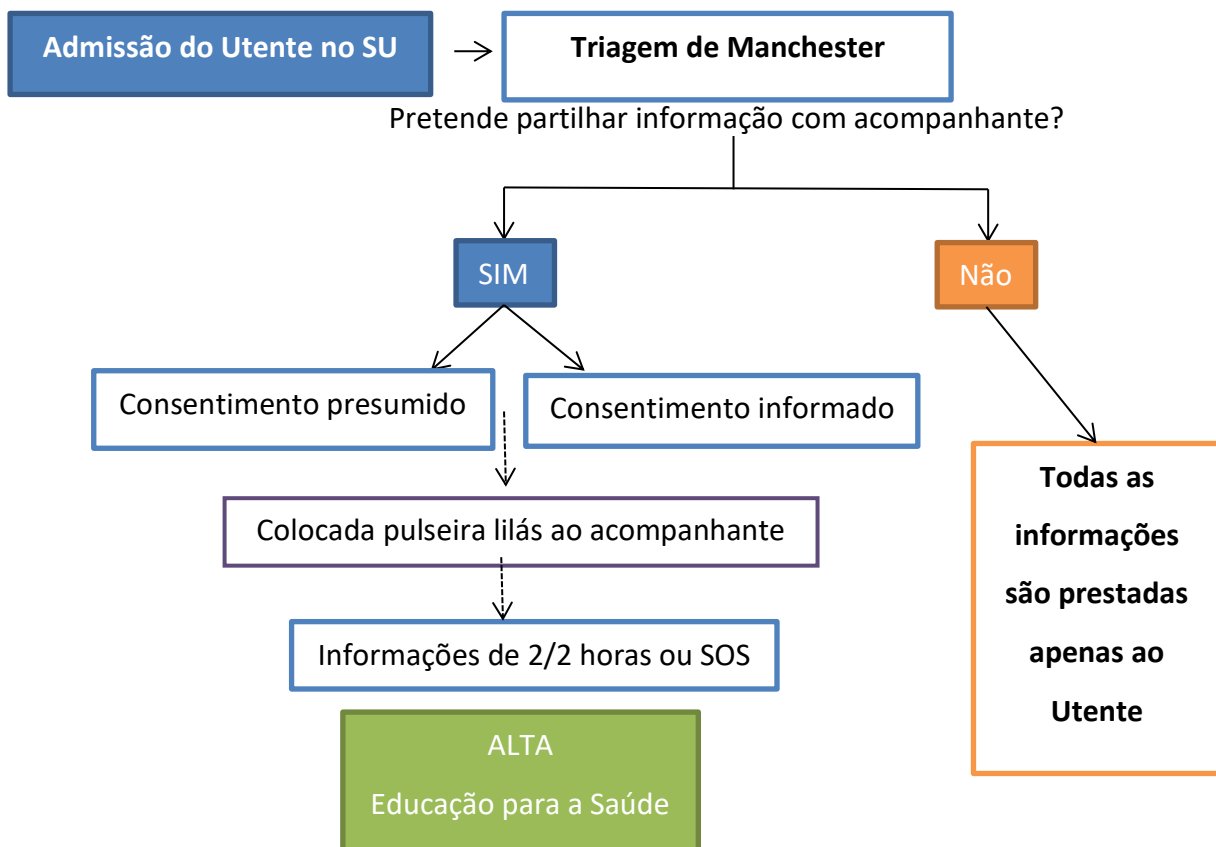
**Tabela 4 – Relação entre as variáveis sociodemográficas com os itens de satisfação**

Variáveis	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
<b>Sexo</b>							U-Mann Whitney
Feminino	<b>49,79</b>	29,21	31,23	<b>48,80</b>	47,17	49,43	
Masculino	<b>38,30</b>	32,13	30,41	<b>38,57</b>	42,17	39,03	
<b>(p)</b>	<b>0,033*</b>	0,474	0,851	<b>0,037*</b>	0,343	0,059	
<b>Idade</b>							Kruskal Wallis
≤40 anos	39,85	28,44	29,47	40,23	<b>35,63</b>	44,50	
41-55 anos	48,73	32,48	32,07	48,08	<b>52,03</b>	44,85	
>55 anos	48,19	28,77	31,23	47,20	<b>46,98</b>	48,41	
<b>(p)</b>	0,307	0,595	0,865	0,336	<b>0,028*</b>	0,790	
<b>Parentesco</b>							Kruskal Wallis
Filho / Filha	42,13	<b>35,29</b>	32,59	40,42	41,17	45,32	
Pai / Mãe	56,67	<b>29,67</b>	33,50	58,50	72,83	55,33	
Neto / Neta	45,00	<b>10,00</b>	19,50	58,50	37,70	44,00	
Irmão / Irmã	35,70	<b>24,75</b>	23,00	42,30	40,90	35,40	
Cônjuge	49,62	<b>28,44</b>	30,38	45,84	48,27	46,23	
Cuidador(a)	57,19	<b>35,29</b>	39,21	53,44	45,56	55,81	
<b>(p)</b>	0,287	<b>0,010*</b>	0,243	0,205	0,062	0,545	
<b>Quem informou</b>							Kruskal Wallis
Administrativo	<b>8,85</b>	---,---	<b>12,50</b>	<b>9,30</b>	<b>7,60</b>	<b>6,50</b>	
Enfermeiro	<b>36,96</b>	<b>18,43</b>	<b>16,79</b>	<b>47,50</b>	<b>39,29</b>	<b>35,43</b>	
Médico	<b>32,45</b>	---,---	---,---	<b>27,55</b>	<b>35,77</b>	<b>28,18</b>	
Vários (****)	<b>50,60</b>	<b>33,60</b>	<b>35,17</b>	<b>47,26</b>	<b>49,34</b>	<b>52,64</b>	
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	
<b>Recomendava este SU</b>							Kruskal Wallis
Sim	<b>56,54</b>	30,18	<b>32,45</b>	<b>56,37</b>	<b>56,13</b>	<b>57,25</b>	
Não	<b>12,33</b>	---,---	<b>13,50</b>	<b>12,40</b>	<b>11,80</b>	<b>10,93</b>	

Talvez	<b>23,67</b>	24,75	<b>9,33</b>	<b>20,94</b>	<b>19,69</b>	<b>20,67</b>	
(p)	<b>0,000***</b>	0,587	<b>0,019*</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	<b>0,000***</b>	

Legenda: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; \*\*\*\*(Administrativo/ Enfermeiro); (Enfermeiro/ Médico); (Administrativo/ Enfermeiro/ Médico)

Tendo em conta os achados desta investigação, foi desenvolvido o projeto “Pessoa e família na centralidade dos cuidados num Serviço de Urgência”. Trata-se de um projeto de melhoria da qualidade em Enfermagem que pretende produzir ganhos em saúde através das intervenções autónomas dos Enfermeiros. Conforme se apresenta no esquema 1, foi desenvolvido um fluxograma de atuação que consiste na criação de um gabinete de apoio e informação ao acompanhante (GAIA).



Esquema1: Fluxograma GAIA. Fonte: elaboração própria.

Após a Triagem de Manchester, o doente deve ser questionado pelo Enfermeiro triador sobre a sua pretensão de transmitir informações acerca do seu estado de saúde ao acompanhante de referência, identificando-o sempre que possível.

## 2.4. DISCUSSÃO

Dos dados obtidos verificou-se que a maioria (67%) dos inquiridos são do sexo feminino. Em relação à idade verifica-se uma média de idades de 48,82 anos para as mulheres entrevistadas e uma média de idades de 51 anos para os homens entrevistados.

De forma geral, as características da amostra corresponderam às observadas na sociedade portuguesa, com uma predominância de mulheres entrevistadas em relação aos homens (Instituto Nacional de Estatística, 2021). O mesmo perfil sociodemográfico dos acompanhantes dos SU é descrito nos estudos de Lopes (2015), Silva et al. (2017) e Hsiao et al. (2017).

Identificou-se, no nosso estudo, que as mulheres apresentaram maior satisfação do que os homens em relação à satisfação global e à satisfação de acesso dos acompanhantes à visita, com a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ). Todavia, Soeiro (2015) inferiu, no seu estudo, que o sexo dos entrevistados não se relacionou com a satisfação, de forma significativa, bem como com o estudo de Pais (2022), que também não encontrou relação entre o sexo dos entrevistados e o grau de satisfação.

Quanto à idade não se observou relação entre a idade e a satisfação dos acompanhantes. Neste ponto, a literatura é contraditória. Alves (2008, citado por Soeiro 2015) concluiu que quando a idade aumenta o nível de satisfação diminui. Por outro lado, Pinto (2011) observou uma relação entre a idade e a satisfação, em que os acompanhantes mais velhos eram os mais satisfeitos. Já o estudo de Lopes (2015) concluiu que as características sociodemográficas, tais como idade e o sexo, não exercem influência na satisfação global dos acompanhantes de doentes que utilizam o SU.

Dos dados obtidos neste estudo, relativamente à satisfação face à forma como os acompanhantes se sentiram incluídos no processo de cuidado do doente, observou-se que os acompanhantes com idades superiores a 55 anos reportaram maior grau de satisfação ( $p = 0,028$ ).

Relativamente a recomendarem ou não este SU, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente com 73,6%. No estudo desenvolvido por Vieira (2019), num hospital do Interior de Portugal, a grande maioria dos entrevistados apresentou bons níveis de satisfação, manifestando a vontade de continuar a ser cliente da instituição de saúde a longo prazo, e a

recomendar o serviço a familiares/amigos. A lealdade do utente representa um desafio para as organizações, visto que a lealdade só é conquistada quando o serviço atende às suas expectativas e necessidades (Teng, 2018).

De uma forma geral quase todos os inquiridos solicitaram informações. Destes, 87,9% receberam informações, o que revela uma preocupação dos profissionais deste SU em transmitir informações sobre o estado clínico da pessoa internada. Pinto (2011) e Lopes (2015) verificaram que a competência e o profissionalismo dos profissionais de saúde influenciam a satisfação dos acompanhantes em relação aos cuidados fornecidos.

Relativamente ao profissional que transmitiu as informações identificou-se que 56,3% dos participantes referiram vários (Administrativo / Enfermeiro); (Enfermeiro / Médico); e (Administrativo / Enfermeiro / Médico). Todavia, concluiu-se que os inquiridos que foram informados por múltiplos profissionais obtiveram níveis mais elevados de satisfação na maioria dos indicadores. Ressalva-se que nos inquéritos analisados, todos os inquiridos que responderam mais do que um profissional, incluíram o Enfermeiro como um desses elementos. No contexto da experiência hospitalar, entre todos os profissionais de saúde com os quais as pessoas interagem, os Enfermeiros são os que exercem a maior influência sobre a satisfação geral, conforme constatado por Batbaatar et al. (2017).

Quanto à satisfação face às informações fornecidas pelos Enfermeiros, os inquiridos referiram-se muito satisfeitos.

A promoção da comunicação com os familiares ou acompanhantes é uma atividade de Enfermagem com potencial de contribuir para uma satisfação e identificação de ganhos em saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2012). Campos (2017, p. 92-93) afirma que a comunicação “é considerada uma das características importantes que define a qualidade das intervenções em Enfermagem. Os Enfermeiros são considerados elementos centrais na comunicação. Na área da saúde, a comunicação é fundamental e inerente aos profissionais, uma vez que estes são, por excelência, profissionais de relação que estão em constante interação com doentes/ famílias, cuidadores e outros profissionais (Sequeira, 2016). O mesmo autor afirma ainda que “a comunicação é parte integrante do plano de intervenção em saúde, pois não é possível cuidar de alguém sem comunicar, sendo que, por vezes, pode ser mais eficaz que um determinado fármaco” (2016, p. 16).

O objetivo da comunicação na Enfermagem e da preocupação crescente numa comunicação eficaz passa pela construção de uma relação terapêutica, que deve ser estendida aos familiares/ acompanhantes, tornando-os também parceiros dos cuidados.

A atuação dos profissionais de saúde deve estar centrada em satisfazer as necessidades, desejos e expectativas dos doentes e família. Nesse contexto, não apenas a competência técnica e científica é importante na prestação de cuidados, mas também a recetividade, o comportamento e as atitudes dos profissionais de saúde, que constituem a componente relacional, desempenham um papel fundamental na experiência do doente e da sua família dentro da instituição de saúde.

Os indicadores com menor satisfação identificados foram, de facto, o acesso dos acompanhantes à visita e a satisfação face à forma como o acompanhante foi incluído no processo de cuidados, o que se revela preocupante e um alvo de melhoria da qualidade.

É de ressaltar que se observou que 12,1% dos inquiridos tinham solicitado informações, e não as receberam. Contudo não foi possível identificar as suas razões.

Constatou-se a importância que o Enfermeiro tem na gestão da informação entre a instituição e o acompanhante, enquanto fator de incremento da satisfação. Foi neste contexto que se desenvolveu o GAIA, como projeto de melhoria da qualidade no SU. Este projeto pretende envolver os conviventes significativos do doente no processo de cuidados, procurando “minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (OE, 2015, p. 14). De facto, o Enfermeiro Especialista deve promover a complementaridade doente/família, sobretudo em situações de doença aguda, que por si só são causadoras de stress. Batista et al. (2017, p. 90) refere que “permitir a presença da família em situações bem definidas em que depois do ABCDE estar estabilizado se inclua o F de família na prestação de cuidados”, pode ser uma mnemónica para a prática do dia-a-dia dos Enfermeiros.

Numa perspetiva de humanização do cuidado ao doente e família, o Enfermeiro do GAIA surge como um elemento facilitador na partilha de informações do âmbito da Enfermagem. Com uma postura empática e profissional, este Enfermeiro deve facilitar a comunicação com o acompanhante de referência, facilitando a visita aos doentes internados no SU, sempre que possível; realizando ensinamentos/ educação para a saúde ao acompanhante e doente, quando

necessário; validando a informação recebida no momento da alta do SU e esclarecendo eventuais dúvidas.

Efetivamente a presença de familiares pode permitir aos profissionais de saúde a recolha de dados importantes como a história prévia ou antecedentes de doença, o fornecimento de informação clínica à equipa e, no caso de existir alguma declaração antecipada de vontade, os familiares podem ser interrogados *in loco* (Batista et al., 2017; Malta et al., 2015).

Porventura, nos casos em que o doente pretende recusar as informações relativas ao seu estado de saúde, aos seus familiares, foi elaborada uma declaração de recusa de transmissão de informação a acompanhantes/familiares, que pode ser fornecida ao doente para sua salvaguarda (Apêndice 4).

### **Limitações**

Como limitações deste estudo emergem a dificuldade de acesso aos participantes e a limitação de tempo para colheita de dados, o que resultou numa amostra relativamente pequena. Propõe-se a realização de estudos de envolvimento das famílias, com acesso a amostras maiores e num período temporal mais prolongado.

### **Conclusões**

A avaliação da satisfação dos acompanhantes é extremamente valiosa e de grande importância, na prestação de cuidados.

Neste estudo foi possível avaliar o nível de satisfação dos acompanhantes do SU, em relação ao profissional de saúde que forneceu as informações. Os entrevistados, cujas informações foram prestadas por vários profissionais, apresentaram melhores resultados na satisfação.

A criação de um GAIA, nos SU, pode ser uma ferramenta de melhoria contínua de cuidados, uma vez que permite um papel transformador no envolvimento da família, num ambiente, por si, criador de ansiedade, num cenário mais humanizado e menos ameaçador, com benefício para todos os envolvidos, uma vez que aproxima os profissionais de saúde e a família.

Dadas as considerações e desafios mencionados, acredita-se que este estudo possa contribuir significativamente para a compreensão de certos fenómenos que impactam a satisfação com os cuidados de Enfermagem.

### **Conflito de Interesses**

O estudo em questão não apresenta conflitos de interesse.

### **Agradecimentos e Financiamento**

Não existe financiamento para a realização deste estudo.

## **2.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M., Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2). Pp. 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Batista, M. Vasconcelos, P.; Miranda, R.; Amaral, T.; Geraldês, J.; Fernandes, A. (2017) Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista Referência*. 4(13). pp. 83-91 <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388251308012.pdf>
- Bernardo, D., & Lucas, P. (2020). Patient satisfaction with nursing care – Integrated Review. *New Trends in Qualitative Research*, 3. Pp. 822–832. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana\\_Borges.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf)
- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1). Pp. 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Direção-Geral Da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República* n.º 183 (24-09-2021), Série II. Pp. 96 – 103. <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. Porto, Portugal. [https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers\\_direitos-e-deveres.pdf](https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf)
- Expósito, V., Marañón, A., (2021). Necesidades y estrategias de participación propuestas por la familia en los cuidados diarios del paciente crítico. *Enfermería Clínica*, 31 (5). Pp. 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centered fundamental care in acute healthcare systems. *International journal of nursing studies*. 57. Pp.1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>

- Folami, F. (2019). Assessment of patient satisfaction with nursing care in selected wards of the Lagos University Teaching Hospital. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 17(1). <https://biomedres.us/fulltexts/BJSTR.MS.ID.002941.php>
- Hsiao, P., Redley, B., Hsiao, Y., Lin, C., Han, C., & Lin, H. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30. Pp.3-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Decenal. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos. Editora CVR. ISBN:978-65-251-0614-4
- Laureano, R. (2013). Testes de hipóteses com o SPSS o meu manual de consulta rápida. Edições Sílabo, Lda. ISBN: 978-972-618-735-6
- Lopes, M. (2015). Satisfação do acompanhamento do doente adulto que recorre ao serviço de urgência [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1361>
- Mackie, B., Mitchell, M., Marshall, A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: an integrative review. *Collegian*, 25 (1). Pp. 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.01.006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, IIª Série, nº 123 (26-06-2015), p. 17240- <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República IIª Série, nº 135. Pp. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Pais, T. M. (2022). Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem num serviço de urgência médico-cirúrgica de um hospital da região do Norte de Portugal [Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/25758>
- Pinto, S. (2011) Qualidade e Satisfação: a visão dos acompanhantes das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica. [Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1574>
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel. ISBN:9789897521683
- Shajan, Z., & Snell, D. (2019). Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention. FA Davis. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=IsOHDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&ots=FiuETbJ45n&sig=1cpdlbdfC2WjHSUa1muEF5w2laU>
- Silva, G. (2013) - Gestão da qualidade em cuidados de saúde. Edição Monitor - Projetos e Edições, Lda. ISBN 978-972-9413-88-9

- Silva, P., Alves, E., Veloso, N., Gamba, M., Teles, M., & Oliveira, K. (2017). O processo do cuidar de idosos hospitalizados: percepção dos acompanhantes de um hospital universitário. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(Especial23). Pp. 175–190. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20iEspecial23p175-190>
- Soeiro, M. (2015). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência básico [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2869>
- Teng, C.-I. (2018). Managing gamer relationships to enhance online gamer loyalty: The perspectives of social capital theory and self-perception theory. *Computers in Human Behavior*, 79. Pp. 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.10.024>
- Tsironi, S., & Koulierakis, G. (2019). Factors affecting parents' satisfaction with pediatric wards. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(2). Pp. 212–220. <https://doi.org/10.1111/jjns.12239>
- Vieira, S. (2019). O impacto das variáveis relacionais comunicação, confiança e cooperação na retenção do cliente no serviço nacional de saúde numa região interior de Portugal. *GESTIN - Revista Internacional de Gestão, Direito e Turismo*. 18/19. Pp. 343-359. <https://gestin.ipcb.pt/wp-content/uploads/2022/02/2019Gestin18-19art22.pdf>

## CONCLUSÃO

Chegando ao fim de mais uma etapa, neste processo de transição profissional e pessoal, importa efetuar uma análise retrospectiva de todo o percurso realizado. Hoje, mais do que nunca, o exercício da profissão de Enfermagem atravessa uma profunda evolução quer pelo avanço tecnológico e científico, pautado pela exigência da pessoa colocada no centro dos cuidados (Pontífice-Sousa, 2020). O dia-a-dia profissional dos Enfermeiros é rico em experiências e desafios que levam a que tenha de existir constante aperfeiçoamento de capacidades que lhes garantam melhores desempenhos. Falar de Enfermagem, independentemente do contexto de cuidados de saúde, é “falar numa assistência em saúde (...) enquadrá-la numa lógica de cuidado, cuja finalidade é facilitar a “melhor saúde”, promover o conforto e o bem-estar dos seres humanos (...) considerando os Enfermeiros atores privilegiados para desenvolver, concretizar e enfatizar o cuidado confortador” (Pontífice-Sousa, 2020, p. 13).

Considera-se que o desenvolvimento profissional, obtido ao longo deste Mestrado, assenta numa perspetiva de Enfermagem Avançada com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis e é a própria que afirma que a transição constitui um conceito central em Enfermagem (Meleis, 2012). Na área da saúde observam-se, com frequência, processos de transição de saúde/doença que integram mudanças comportamentais, motivadas pelo aparecimento de uma doença aguda ou alteração do bem-estar face a uma doença crónica, representando, portanto, uma componente da área da Enfermagem.

O Enfermeiro, enquanto agente facilitador do processo de transição, treina a perícia e torna-se perito no acompanhamento da pessoa, pela sua compreensão e identificação das necessidades ao longo do percurso de doença. Nesta perspetiva, os Enfermeiros e a pessoa são aliados na construção de cuidado confortador multicultural pautado pela compreensão e adaptação das respostas humanas aos processos de transição de saúde e de doença (Pontífice-Sousa, 2020).

Foi com esse propósito que foram desenvolvidos os EC, e com a elaboração deste Relatório foi possível aplicar e desenvolver uma prática crítico-reflexiva com contributo para o crescimento pessoal e profissional. Em todos os campos de estágio foram conseguidas diversas experiências enriquecedoras e motivacionais, exponenciadas pelas variadas

situações complexas que possibilitaram o desenvolvimento de competências gerais e específicas inerentes ao EEMC.

Ao longo de todo este percurso manteve-se o foco no doente e família, tendo sido desenvolvido e aprofundado conhecimento na humanização do cuidado com o envolvimento da família no processo de cuidados.

Tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista, objetivaram-se as necessidades formativas para cada uma delas, de forma a aprimorar as capacidades profissionais. São as inquietações, o autoquestionamento, a atitude crítico-reflexiva que fomentam o crescimento pessoal e enquanto profissional de Enfermagem. Ser reflexivo traduz-se na capacidade de ver a prática como um momento de reflexão crítica, problematizando a realidade, bem como de análise e reconstrução criativa dos caminhos da sua ação de modo a resolver os conflitos, erguendo e reestruturando o seu papel no exercício profissional. A prática reflexiva, associada ao conhecimento específico na área de especialização, permite ao Enfermeiro melhorar a compreensão do estado da arte e promover uma mudança comportamental (Pontífice-Sousa, 2020).

Sobre o projeto de melhoria da qualidade entende-se que, sempre que um enfermeiro interage com uma pessoa que necessite de cuidados ou de ensino, desencadeia-se uma intervenção que traz vantagens na disciplina de Enfermagem (Sousa, 2020). Assim, procurou-se dar contributos ao processo assistencial dos doentes num SU do interior do país, estudando a caracterização sociodemográfica e conhecer o grau de satisfação dos acompanhantes do SU. As conclusões do estudo levaram a entender que a conjugação de diversos fatores, como a informação ser dada por vários profissionais, interfere na satisfação, e que a aplicabilidade do projeto favorece a humanização da prestação de cuidados por englobar a família e/ou pessoa significativa.

A título conclusivo considera-se que foram atingidos os objetivos propostos, permitindo ampliar e desenvolver domínios específicos na resposta ao processo de transição de saúde/doença através da obtenção de conhecimento científico e prático para a otimização de competências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações técnicas para a instalação de unidades de cuidados intensivos. <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações técnicas para serviços de urgências. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Urgencias\\_11\\_2015.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf)
- Almeida, O. (2007) O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. [Dissertação de mestrado]. Universidade Do Porto, Faculdade De Medicina. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20o%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Aragão, I., Gomes, A., Proença, L., Carvalho, C., & Polivalente, R. (2014) The Emergency Room at the Center of the Emergency Chain Inside the Hospital. Intensive Care Medicine. 40. [https://www.researchgate.net/publication/275031177\\_THE\\_EMERGENCY\\_ROOM\\_AT\\_THE\\_CENTRE\\_OF\\_THE\\_EMERGENCY\\_CHAIN\\_INSIDE\\_THE\\_HOSPITAL](https://www.researchgate.net/publication/275031177_THE_EMERGENCY_ROOM_AT_THE_CENTRE_OF_THE_EMERGENCY_CHAIN_INSIDE_THE_HOSPITAL)
- Araújo, S. (2012). Administração de Desastres - Conceito e Tecnologias. 3 [https://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos\\_restritos/files/documento/2018-12/AdministracaoDeDesastres.pdf](https://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/AdministracaoDeDesastres.pdf)
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2010). Referencial de Competências do Enfermeiro Gestor. <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Ayub-Ferreira, S., Souza, J., Almeida, D., Biselli, B., Avila, M., Colafranceschi, A., Stefanello, B., Carvalho, B., Polanczyk, C., Galantini, D., Bocchi, E., Chamlian, E., Hojaj, E., Gaiotto, F., Pinton, F., Jatene, F., Ramires, F., Atik, F., Figueira, F., ... Issa, V. (2016). Diretriz de Assistência Circulatória Mecânica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros De Cardiologia, 107(2). Pp. 1–33. <https://doi.org/10.5935/abc.20160128>
- Bandeira, A., Marin, S., & Witt, R. (2014). Vulnerabilidade a desastres naturais: implicações para a enfermagem / Vulnerability to natural disasters: implications for nursing. Ciência, Cuidado e Saúde, 13(4). Pp. 776. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i4.22135>
- Barreto, S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, M., Angelo, M., Oliveira, L., & Marcons, S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. Texto & Contexto: Enfermagem, 28(2). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150>
- Benner, P. (2005). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem. (2ªed). ISBN: 9895580525
- Calles, A., Nascimento, J., Silva, A., & Souza, C. (2017). Humanização na unidade de terapia neonatal: revisão de literatura. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde. 4 (1). Pp. 23-30. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/3545>
- Chambel, É. (2012). Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=24228&codigo=717](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=24228&codigo=717)
- Damásio, A. (2015) O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. Companhia das Letras. ISBN: 9788543803456
- Dantas, E., & Nogaroli, R. (2020). Consentimento informado do paciente frente às novas tecnologias da saúde: telemedicina, cirurgia robótica e inteligência artificial. DIREITO, 13.

[https://anadem.org.br/wp-content/uploads/2023/02/Revista-de-Direito-Medico-e-da-Saude-21\\_web\\_simples.pdf#page=13](https://anadem.org.br/wp-content/uploads/2023/02/Revista-de-Direito-Medico-e-da-Saude-21_web_simples.pdf#page=13)

Decreto-Lei n.º 30/2011 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República n.º 43/2011, Série I. Pp. 1274 – 1277. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>

Decreto-Lei n.º 34/2012 do Ministério da Saúde (2012), Diário da República: Série I, nº32 Pp. 748-750. <https://files.dre.pt/1s/2012/02/03200/0074800750.pdf>

Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde (2014) Diário da República: Série II, n.º 79. Pp. 11123 – 11124. <https://files.dre.pt/1s/2012/02/03200/0074800750.pdf>

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Diário da República: Série II, nº 187. Pp.96 – 103. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dias E., Stutz B., Resende T., Batista N., Sene S. (2014). Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. Rev. Psicopedagogia 31 (94). Pp. 44-55 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862014000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000100006)

Direção-Geral Da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

Direção-Geral Da Saúde. (2015) “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 022/2015. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (2016). Manual de Standards – Unidades de Urgência e Emergência. 1ªed. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual\\_de\\_standards\\_servicos-de-urgencia-e-emergencia\\_me-26-1\\_01\\_print.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_servicos-de-urgencia-e-emergencia_me-26-1_01_print.aspx)

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma:001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo De Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República n.º 183 (24-09-2021), Série II. Pp. 96 – 103. <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>

Entidade Reguladora da Saúde ERS. (2021). Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. Porto, Portugal. [https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers\\_direitos-e-deveres.pdf](https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf)

Fernandes, A. (2012). Reflexões e contributos para a Reforma do Sistema de Saúde em Portugal. Diário de Bordo editores. 1ª ed. ISBN 978-989-8554-09-3

Figueira, A. (2013). Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Urgência. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6100>

- INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- INEM (2020). Plano estratégico 2020-2022. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- INEM. (2022). “iTEAMS INEM – uma realidade cada vez mais presente no socorro em Portugal”. <https://www.inem.pt/2022/12/28/iteams-inem-uma-realidade-cada-vez-mais-presente-no-socorro-em-portugal/>
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11). Pp.1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>
- Lopes, M., Mendes.F., Nunes, L., Amaral. A. (2016). Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. *RIASE - Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 2(3). <http://hdl.handle.net/10174/22545>
- Macedo, R. (2017). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Institucional da Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T., Costa, T. (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Rev. Interações: sociedade e as novas modernidades*, 29. Pp. 74-96. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/384/399>
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Mallon, W. K., Hernandez, C., & Morley, E. J. (2019). Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clinical and experimental emergency medicine*, 6. Pp.189–195. <https://www.ceemjournal.org/journal/view.php?doi=10.15441/ceem.18.022>
- Meleis, A. (2012). Theoretical Nursing Development and Progress. <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/138886/1/9781605472119.pdf>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer N.º 10/2017 - Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arguivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arguivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Parecer N.º 15/2018 - Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades e 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](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.. (2020). Parecer N.º 02/2020 – Rácio de Enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva-Covid [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2\\_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf)
- Ministério da Saúde. (2011). Decreto-Lei n.º 30/2011. Diário da República n.º 43/2011, Série I. Pp. 1274 – 1277. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>

- Nascimento, D., Santos, L. (2016). Infecção relacionada á saúde: percepção dos profissionais de saúde sobre seu controle. Revista Interdisciplinar, 9(2). Pp. 127–135. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6771903.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Lei n.º 111/2009 - Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, I.ª série, n.º 180 (16-09-2009). Pp. 6528-6550. <https://files.dre.pt/1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, IIª Série, n.º 123 (26-06-2015). Pp. 17240- <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados 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 - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho- Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. Diário da República IIª Série, n.º 123. Pp. 17993 – 17999. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2018-115603190>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República IIª Série, n.º 135. Pp. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República IIª Série, n.º 74. Pp. 10758 - 10764. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 104/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República IIª Série, n.º 26 (06-02-19). Pp. 4744 – 4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b) Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República IIª série, PARTE E, N.º184. Pp. 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Parecer Conselho Jurisdicional 153/2013 da Ordem dos Enfermeiros (2015). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer\\_153\\_2013\\_ComunicacaoMorte.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_ComunicacaoMorte.pdf)
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de Enfermagem em ensino clínico. Rev. Enf. 4(11). Pp.121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3

- Pinheiro, S (2017). COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: Do socorro pré-hospitalar ao hospital Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. <http://hdl.handle.net/10400.26/22413>.
- Pontífice-Sousa, P. (2020). O conforto da pessoa idosa. 2ª edição. Universidade Católica. ISBN: 9789725407127
- Potra, T. (2015). Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644\\_td\\_Teresa\\_Potra.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf)
- Rosa, F., Roese, C., Savi, A., Dias, A., Monteiro, M. (2007). Comportamento da mecânica pulmonar após a aplicação do protocolo de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal em pacientes com ventilação mecânica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 19. Pp. 170-175. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200005>
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. Pensar Enfermagem, 19(1). Pp. 31–46. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- Santos, C. (2013). Contributos para a implementação da enfermagem forense em Portugal. Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/26042/2/ContributosparaaImplementaçãodaEnfermagemForensemPortugal.pdf>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., Azevedo, I. (2015). Human transitional care as a nursing focus: contribution of expertise and classified language ICNP®. Rev. Millenium. 49. Pp. 153 – 171. [https://www.researchgate.net/publication/289507334\\_Human\\_transitional\\_care\\_as\\_a\\_nursing\\_focus\\_contribution\\_of\\_expertise\\_and\\_classified\\_language\\_ICNPR](https://www.researchgate.net/publication/289507334_Human_transitional_care_as_a_nursing_focus_contribution_of_expertise_and_classified_language_ICNPR)
- Schneider, C., Bielemann, V., Sousa, A., Quadros, L., & Kantorski, L. (2009). Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i4.9667>
- Shajan, Z., & Snell, D. (2019). Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention. FA Davis. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=IsOHDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&ots=FiuETbJ45n&sig=1cpdlbfc2WjHSUa1muEF5w2laU>
- Sheehy, S. (2011). Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática. [https://www.academia.edu/42194784/Enfermagem\\_de\\_Urg%C3%Aancia\\_da\\_Teoria\\_%C3%A0\\_Pr%C3%A1tica](https://www.academia.edu/42194784/Enfermagem_de_Urg%C3%Aancia_da_Teoria_%C3%A0_Pr%C3%A1tica)
- Silva, R., Campos, P., Reis, A., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. Territorium, 22. Pp. 249–266. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723\\_22\\_19](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_19)
- Silva, R., Pires, R., Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico. Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência IIIª Série. [https://www.researchgate.net/publication/262468538\\_Supervisao\\_de\\_estudantes\\_de\\_Enfermagem\\_em\\_ensino\\_clinico\\_Revisao\\_sistemica\\_da\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/262468538_Supervisao_de_estudantes_de_Enfermagem_em_ensino_clinico_Revisao_sistemica_da_literatura)
- Sousa, J. (2020). O autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca. [Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/32147>

- Souza, L., Mota, V., Carvalho, A., Corrêa, R., Libério, S., Lopes, F. (2017). Association between pathogens from tracheal aspirate and oral biofilm of patients on mechanical ventilation. *Brazilian oral research*, 31(38). <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0038>
- Sweet, V., Foley, A. (2019). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed.). Elsevier. ISBN: 9780323485463
- Tareco, E., Fernandes, S. (2016). Sistemas de informação como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Uma revisão da literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/765>
- Vardanjani, A. E., Golitaleb, M., Abdi, K., Kia, M. K., Moayedi, S., Torres, M., Dehghan-Nayeri, N. (2021). The Effect of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. *Journal of emergency nursing*, 47(5). Pp. 752–760. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.04.007>
- Xavier, S., Nunes, L. (2016). Significados atribuídos à Competência emocional do Enfermeiro: Estudo empírico e impacto da Educação. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(2). Pp. 620-636. <http://hdl.handle.net/10400.26/19425>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1 – Apresentação do WEBINAR**

## WEBINAR

### ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO -CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

Tema: A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica – Um foco para a Enfermagem Especializada Extra -hospitalar

Apresentadora: Margarida Luís

Tutor SIV: Daniel Costa /Tutores VMER: Paula Mendes e Fernando Micaelo  
Supervisora INEM: Sónia Figueira

Professor Orientador: Joana Sousa

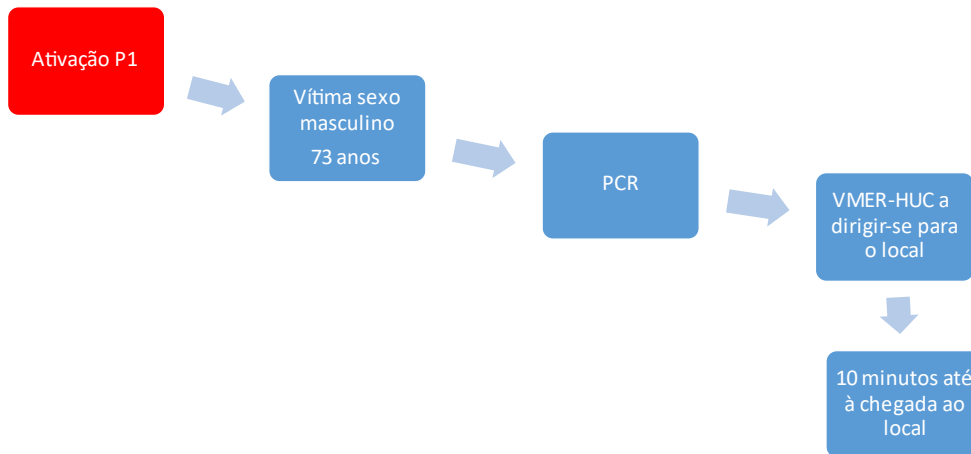
## WEBINAR

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-  
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

## Objetivos

- Compreender o significado para a família em presenciar a RCP, no contexto extra-hospitalar, e o impacto da sua presença nos enfermeiros;
- Refletir sobre a gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica;
- Contribuir para a capacitação comunicacional dos Enfermeiros, no contexto extra-hospitalar, na otimização da transmissão de más notícias à família da vítima crítica.

## Estudo de caso

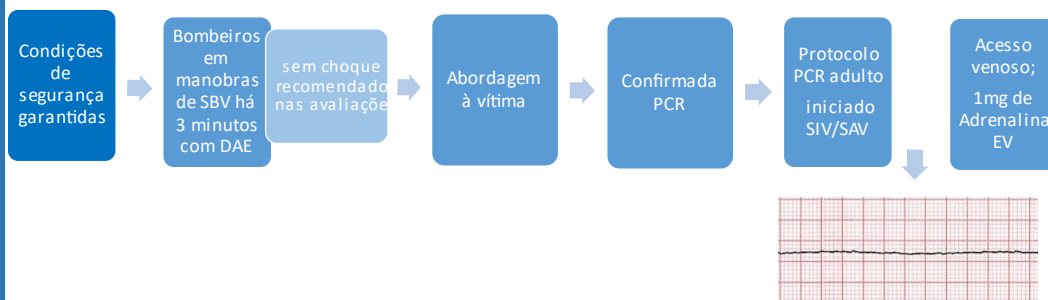


8 de fevereiro de 2023

A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica – Um foco para a Enfermagem Especializada Extra-hospitalar

3

## Estudo de caso

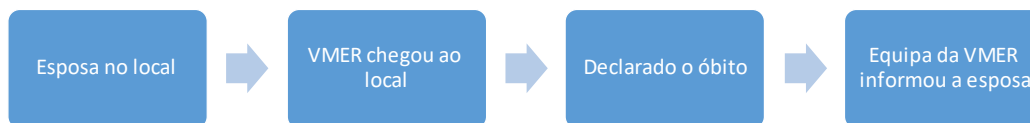


8 de fevereiro de 2023

A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica – Um foco para a Enfermagem Especializada Extra-hospitalar

4

## Estudo de caso



## Reflexão crítica

Presença da família na prestação de cuidados

ABCDE-----F

O Enfermeiro Especialista em EMC,PSC cuida “da  **pessoa e família/cuidadores** a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” e otimizar “o ambiente e os processos terapêuticos na  **pessoa e família/ cuidadores** a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (Ordem dos Enfermeiros 2018, p.19359).



“Um acontecimento angustiante” para a equipa de reanimação e para os familiares da vítima (INEM,2020, p.224).

# Reflexão crítica

## Presença da família na RCP

Em Portugal, o estudo de Batista *et al* (2017) realizado a enfermeiros de diversos serviços de urgência, revelam que a maioria (76%) dos enfermeiros discorda da presença de familiares em contextos de emergência, nomeadamente a reanimação.

Aumento do stress dos profissionais??

Aumento do stress dos familiares??

Medo da gestão comunicacional?

Trauma emocional?

# Reflexão crítica

## Presença da família na RCP

- A revisão de Batista *et al* (2017) concluiu que a presença de familiares na RCP permite aos profissionais de saúde a recolha de dados importantes como a história prévia ou antecedentes de doença, o fornecimento de informação clínica à equipa e, no caso de existir alguma declaração antecipada de vontade.
- A revisão de Vardanani *et al* (2021), concluiu que os membros da família concentram-se sobretudo nos doentes, não nos procedimentos a decorrer. A presença de familiares é benéfica tanto para os familiares quanto para a equipa de saúde. Nenhum dos estudos revisados relatou um efeito negativo sobre os membros da família.
- Os estudos reunidos por Malta *et al* (2015) destacam que “a presença da família durante a reanimação permite confortar os próprios membros da família, ao verem os esforços desenvolvidos e facilitando o processo de luto, caso a situação culmine em morte” (p. 91).

# Reflexão crítica

## Benefícios da presença da família numa PCR:

- Promove contato físico e emocional entre a família e o paciente;
- Permite a participação familiar no processo assistencial;
- Promove apoio ao doente e à família;
- Permite à família compreender melhor o caso do doente e a assistência prestada;
- Facilita a elaboração do processo de luto pela família;
- Permite o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do doente;
- Promove maior satisfação na família.

Batistæt al (2017); Barretæt al (2019), Ja breet al (2013)



8 de fevereiro de 2023

A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica –  
Um foco para a Enfermagem Especializada Extra -hospitalar

9

# Reflexão crítica

Mas... e quando o doente morre?

Médica da VMER  
informou a esposa

O INEM (2020) explica que “não é forçoso que a notícia seja dada pelo Team Leader ou mesmo por um médico. Deve, no entanto, ser um elemento com qualificação técnica para explicar o que aconteceu, capacidade de comunicação e preparação para lidar com a reação de perda dos familiares” (p.226).

- Uma correta abordagem e uma gestão comunicacional eficaz com os familiares da vítima que acabou de morrer, pode ajudar a influenciar a forma como irão vivenciar o luto (INEM2020).

Comunicação

8 de fevereiro de 2023

A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica – Um foco para a Enfermagem Especializada Extra -hospitalar

10

# Reflexão crítica

A comunicação de más notícias

## SPIKES

Desenvolvido por Buckman em 1994, trata-se de um protocolo sequencial de transmissão de más notícias. Este passa pelas seguintes fases/etapas:

- 1º S – *Setting up* (Preparação),
- 2º P – *Perception* (Perceção do doente/família),
- 3º I – *Invitation* (Informação),
- 4º K – *Knowledge* (Conhecimento),
- 5º E – *Emotions* (Emoções),
- 6º S – *Strategy and Summary* (Resumo e *Coping*) (Rosenzweig@012).

Preparação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Local adequado;</li> <li>• Preparação prévia, pensar no que se vai dizer;</li> <li>• Farda sem vestígios de sangue.</li> </ul>
Perceção do doente/família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresente-se;</li> <li>• Estabelecer relação empática;</li> <li>• "O que sabe sobre o estado de saúde do seu familiar?"</li> </ul>
Informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber o que o familiar quer saber;</li> <li>• "O que deseja saber sobre o estado de saúde do seu familiar?"</li> </ul>
Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiro de aviso: "Infelizmente não trago boas notícias!"</li> <li>• Transmitir a notícia de forma clara, sem frases vagas;</li> <li>• Utilizar termos concretos como "morte", "morreu".</li> </ul>
Emoções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir que o familiar expresse as suas emoções;</li> <li>• Confortar e validar sentimentos;</li> <li>• "Sei que o que lhe disse é tão difícil e inesperado que é difícil acreditar..."</li> </ul>
Resumo e <i>Coping</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir, organizar e planificar estratégias, clarificando as dúvidas;</li> <li>• "posso chamar alguém?", "posso ajudá-lo de alguma forma?";</li> <li>• Pode ser pedido apoio psicológico ao CAPIC.</li> </ul>

Preparação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Local adequado;</li> <li>Preparação prévia, pensar no que se vai dizer;</li> <li>Farda sem vestígios de sangue.</li> </ul>
Perceção do doente/família	<p>A Esposa estava presente na reanimação pelo que se pode fazer um resumo do que aconteceu.</p> <p>“Como sabe, o seu marido foi atingido pelo portão e caiu inanimado Fizemos todos os esforços que estavam ao nosso alcance”.</p>
Informação	
Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiro de aviso: "Infelizmente não trago boas notícias!"</li> <li>Transmitir a notícia de forma clara, sem frases vagas;</li> <li>Utilizar termos concretos como "morte", "morreu".</li> </ul>
Emoções	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir que o familiar expresse as suas emoções;</li> <li>Confortar e validar sentimentos;</li> <li>“Sei que o que lhe disse é tão difícil e inesperado que é difícil acreditar...”</li> </ul>
Resumo e <i>Coping</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumir, organizar e planificar estratégias, clarificando as dúvidas;</li> <li>“posso chamar alguém?”, “posso ajudá-lo de alguma forma?”;</li> <li>Pode ser pedido apoio psicológico ao CAPIC.</li> </ul>

## Conclusão

A literatura demonstra que a presença de familiares nos momentos de RCP é benéfica para os mecanismos de *coping* e para facilitar os processos de luto mas os Enfermeiros mantêm alguma relutância.

Importa refletir sobre a necessidade de priorizar a família no processo de cuidados do doente.

As competências não técnicas do Enfermeiro Especialista EMC fazem dele um bom gestor comunicacional, ideal na transmissão de más notícias.

Existem alguns procedimentos que podem facilitar e otimizar a transmissão das más notícias, como o protocolo SPIKES.

# Bibliografia

- Balle, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glover, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES: a step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5.4.302>
- Barrato, M., Penazza, H., Garcia-Viviar, C., & Marcon, S. (2015). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP*, 53, e03435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2002-018001303435>
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldes, J., Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante o atendimento de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista Referência*, V(4), n.139 pp. 83 <https://www.medalyc.org/pdf/3882/388251308012.pdf>
- Belim, C., e Almeida, C. V. (2016). *Communication Competence as the Key: A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity* *Journal of Healthcare Communication*, 9(3), nº 3-31, p.13. <https://www.researchgate.net/publication/327577147>
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana\\_Borges.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf)
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista de Cardiopneumologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, V(15), nº 1011 <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Conselho Internacional de enfermeiros. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/CNFP)*. 2010 ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Cruz, C. O. e Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES Diagnóstico e Tratamento, V.23(03). [https://docs.bvsalud.org/bioline/2016/08/1365/rdt\\_v21n3\\_000.pdf](https://docs.bvsalud.org/bioline/2016/08/1365/rdt_v21n3_000.pdf)
- Dibal, M.; Cade, N. (2009). A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Revista Enfermagem UFPA* <http://www.revenf.bvs.br/pdf/revenf/v17n1/v17n1a16.pdf>
- Ferreira da Silveira, F. J., Botelho, C. C., & Valadao, C. C. (2018). Giving bad news: doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 135(4), 333-331. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20160221270117>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. V(2.0). <https://www.inec.pt/pt/pt/plads/2021/02/ManualSuporteAvançado-de-Vida-2020.pdf>
- Jabre, P., Belhomme V., Asoulay E., Jacob, L., Bertrand, I., Apostolle F., Bazourte, K., Bouilleau G., Pinaud V., Broche, C., Normand D., Baubet, T., Ricard-Hibon A., Jstria, J., Beltraminj A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11), p. 1000-1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T., Costa, T. (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente em UTI e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Rev. Interações: sociedade e as novas modernidades*, nº 29. <https://www.interacoesimt.com/index.php/revista/article/download/384/399>
- McFarlane, J., Riggins J., & Smith, T. J. (2008). SPIKES: a step protocol for delivering bad news about the cost of medical care. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 26(25), 4200-204. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.6208>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento nº 226/2018 de 16 de dezembro de 2018 da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário da República IIIª Série*, nº 74, p. 10169-64. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento nº 429/2018 de 16 de dezembro de 2018 de 16 de dezembro de 2018 da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República IIIª Série*, nº 135, p. 14359-70. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1976) Study Group on Statistical Indices of Family Health & World Health Organization Statistical Indices of Family Health: report of a WHO study group (da reunião em Génova de 17 a 21 de fevereiro de 1975) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41193>
- Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. *Cadernos de Saúde*. ISBN: 9789728485924.
- Phaneuf M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*. ISBN
- Pontífice Sousa, P. (2020). O conforto da pessoa idosa. 2ª edição. Universidade Católica. ISBN: 9789725407127.
- Ramos, A. P., Bortagari, F. N. (2012). A comunicação não verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, V.14 (1). <https://doi.org/10.1589/1516-000500607>
- Rosenzweig M. Q. (2012). Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *The Nurse practitioner*, 37(2), 44. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000408626.24599.9e>
- Sá, F., Vêlez, A. & Botelho, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Referência*, V(8), e21007. <https://www.medalyc.org/journal/3882/388270215010/388270215010.pdf>
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. ISBN: 9789897521683
- Stassart, C., Stipulante S., Zandonà R., Gillet A., & Ghuyssen A. (2017). Impact psychologique de la réanimation cardio-pulmonaire extra-hospitalière (ACRBEH) chez le témoin pratiquant les gestes de survie (Psychological impact of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR) on the witness engaged in gestures of survival). *Revue medicale de Liège*, 72(5), p. 230-40. <https://www.rmlg.ulg.ac.be/show.php>
- Vardanjani, A. E., Gholizadeh, M., Abdi, K., Kia, M. K., Moayed, S., Torres, M., & Daghagh-Nayeri, N. (2021). The Effect of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. *Journal of emergency nursing* 47(5), 752-60. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.04.007>

8 de fevereiro de 2023

A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica – Um foco para a Enfermagem Especializada Extra -hospitalar

14

# Obrigada

8 de fevereiro de 2023

A gestão comunicacional de más notícias à família da vítima crítica – Um foco para a Enfermagem Especializada Extra -hospitalar

15

**APÊNDICE 2 – PÓSTER: A PRESENÇA DA FAMÍLIA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA -  
UM FOCO DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA AO DOENTE CRÍTICO**

# Emergência Pré-hospitalar **VE** Urgência Hospitalar

## A presença da Família na reanimação cardiopulmonar: Um foco da Enfermagem especializada ao doente crítico

MARGARIDA JOÃO SANTOS LUÍS, ENFERMEIRA NA ULSCB, SERVIÇO DE URGÊNCIAS GERAIS

MESTRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

MARINE PATRÍCIA GREGÓRIO CARRILHO PIRES, ENFERMEIRA NA ULSCB, SERVIÇO DE URGÊNCIAS GERAIS

MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

### Introdução

A presença de familiares na reanimação cardiopulmonar (RCP) é um tema algo controverso na prática clínica e ainda pouco abordado na literatura (Sá, Velez & Botelho, 2021). Apesar disso, diversas organizações internacionais estão cada vez mais sensibilizadas para a importância desta temática e recomendam que as instituições de saúde desenvolvam políticas e procedimentos que defendam a presença da família durante a RCP.

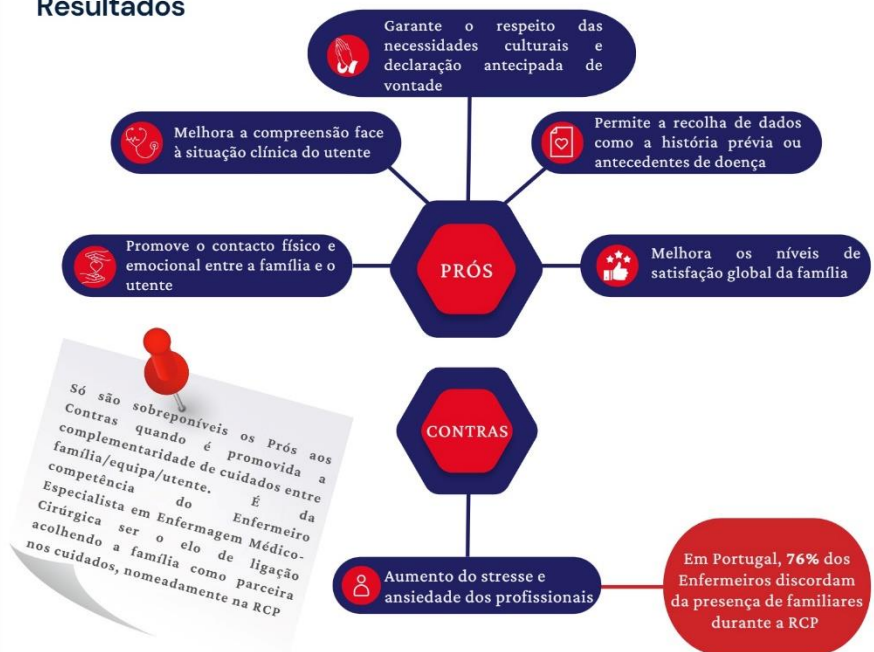
### Objetivo

Analisar o impacto da presença da família na RCP como uma abordagem especializada na Enfermagem.

### Material e Métodos

Para a identificação dos estudos relevantes para a presente revisão sistemática foram identificados os seguintes descritores MESH – “family”, “nursing” e “emergency service hospital”, efetuando-se uma pesquisa nos últimos 7 anos nas bases de dados eletrónicas.

### Resultados



Resultados adaptados de Barreto et al (2019), Batista et al, (2017) e Vardanjani et al (2021).

### Conclusão

Apesar da relutância dos Enfermeiros, a literatura demonstra que a presença de familiares na RCP é benéfica no processo assistencial e no desenvolvimento de eventuais mecanismos de coping face ao luto, pelo que importa refletir sobre a priorização da família no processo de cuidados ao utente. Nenhum dos estudos analisados demonstrou efeitos negativos ou traumáticos sobre os membros da família.



### Bibliografia

Barreto, M., Perazzo, H., Garcia-Vivar, C. & Marcon, S. (2019). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* 53:e03435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018001301435>  
 Batista, M., Vasconcelos, P.; Miranda, R.; Amaral, T.; Geraldes, J.; Fernandes, A. (2017) Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista Referência*. V(4), n.13, pp. 83-91 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S23521308012.pdf>  
 Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República* 1ª Série, nº 135, p. 19359-19370. <https://www.ordemdesenfermeiros.pt/media/8420/115678527.pdf>  
 Sá, F.; Velez, A. & Botelho, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, V(6), e31007. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352130821014010>  
 Vardanjani, A. E., Gollitaleh, M., Abdi, K., Kia, M. K., Moayedi, S., Torres, M., & Dehghan-Nayeri, N. (2021). The Effect of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. *Journal of emergency nursing*, 47(5), 752-760. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.04.007>

## **APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO**

## Questionário de Satisfação com a qualidade de informações que é fornecida neste momento no Serviço de Urgências Gerais

Este questionário pretende conhecer o seu nível de satisfação com a qualidade de informações que é fornecida neste momento no Serviço de Urgências Gerais.

Por favor, responda a todas as questões. O questionário é anónimo e as suas respostas são confidenciais. Assume-se que a sua resposta a este questionário, constitui consentimento informado para a utilização dos dados resultantes.

A honestidade das suas respostas é muito importante para que possamos melhorar o nosso trabalho.

Responda com ( X ) às seguintes questões:

1. Sexo: F  M

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Sou acompanhante/familiar de um doente admitido no Serviço de Urgências Gerais?

Sim  Não  Qual o seu grau de relação com o doente? (filho, pai, amigo, etc) \_\_\_\_\_

4. Solicitou informações sobre o estado de saúde desse doente?

Sim  Não

5. Recebeu informações sobre o estado de saúde desse doente?

Sim  Não

Se Sim, essa informação foi fornecida por quem?

Administrativo  Enfermeiro  Médico  Outro: \_\_\_\_\_

6. Responda com ( X ) a resposta que mais se adequa ao seu grau de satisfação, tendo em conta a seguinte escala:

**1- Muito insatisfeito(a), 2- Insatisfeito(a), 3- Satisfeito(a), 4- Muito satisfeito(a).**

No caso de não saber responder a alguma das afirmações, ou não se aplicar a sua situação, poderá indicá-lo com Não sei/ Não se aplica.

Indicador	1 Muito insatisfeito(a)	2 Insatisfeito(a)	3 Satisfeito(a)	4 Muito satisfeito(a)	Não sei/ Não se aplica
A minha satisfação global com o Serviço de Urgências deste Hospital é:					
A minha satisfação em relação às informações que me foram fornecidas pelos <b>Enfermeiros</b> é:					
A qualidade do desempenho dos <b>Enfermeiros</b> deixou-me:					
A facilidade de acesso dos acompanhantes à visita ao doente deixou-me:					
A minha satisfação em relação à forma como fui incluído no processo de cuidados do doente, deixou-me:					
A minha satisfação em relação às informações que me foram fornecidas na <b>alta</b> , é:					

Fonte: elaborado por Margarida Luís, Enfermeira do serviço de Urgências Gerais da ULSCasteloBranco,E.P.E, aluna do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica do Instituto Politécnico de Leiria

7. Tendo em conta a qualidade dos serviços prestados recomendaria este serviço a familiares/amigos?

Sim  Não  Talvez

Muito obrigado pela sua colaboração

## **APÊNDICE 4 - DECLARAÇÃO DE RECUSA DE TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO**

## Declaração de Recusa de Transmissão de Informação

Eu, Vinheta declaro por meio deste documento que **não autorizo**, a transmissão de informação, neste episódio de urgência, a acompanhantes / familiares.

*Declaro ter compreendido a informação dada pelo profissional e saúde, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.*

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (data)

**Assinatura** \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO 1 - DELIBERAÇÃO POSITIVA DA COMISSÃO DE ÉTICA, HOMOLOGADO PELO  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**



Comissão de Ética da [Redacted]

Exma. Senhora  
Margarida João dos Santos Luís

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
		11/11/2022

441.019.2023.01.02.10.00.13

Assunto	Realização do projeto de investigação "Pessoa e família na centralidade dos cuidados num Serviço de Urgência"
---------	---

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da [Redacted], datado de 25 de novembro de 2022, e homologado pelo Conselho de Administração da [Redacted], no dia 22 de dezembro de 2022.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da [Redacted]  
O Gabinete de Comissões Técnicas da [Redacted]

Dra. Maria Helena Lopes

Na resposta indicar a mesma referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.



de  
E

**Documento:** Submissão do pedido de autorização para a realização de projeto de investigação

**Assunto:** Realização do projeto de investigação "Pessoa e família na centralidade dos cuidados num Serviço de Urgência"

**Requerente:** Margarida João dos Santos Luís

**Título:** "Pessoa e família na centralidade dos cuidados num Serviço de Urgência" cujo objetivo é identificar e conhecer o nível de satisfação dos acompanhantes quanto à dimensão da informação/comunicação no serviço de urgência e implementar um fluxograma de informação para apoio à família da pessoa internada no serviço de urgência.

**Investigador:** Margarida João dos Santos Luís

**Orientador do Estudo:** Professora Doutora Joana Sofia Dias Pereira de Sousa – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

**População do Estudo:** Acompanhantes dos utentes do Serviço de Urgência

**Serviço onde decorre o estudo:** Serviço de Urgência Geral

**Data do pedido:** datado no [redacted] a 11/11/2022

A Comissão de Ética da [redacted] concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS d [redacted] co, E.P.E, 25 de novembro de 2022

A Comissão de Ética

*Margarida João dos Santos Luís*  
*Joana Sofia Dias Pereira de Sousa*  
*[Redacted]*  
*[Redacted]*  
*[Redacted]*  
*[Redacted]*  
*[Redacted]*