

**IPL**

**escola superior de saúde**

instituto politécnico de leiria

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas  
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

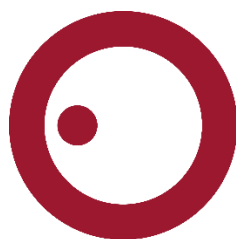
**Comunicação de informações à Família da Pessoa em Situação Crítica  
no Serviço de Urgência: implementação de estratégia de melhoria**

**Mestranda:** Joana dos Santos Pina Luís Marques

**Orientador:** Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2024



**IPL**

**escola superior de saúde**

instituto politécnico de leiria

**CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na  
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas  
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Comunicação de informações à Família da Pessoa em Situação Crítica  
no Serviço de Urgência: implementação de estratégia de melhoria**

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Mestranda:** Joana dos Santos Pina Luís Marques, n.º 5220174

**Orientador:** Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2024

“É o tempo da travessia:  
e, se não ousarmos fazê-la,  
teremos ficado, para sempre,  
à margem de nós mesmos.”  
*Fernando Teixeira de Andrade*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e à minha irmã, pelo suporte e apoio de sempre.

Ao meu marido, o meu melhor amigo, o meu grande motivador e apoiante, sempre!

Ao meu filho António e à minha filha Maria Luísa, que fez grande parte do percurso comigo, por serem o meu estímulo.

Aos meus amigos e familiares, pela paciência e compreensão pela minha ausência.

Aos meus colegas do serviço e do mestrado pela partilha de experiências, dos bons momentos, e de suporte nos momentos académicos mais difíceis.

Aos meus Orientadores de estágio, pelos conhecimentos transmitidos e colaboração.

Ao Professor Doutor Hugo Duarte, incansável, sempre disponível para ajudar em tudo: muito mais do que um excelente Professor, um ser humano excepcional.

Um enorme OBRIGADA a todos os que cruzaram este longo caminho comigo, e que contribuíram para que fosse concluído de forma harmoniosa.

## RESUMO

Este relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, e representa um instrumento que permite analisar de forma crítico-reflexiva o desenvolvimento de competências para uma intervenção especializada no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Encontra-se dividido em duas partes.

A Parte I deste documento promover uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas durante os estágios e que permitem ao estudante uma Prática Especializada na área da Pessoa em Situação Crítica. Os estágios decorreram em três contextos diferentes: Serviço de Urgência, Emergência Extra-Hospitalar nas valências de Ambulância de Suporte Imediato de Vida e Viatura Médica de Emergência e Reanimação, e Serviço de Medicina Intensiva.

A Parte II é constituída pelo estudo de investigação/prática especializada baseada na evidência científica, desenvolvido através de um projeto de melhoria contínua da qualidade, com o tema *Comunicação de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência: implementação de estratégia de melhoria*, selecionado com base nas necessidades sentidas pelos Enfermeiros do meu contexto laboral. Como principais resultados realça-se que todos os Enfermeiros consideraram importante ou muito importante a comunicação de informações à família, no entanto 71,2% já sentiu dificuldades nessa comunicação; 98,1% considera pertinente a criação de um protocolo para o efeito; 95,1% concorda ou concorda totalmente que o protocolo desenvolvido é útil na prestação de cuidados de Enfermagem; e 87,8% concorda ou concorda totalmente que o mesmo é exequível.

**Palavras-chave:** comunicação; emergências; enfermagem; enfermagem médico-cirúrgica; enfermeiro especialista; família

## **ABSTRACT**

This report falls within the scope of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, at the Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Leiria, and represents an instrument that allows us to analyze in a critical-reflective way the development of skills for specialized intervention in the field of Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations. It is divided into two parts.

Part I of this document promotes a critical-reflective analysis of the skills developed during the internships and which allow the student a Specialized Practice in the area of People in Critical Situations. The internships took place in three different contexts: Emergency Service, Out-of-Hospital Emergency in the areas of Immediate Life Support Ambulance and Emergency and Resuscitation Medical Vehicle, and Intensive Medicine Service.

Part II consists of the specialized research/practice study based on scientific evidence, developed through a continuous quality improvement project, with the theme Communication of Information to the Family of Persons in Critical Situations in the Emergency Service: implementation of a management strategy improvement, selected based on the needs felt by Nurses in my work context. The main results highlighted are that all nurses considered the communication of information to the family to be important or very important, however 71.2% have already experienced difficulties in this communication; 98.1% consider the creation of a protocol for this purpose to be pertinent; 95.1% agree or totally agree that the protocol developed is useful in the provision of nursing care; and 87.8% agree or totally agree that it is feasible.

**Keywords:** communication; emergencies; family; nurse specialist; nursing; medical-surgical nursing

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Physiological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CD - Código Deontológico

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEH – Emergência Extra-Hospitalar

EH – Extra-Hospitalar

EEO – Enfermeiro/a/os Especialista/as Orientador/a/os

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ER – Enfermeiro Responsável

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HER + – *Health Event & Risk Management*

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

iTEAMS® – *Tool for Emergency Alert Medical System*

LASA – “*Look-Alike, Sound-Alike*”

MMA – Microrganismos Multirresistentes a Antimicrobianos

MOVE – Manutenção e Operacionalidade de Veículos de Emergência

MS – Ministério da Saúde

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infeção

PE – Plano Emergência

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da Dor

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSI – *Patient State Index*

RAM – Resistência a Antimicrobianos

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RT – Recomendações Técnicas

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRESP – Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUB – Serviço de Urgência Básico

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

VVC – Via Verde Coronária

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS</b> .....	15
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM</b> .....	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	16
1.2. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA E VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO.....	17
1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	20
<b>2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	24
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	24
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	24
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	28
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	31
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	32
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	34
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....	34
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	42
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	45
<b>CONCLUSÃO</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	51
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA; COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE MELHORIA</b> ....	59
<b>RESUMO</b> .....	60
<b>ABSTRACT</b> .....	60
<b>RESUMEN</b> .....	61
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	62

<b>ENQUADRAMENTO</b> .....	63
<b>QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	65
<b>METODOLOGIA</b> .....	66
<b>RESULTADOS</b> .....	68
<b>DISCUSSÃO</b> .....	70
<b>CONCLUSÃO</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	74

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – REFLEXÃO: VIA VERDE CORONÁRIA

APÊNDICE II – NOTÍCIAS DIFÍCEIS DE COMUNICAR NO PRÉ-HOSPITALAR

APÊNDICE III – TRABALHO COM TERMINOLOGIA SUPORTADA NA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM®  
REALIZADO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

APÊNDICE IV – FORMAÇÃO: COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SU

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO 1

APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO 2

APÊNDICE VII – DOCUMENTO PARA PEDIDO DE APROVAÇÃO DO PROJETO  
PELA COMISSÃO DE ÉTICA

## **ANEXOS**

ANEXO I – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA, DO CENTRO DE  
INVESTIGAÇÃO E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO  
ESTUDO NA UNIDADE HOSPITALAR

## ÍNDICE DE TABELA

<b>Tabela 1 – Distribuição da amostra nas variáveis analisadas quanto à utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de comunicação de informações à família de PSC no SU .....</b>	<b>69</b>
---	-----------

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC) com Relatório, inserida no 1º curso do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de EPSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria. Dentro desta UC, foram realizados 3 estágios: o primeiro em Serviço de Urgência (SU), um segundo estágio de escolha opcional em Emergência Extra-Hospitalar (EEH), e por fim um estágio num Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Para a Parte I do presente trabalho, foi proposto a elaboração de um Relatório Final de Aprendizagens em Estágio, onde fosse possível exprimir as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, através da reflexão crítica. Como principal base para a realização deste relatório foram utilizadas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as Competências Específicas do EE em EMC na área de EPSC (EEEMCEPSC), regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Foi apoiado ainda no guia de planeamento dos estágios, dando especial atenção aos diversos objetivos descritos para a UC.

Estes estágios realizaram-se numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro de Portugal e nos meios de socorro em contexto de pré hospitalar [Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)], entre o dia 2 de janeiro e o dia 21 de julho de 2024, com uma carga horária total de 540 horas. Teve como Docente Supervisor o Professor Doutor Hugo Duarte e como Orientadores Enfermeiros Especialistas que desempenhavam funções nos serviços, e que foram todos um grande apoio ao desenvolvimento de competências.

A realização deste relatório de aprendizagens tem com objetivo geral a descrição e reflexão das competências desenvolvidas ao longo dos estágios. Será através das atividades realizadas, identificação das dificuldades e das estratégias utilizadas para as ultrapassar, numa escrita através da reflexão, fundamentação e argumentação da forma como foram desenvolvidas as competências comuns e específicas do EE nestes contextos de aprendizagem.

Segundo o Regulamento nº 429/2018, (2018, p. 19362) a Pessoa em Situação Crítica (PSC) “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Este regulamento refere ainda que os cuidados de Enfermagem que são prestados a estes clientes são cuidados altamente qualificados. A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e

procedimentos disponibilizados pelos serviços. “Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento” (OE, 2018, p. 2). Com isto, a formação contínua dos Enfermeiros e a busca pelo conhecimento mais atual baseado na evidência científica torna-se fundamental para o desenvolvimento profissional e pessoal, assim como para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Pinto, 2022). Esta é uma das principais razões pessoais e profissionais para este percurso formativo, com busca incessante pelo melhor profissionalismo, mais refletido, para uma prestação de cuidados de Enfermagem melhores e mais qualificados, empoderando também a Profissão.

A OE também reconhece a importância da enfermagem especializada, como descrito no Parecer n.º 10/2017 da OE (2017a) definindo o EE como uma pessoa detentora de um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, e uma pessoa detentora de elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão.

As competências comuns são competências partilhadas por todos os EE, 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 (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências específicas são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para a intervenção especializada em Enfermagem na PSC e demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As competências comuns são descritas através do Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019) e são do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão de cuidados e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Já as competências específicas do EEEMCEPSC são discriminadas no Regulamento n.º 429/2018 (2018) e estão direcionados para o cuidado da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Quanto à sua estrutura, após esta introdução inicial, a Parte I do presente trabalho é constituído por 3 capítulos: no primeiro capítulo consta uma caracterização dos contextos de cuidados e no segundo e terceiro capítulo uma descrição e reflexão das competências desenvolvidas ao longo do estágio, como resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de Enfermagem, tendo por base as diferentes estratégias mobilizadas, através da análise, fundamentação, crítica e visibilidade da intervenção efetuada, baseada nas Competências Comuns e Competências Específicas do EEEMCEPSC, respetivamente. A Parte II é constituída pelo estudo de investigação/prática especializada baseada na evidência científica, com o tema *Comunicação de informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência: implementação de estratégia de melhoria*, selecionado com base nas necessidades sentidas pelos Enfermeiros do serviço do contexto laboral. Para terminar, são apresentadas as conclusões.

Cabete et al. (2019) descrevem que ao longo do ciclo vital o ser humano experiencia desafios e mudanças com os quais precisa de saber lidar, mobilizando os seus recursos de forma a manter a sua saúde e bem-estar. As situações que levam PSC e familiares ao SU são inesperadas e inevitavelmente carregam muito stress, dor e incompreensão por todos. Segundo (Kreuz & Netto, 2021) as situações críticas são de elevada especificidade e ditam importantes desafios às famílias, pois provocam sentimentos de ansiedade e depressão podendo ainda levar a uma difícil aceitação e processo de luto dos mesmos. Desta forma, o cuidar da família da PSC em SU reduz o sofrimento e a ansiedade da família e da pessoa. A Comunicação de Informações à Família da PSC no SU torna-se assim um tema de relevo, porque o sofrimento causado por um evento crítico não afeta apenas a pessoa: a doença de um membro torna-se um assunto de família (Shajani & Snell, 2019).

Este projeto de investigação tem como objetivos analisar dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na comunicação de informações à família da PSC; e criar, implementar e avaliar a utilidade e exequibilidade de um protocolo para a comunicação de informações à família da PSC no SU de uma ULS da região centro de Portugal. De forma a dar respostas às questões de investigação enunciadas, realizou-se um estudo de investigação-ação, do tipo descritivo, quantitativo-correlacional. Foi desenvolvido através de um processo iterativo, baseado na experiência profissional e na evidência científica.

O presente trabalho foi realizado de acordo com o guia para realização de trabalhos académicos do Instituto Politécnico de Leiria (IPL) e seguiu-se a norma de referenciação da *American Physiological Association (APA)*, 7ª edição.

## **PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS**

## 1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS

No presente capítulo encontramos uma caracterização dos contextos de cuidados onde foram realizados os três estágios deste mestrado, possibilitando a oportunidade de aprofundar e desenvolver competências como futura Enfermeira Especialista.

### 1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Este estágio realizou-se num SU da região centro que, analisando o Despacho n.º 10319/2014, (2014) é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), ou seja, é de nível II de acolhimento para situações de urgência de acordo com os seus recursos e a sua capacidade de resposta, tendo como finalidade a assistência e prestação de cuidados urgentes e emergentes à população. Contempla as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imagiologia, Patologia Clínica, Cardiologia, Anestesiologia e um Técnico de Cardiopneumologia das 8 às 24 horas no espaço físico do SU. Recebe ainda apoio da Medicina Intensiva, Pneumologia, Psiquiatria, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular e Plástica, Urologia e Dermatologia, sempre que há profissional disponível. Tem implementado instrumentos relativos à segurança do doente, como o risco de queda, o registo de alergias no sistema informático, a confirmação da identificação inequívoca de doentes, a segurança da medicação, um sistema seguro para a administração de hemoderivados e também a Via Verde (VV) do Acidente Vascular Cerebral (AVC) desde 2018 e a VV Trauma, VV Coronária (VVC) e a VV Sepsis desde janeiro de 2023, com protocolo com uma Urgência Polivalente de referência. Faz ainda parte do departamento de urgência a VMER.

O SU está organizado essencialmente em 4 grandes áreas: triagem, área médica, área cirúrgica (cirurgia e ortopedia) e Sala de Emergência (SE). Grande parte deste estágio realizou-se na SE. Esta contempla 3 unidades específica para a PSC, totalmente equipadas com todos os equipamentos e materiais necessários. É uma sala ampla e encontra-se localizada estrategicamente junto à porta de entrada do SU e próximo do posto de triagem cumprindo assim com as Recomendações Técnicas (RT) da SE RT 14/2019 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), (2019).

A Equipa de Enfermagem do SU é composta por 85 Enfermeiros em que 12 são EE em EMC PSC, 4 EE em Reabilitação, 2 EE em Saúde Mental, 4 EE em Saúde Comunitária e os restantes são Enfermeiros de cuidados gerais, perfazendo uma percentagem de 25,9% de EE na equipa e 14,1% EE em EMC PSC. A Equipa de Enfermagem está dividida em 6 sub-equipas, cada uma delas com um Enfermeiro Responsável (ER) que coordena o turno e distribui os elementos consoante as suas competências para as destinadas áreas. Para a

triagem é definido um Enfermeiro com o Curso de Triagem de Manchester mas, segundo o Regulamento n.º 743/2019, (2019) recomenda-se que o posto de triagem seja assegurado, preferencialmente, por EEEMCEPSC, o que geralmente não acontece. Quanto às dotações seguras verificou-se que também não é cumprida a recomendação de que, nos SU deveria de haver 50% da equipa como EEEMCEPSC (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Nas 6 equipas existentes, apenas 4 coordenadores funcionais de turno são EEEMCEPSC, voltando a não cumprir com o Regulamento n.º 743/2019 (2019). Recorrendo à mesma fonte, também se encontra descrito que os Enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da SE devem igualmente cumprir os mesmos requisitos e, neste aspeto, o serviço é cumpridor na maioria dos turnos. Da Equipa Multidisciplinar do SU faz ainda parte 52 Assistentes Operacionais e a Equipa Médica é variável.

O Enfermeiro Coordenador faz a distribuição da Equipa de Enfermagem, a gestão e supervisão dos cuidados, gestão de recursos humanos e recursos materiais na ausência do Enfermeiro Gestor, gere o período de refeições e faz a gestão de reclamações e das intercorrências. Em cada turno elabora um relatório de coordenação para reportar à Enfermeira Gestora todas as intervenções efetuadas. O sistema informático utilizado é o “SClínico”, que é o sistema utilizado no serviço onde exerce funções, tendo facilitado a minha integração neste processo.

O método de trabalho constitui uma das bases do exercício profissional, com diversas implicações e fatores que podem concorrer para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados (Ventura-Silva et al., 2021). O método de trabalho utilizado é o individual, permitindo uma melhor organização dos cuidados e conhecimentos sobre os doentes, refletindo as necessidades e a centralidade do cliente como o centro da assistência (Parreira et al., 2021). É seguido o modelo das 14 necessidades humanas fundamentais da Virgínia Henderson, dando uma visão holística do doente (Navarro et al., 2022).

O processo de integração foi muito facilitado por toda a equipa, simplificando o processo de aquisição de novas competências, validando o descrito por Flores et. al., (2021): a integração é decisiva no sucesso da adaptação do Enfermeiro, permite o desenvolvimento de competências e a aquisição de autoconfiança.

## 1.2. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA E VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

O contexto pré-hospitalar é um meio complexo, dinâmico e desafiante, fazendo com que os profissionais se deparem com ocorrências imprevisíveis. Estas ocorrências são variadas, podendo ir desde as emergências médicas a um politraumatizado, e em condições adversas,

o que exige dos profissionais uma enorme adaptabilidade e responsabilidade, com necessidade de tomadas de decisão rápidas e eficazes na prestação de cuidados à PSC (Soares et al., 2023).

Este estágio decorreu em duas bases do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que é um organismo do Ministério da Saúde (MS) que coordena o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em Portugal Continental, e é responsável pela correta e pronta prestação de cuidados de saúde emergentes pré-hospitalares, pelo transporte da PSC para a Unidade de Saúde mais adequada e pela articulação entre os diferentes intervenientes do SIEM (INEM, 2017a). O INEM tem como missão o eficaz funcionamento e desenvolvimento do SIEM e é uma organização que apresenta como valores a ambição, humanismo, inovação, ética, competência, eficiência e responsabilidade (INEM, 2021a).

O Despacho n.º 5561/2014, (2014) define a Ambulância SIV e a VMER, que são meios de emergência pré-hospitalares de suporte imediato e avançado de vida do INEM, que atuam no âmbito do SIEM, e as bases gerais da sua integração na rede de SU. No mesmo Despacho encontramos ainda descrito as características dos meios.

A VMER é constituída por uma equipa composta por um Médico e um Enfermeiro, tendo sido concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra a PSC e tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte da PSC, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. Esta viatura dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (Despacho n.º 5561/2014, 2014).

Por sua vez, a Ambulância de SIV integra uma equipa constituída por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), e foi concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar e o transporte da PSC. Esta dispõe de equipamento de SIV (Despacho n.º 5561/2014, 2014).

Encontramos ainda descrito, no Despacho n.º 5561/2014 (2014), que os referidos meios de emergências devem existir consoante níveis diferenciados: a VMER deve ser integrada nos Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e nos SUMC; já as Ambulâncias SIV devem de ser integradas nos Serviços de Urgência Básica (SUB). Ambos os locais de estágio se encontram a corroborar com estas indicações.

Aquando da chamada para o 112, a mesma é atendida pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que, seguindo fluxogramas, ativa os meios mais adequados. Tanto a

Ambulância SIV como a VMER são ativadas para as ocorrências por três vias de comunicação em simultâneo: através da plataforma INEM *Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS®), do envio de uma mensagem de texto para o telemóvel do meio e ainda pelo rádio do Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal (SIRESP).

O sistema informático utilizado nos dois meios é a plataforma iTEAMS®, um software de gestão de ocorrências e ferramenta de registo clínico que permite reportar informaticamente e de imediato do estado da PSC e a localização exata da ocorrência através de georreferenciação, assim como ter informação imediata do tipo de evento, meios ativados, dados da PSC, entre outros dados pertinentes. Permite a otimização de uma comunicação mais adequada entre o CODU e os operacionais, aproximando o operacional ao médico regulador quando necessário (INEM, 2024a). Ainda dentro desta plataforma, é feito uso de vários instrumentos e escalas de alerta precoce (como a Escala de Killip, Escala de Race, Escala de Thrompson e a Escala Cincinnati) e a identificação e alerta para as diversas vias verdes.

O telemóvel do meio possibilita também o contacto direto com o CODU estabelecido por chamada de voz que, no caso da Ambulância SIV, é o meio de comunicação privilegiado para validação de intervenções interdependentes, pedido de apoio médico e/ou o encaminhamento das PSC pelo médico regulador. O rádio também permite não só a comunicação com o CODU e entre os meios do INEM, como também serve para “dar status” das circunstâncias em que o meio se encontra, utilizando os números disponíveis (1. Receção do evento; 2. Inoperacional; 3. Caminho do local; 4. Chegada ao local; 5. Chegada à vítima; 6. Caminho do hospital; 7. Chegada ao hospital; 8. Disponível; 9. Chegada à base).

A Equipa da Ambulância SIV é constituída por quatro Enfermeiros com funções exclusivas no INEM, e apenas um deles é EEEMCEPSC (sendo uma percentagem de 25%); e quatro TEPH`s. Durante as ocorrências o Enfermeiro tem autonomia para atuar seguindo os protocolos médicos de atuação (Protocolos de Atuação SIV), efetuando, após avaliação da situação, uma passagem de dados com o médico regulador do CODU. Estes protocolos estão a ser revistos, por um Grupo de Trabalho destinado, como descrito no Despacho n.º 4163/2019, (2019), existindo já algumas alterações efetuadas e estando a ser ministrada formação sobre tal (INEM, 2024b). Além do programa iTEAMS® referido anteriormente, também existe o programa de Manutenção e Operacionalidade de Veículos de Emergência (MOVE) onde são feitos registos diários de operacionalidade do meio. Diariamente também são feitas *check list* de verificação de material/componentes da ambulância/verificação de malas/do habitáculo, entre outros.

A equipa da VMER é constituída por 17 Enfermeiros, em que 9 são EE em EMC, 2 EE em Saúde Infantil e Pediátrica, 1 EE em Saúde Materna e Obstetrícia e 1 EE em Saúde Comunitária, perfazendo a totalidade de 76,5% de EE na equipa e 52,9% de EE em EMC. No âmbito operacional a abordagem, avaliação e implementação de terapêutica é realizada em equipa pelos dois profissionais, com prescrição de terapêutica efetuada pelo médico da VMER. Como ocorre no meio SIV, diariamente também são feitas *check list* de verificação de material, malas e da viatura.

Todos os profissionais a exercer funções nos meios têm formação específica em emergência médica ministrada pelo INEM, dando-lhe competência adquirida e reconhecida pela instituição (Despacho n.º 3350/2017, 2017). Analisando o Regulamento n.º 743/2019, (2019, p. 147) sobre as dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, os meios encontram-se em concordância quanto ao transporte inter-hospitalar: “(...) devem ter competência acrescida diferenciada em EEH ou ser EE em EMC, preferencialmente, na área de EPSC”.

Em ambos os meios, a abordagem à PSC, é padronizada segundo a metodologia ABCDE, como indica o INEM, (2020a). Toda a transmissão de informação no processo de transição de cuidados é realizada de acordo com a metodologia ISBAR, como recomendado na Norma n.º 001/2017 da Direção Geral de Saúde (DGS), (2017a). A grande diferença entre os meios de EEH, reside no *Team Leader* da equipa, que na SIV é o Enfermeiro e na VMER é o médico.

Refletindo, e considerando o descrito acima, apesar da não obrigatoriedade destes meios serem assegurados por EEEMCEPSC, considera-se que é uma mais valia na prestação de cuidados, pois só um EE EMC tem a capacidade necessária para antever situações, adaptar-se às diversas circunstâncias, planear intervenções com base na evidência científica mais atual, prevenir instabilidades e prestar cuidados de excelência numa equipa reduzida como é o caso. Na SIV, em que o Enfermeiro é o *Team Leader* considera-se ainda mais relevante devido ao grau de responsabilidade inculcada e à necessidade constante de tomar decisões reflexivas.

### 1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Os SMI destinam-se à observação e tratamento de PSC, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, prestando cuidados a PSC com patologias médicas e cirúrgicas (ACSS, 2024; Paiva et al., 2017). São caracterizados pelos níveis de camas. As camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a PSC com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico;

as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a PSC que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, 2011; Paiva et al., 2017).

Uma questão que provocou bastante dúvida, reflexão e a procura por evidência científica, foi a diferença entre a terminologia de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e SMI. Assim percebeu-se que, em alguns hospitais a nível nacional, verificou-se a integração de várias UCI e de unidades intensivas (camas de nível III) e intermédias (camas de nível II) num único SMI do hospital. O serviço onde o estágio foi realizado foi um desses casos, em 2020 com a pandemia. “Esta integração é essencial à maximização da eficiência, otimização de continuidade de cuidados, facilitação de disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e de custos de tratamento” (Paiva et al., 2017, p. 7).

O SMI é constituído por 9 camas: 6 camas de nível III, 2 camas de nível II e 1 cama reservada para a VV AVC, dando assim também cumprimento à Norma nº 015/2017 da DGS, (2017b), “Via Verde no AVC no Adulto”. Uma destas camas encontra-se em quarto de isolamento com pressão negativa, que poderá ser utilizada consoante o nível necessário. Assim, encontra-se em acordo com o descrito por Paiva et al. (2017), estando o SMI constituído por camas de nível III e de nível II, em número não inferior a 8 camas, sendo recomendado 1/3 de camas nível II e 2/3 de camas nível III.

Analisando e refletindo sobre as RT 13/2019 versão 2024 da ACSS - “Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos”, o serviço cumpre na sua maioria com as normas para a organização geral e caracterização funcional de compartimentos de prestação de cuidados, em boxes individuais separadas por cortinas, garantindo a visualização direta da PSC a partir do posto de vigilância. Uma recomendação que não é totalmente cumprida é quanto às zonas de isolamento com controlo de pressão, sendo o número adequado 2 quartos por cada 6 camas de nível III, sendo que neste SMI só existe 1.

A Equipa de Enfermagem é composta por 26 Enfermeiros, em que 5 são EE em EMC e 3 EE em Enfermagem de Reabilitação, perfazendo uma percentagem de 19,2% e 11,5%, respetivamente, num total de cerca de 30% de EE na equipa. Esta encontra-se sub-dividida em 6 sub-equipas, cada uma delas com um ER que é o responsável de turno. Conclui-se que o serviço não cumpre com as recomendações da OE quanto aos rácios das dotações seguras: “(...) recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, (...) em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno”

(Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 145). Na maioria dos dias também não é cumprida a última regra definida quanto à constituição dos turnos, pois cada equipa tem apenas 1 EE EMC. Ainda no mesmo Regulamento, e igualmente no Parecer conjunto n.º 01/2017 da OE (2017b, p. 2) encontra-se que os postos de “chefes de equipa e responsáveis de turno, (...) devem ser asseguradas por Enfermeiros detentores do título de EE na área de especialidade em enfermagem adequada às características da unidade ou serviço”. Quanto a esta especificidade a regra é maioritariamente cumprida, visto que apenas 1 equipa não tem como chefe um EE. “(...) adicionalmente a equipa deve integrar EE em Enfermagem de Reabilitação.” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 145). Como descrito anteriormente existem na equipa 3 EE em Enfermagem de Reabilitação, embora não sejam suficientes para satisfazer na totalidade a recomendação de ter diariamente 12h de cuidados desta especialidade, para cada 5 PSC de nível III.

Considera-se que se torna relevante refletir sobre estas últimas questões. Percebendo a dinâmica diária dos diferentes serviços de estágio, depara-se com a importância dos chefes de equipas serem EE, pelo seu grau de diferenciação de conhecimento, pelo espírito crítico necessário, pela consciência da necessidade de cuidados de Enfermagem com mais qualidade e porque são “o profissional melhor preparado e com competências para a área de gestão” (OE, 2017b, p. 2).

Com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se que sejam utilizados os rácios Enfermeiro/Cliente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica: I – 1/3; II – 1/2; III – 1/1 (Regulamento n.º 743/2019, 2019). O método de trabalho utilizado é o individual, facilitando a organização dos cuidados e conhecimentos sobre a PSC, centrando o processo de cuidados nesta (Parreira et al., 2021). Os rácios Enfermeiro/Cliente nem sempre são cumpridos, dependendo da lotação do SMI. Maioritariamente a distribuição é feita no rácio 1/2, sendo passível de ajuste pelo Chefe de Turno, consoante as vagas disponíveis.

Apesar desta distribuição ser feita empiricamente, são calculadas o número de horas de cuidados necessárias através da Escala “*Nursing Activities Score*” (NAS) de Miranda et al. (2003), em todos os turnos da noite, a todos as PSC. Esta escala veio aprimorar e substituir a *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) 28 e é, de entre todas as ferramentas desenvolvidas até ao momento, aquela que parece melhor calcular as necessidades reais dos cuidados de Enfermagem (Lucchini et al., 2014; Miranda et al., 2003), tornando-se uma das ferramentas mais importantes como instrumento de mensuração da carga do trabalho de Enfermagem em SMI (Nobre et al., 2019). Esta escala divide-se em sete grandes categorias e vinte e três itens, onde se inclui as atividades básicas (como o cuidado com familiares e

atividades administrativas, por exemplo), os diversos suportes orgânicos e intervenções específicas (leger & Rockembach, 2021; Cabral et al., 2021; Santos et. al., 2021).

Refletindo sobre o descrito percebe-se que, havendo esta escala implementada no serviço, a distribuição das PSC pelos Enfermeiros deveria de ser feita diariamente, no início do turno da manhã, baseada nestes resultados mensuráveis. Como EE torna-se relevante fazer a gestão dos cuidados de forma mais adequada e incentivar à implementação de estratégias que promovam a melhoria dos cuidados prestados.

O sistema informático utilizado no serviço é o *B-Simple*, onde se encontra todo o processo da PSC e são realizados os registos de Enfermagem. O primeiro contacto com esta plataforma causou constrangimento, mas tornou-se uma surpresa agradável no final. Esta foi uma das dificuldades encontradas durante este estágio, tendo sido ultrapassada com a utilização progressiva do programa e com ferramenta de suporte a EE Orientadora (EEO) e a Equipa. Este sistema é, na atualidade, uma referência em cuidados intensivos, integrando automaticamente as monitorizações das PSC, parâmetros dos ventiladores e resultados analíticos, o que faz, na minha opinião, aumentar a segurança dos registos que tanta importância têm.

## **2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

No presente capítulo serão descritas as atividades e competências, comuns e específicas, de EE desenvolvidas através de uma descrição crítico reflexiva.

### **2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O presente capítulo descrever e reflete o desenvolvimento das competências comuns do EE, englobando quatro subcapítulos de acordo com o domínio de cada uma, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019, (2019).

#### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Durante os estágios foi exercida sempre uma prática profissional com responsabilidade ética e legal, regido sempre, impreterivelmente, pelo Código Deontológico (CD) e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), assim como pelos princípios (bio)éticos do modelo principalista da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Foi dada especial atenção ao sigilo profissional, dignidade e privacidade, com respeito pelas crenças e valores da pessoa e sem juízos de valor (Lei n.º 156/2015, 2015), assim como costumes e crenças espirituais da PSC e família de acordo com aquilo que é o seu consentimento informado ou presumido (dependendo da situação).

Quanto ao estágio em ambiente Extra-Hospitalar (EH), O INEM tem um código de ética e conduta próprio, aprovado pela Deliberação (extrato) n.º 348/2023 do INEM, (2023a). O trabalho nestes locais tem várias particularidades que expõe muito os seus profissionais, pelo trabalho efetuado maioritariamente na rua, numa atmosfera de incerteza e em ambientes por vezes de elevada tensão (Martel, et al., 2014). Percebe-se que esta é também uma preocupação do INEM, devido à sua importância social e visibilidade, com necessidade de manter a confiança da sociedade. “Os trabalhadores do INEM, I. P., prestam um serviço essencial de natureza social, que exige formação especializada e a confiança da comunidade. Desempenham um papel delicado, numa teia de relacionamentos sujeitos a especiais considerações éticas. Por isso, devem assumir um comportamento profissional irrepreensível, nas diversas vertentes” [Deliberação (extrato) n.º 348/2023 do INEM, 2023a, p. 89]. Foi dada uma leitura cuidadosa sobre as deliberações sobre esta temática do INEM, apesar da maioria dos aspetos serem comuns aos da base da Enfermagem, o REPE e o CD.

Passou a haver uma maior atenção, baseada na reflexão, relativamente a questões éticas, legais e relacionadas com a privacidade da pessoa, com o uso mais regular de cortinas, com o controlo do volume da voz quando se conversa com a PSC sobre as questões de saúde e os seus consentimentos, originando proatividade. Com atenção especial a que, como refere

a DGS (2015), a obtenção do consentimento informado não se esgota no procedimento escrito ou verbal para o ato proposto, devendo ser uma atitude sistemática e contínua, sendo admissível a sua revogação. É de considerar que, no caso especial do EH, estas questões tornam-se ainda mais pertinentes. Manter a privacidade das PSC é um aspeto muito importante e por vezes difícil. A exposição física das PSC na via pública é muito comum, aquando da abordagem. Houve especial atenção com esse cuidado. Em contrapartida, no SMI, devido às próprias condições do serviço, foi onde foi mais fácil manter as PSC mais resguardados e cumprir com o direito à privacidade e dignidade (Lei n.º 156/2015, 2015), pois todas as unidades se encontram divididas por cortinas e é possível torná-las em unidades do doente individuais.

Fazendo uma reflexão sobre todo o percurso, considera-se que a Enfermagem possui um importante papel na humanização dos cuidados de saúde, sendo um pilar importante ao desenvolvimento de competências especializadas. A prática atual deve ser norteada por cuidados humanizados, como uma ação ampla e integral, respeitando e acolhendo as necessidades de cada indivíduo (Radaelli, et al., 2019). O EE é visto como uma referência no cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos, decorrentes de doença aguda (OE, 2017c), demonstrando a grande importância de desenvolver competências nesta área.

Existiu uma situação particular no estágio no SMI que é um excelente exemplo do descrito: uma idosa que se encontrava apenas ligeiramente sedada, tinha períodos de alguma agitação psicomotora no final das visitas/início da tarde. A filha foi questionada sobre a perceção de falta de alguma necessidade na mãe, visita de mais algum familiar específico, necessidade de comunicação de alguma informação, entre outros. Após pensar sobre o assunto, e apenas no dia seguinte, esta verbalizou que talvez fosse a falta de um terço porque ela, diariamente, rezava o terço durante a tarde. Perguntou se o poderia deixar junta da mãe. Foi concedido o pedido e, diariamente após o almoço, era colocado o terço nas mãos da senhora que, passou a permanecer bastante mais calma. Refletindo, percebe-se que são nestes pormenores que o EE pode fazer a diferença e, apesar do terço ser um objeto vindo do exterior e num SMI não ser o ideal, foi possível aplicar clorhexidina no objeto e proporcionar este conforto mental e espiritual a esta PSC que teve imensas consequências positivas hemodinâmicas, reduzindo a ansiedade, frequências cardíacas e valores tensionais.

Na prestação de cuidados, resolução de problemas, apoio na tomada de decisões, esclarecimento de dúvidas e gestão de protocolos/terapêutica, existiu uma visão de elemento importante na equipa, assumindo um papel de consultor na área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Houve uma relevante posição na tomada de decisão em equipa, juntamente com os EEO, sustentado o juízo na evidência científica mais atual e

procurando promover o *debriefing*, prática largamente implementada na ação da Enfermagem, permitindo uma consolidação de conhecimentos e a mudança de comportamentos através de uma reflexão estruturada sobre a ação (Coutinho et al., 2014). O EE tem uma importante contribuição nesta reflexão porque, com base nas suas características essenciais tal como supra descrito, torna-se incentivador das equipas na discussão de temas relevantes com conseqüente incremento da qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi alcançada uma satisfatória integração em todas as equipas, existindo confiança depositada.

A experiência de EH foi muito enriquecedora e importante para desenvolver competências neste domínio como EEEMCEPSC. Nesse ambiente, quase sempre à volta de uma PSC, temos imensos mirones, familiares, amigos, vizinhos, curiosos. Todas estas situações diárias promoveram a reflexão e aumentaram a preocupação em manter a privacidade e a dignidade das PSC. Com vista a controlar o próprio ambiente, aquando da abordagem inicial da PSC, um dos primeiros objetivos, além de assegurar condições de segurança, era colocá-la dentro da ambulância (e desta forma aumentar ainda mais as condições de segurança, para nós e para a PSC, assim como privacidade). Nesta zona mais restrita e controlada, era possível conversar melhor com a pessoa e perceber, além da situação clínica atual, quem era a pessoa significativa com quem se devia falar para obter mais informações. Desta forma também era possível obter o seu consentimento informado maioritariamente verbal, mas em algumas situações em que não era possível, o presumido. O INEM tem uma Deliberação n.º25/2012 intitulada “Substituição do consentimento real pelo consentimento presumido do doente”, onde dá várias orientações relativamente a este assunto. “Numa situação de urgência, em que o consentimento não possa ser obtido, os médicos devem prestar os tratamentos médicos adequados e que sejam imediatamente necessários para salvar a vida ou evitar uma grave deterioração da saúde do paciente”, (INEM, 2012a, p.1). Refletindo, encontra-se assim uma das maiores dificuldades deste estágio: trabalhar no ambiente da PSC ou na via pública, com a pressão dos familiares/mirones. Com vista a ultrapassar esta dificuldade foi possível observar a excelência da atuação dos EEO e promover a reflexão com os mesmos no final das ocorrências, com vista a analisar a ocorrência. Com base nestes *debriefings* foi possível ultrapassar esta dificuldade com a alteração de comportamentos, indo ao encontro de Coutinho (2016), que refere que este é um processo intencional e estruturado de reflexão sobre a ação e para a ação, promovendo a consolidação de conhecimentos e a manutenção ou alteração de comportamentos.

Foram aprofundados conhecimentos quanto ao respeito pelo acesso à informação e à sua comunicação. Houve um cuidado especial com a PSC e com a família e preocupação com o acesso a toda a informação pertinente (com consentimento). Exemplo disso é o projeto de

melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, implementado no contexto laboral.

Refletindo nas questões éticas, o estágio no SMI foi o que se tornou mais desafiante em termos reflexivos: a grande maioria das intervenções é baseada no consentimento presumido devido às situações clínicas da PSC. Foi outra dificuldade encontrada, não ser possível estabelecer comunicação com a maioria das PSC e obter o consentimento informado escrito ou verbal. Com vista a ultrapassar esta dificuldade foi realizada pesquisa pela evidência científica e, através do documento “Consentimento informado” da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), (2009), elucidar e transmitir confiança: “ao consentimento efetivo é equiparado o consentimento presumido” (Decreto-Lei nº 48/95, 1995, p. 40). Foram aprofundados conhecimentos sobre o mesmo, sendo que este está previsto no artigo 340º, n.º3 do Código Civil, assim como no artigo 39º, nº 2 do Código Penal: “Há consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.” (Decreto-Lei nº 48/95, 1995, p. 40). Quando o indivíduo está em perigo de vida, existe comprometimento de saúde ou alteração do estado de consciência ou em situações de urgência, em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio, considera-se também haver consentimento presumido como descrito no artigo 156º do Código Penal (Decreto-Lei nº 48/95, 1995). Durante o estágio no SMI foram encontrados alguns dilemas éticos pois, como refere Paixão et al. (2019), a indicação de reanimar ou não uma PSC com baixo prognóstico, e até quando devem persistir procedimentos de reanimação, são dilemas éticos bastante presentes em equipas de Enfermagem nos SMI.

Foi promovida a discussão com os EEO e equipas sobre os protocolos instituídos nas instituições sobre medidas de segurança, havendo preocupação quanto ao seu cumprimento. Algumas ações encontram-se descritas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD) da DGS, (2022) tornado público pelo Despacho n.º 9390/2021, onde se incluiu atividades relativas ao protocolo do risco de queda, à confirmação da identificação inequívoca de doentes e a segurança da medicação. Foi promovida a utilização na equipa e monitorizado a sua eficiência. Foi utilizada a plataforma NOTIFICA para registar um incidente relativo a uma queda, como redigido no pilar 4 do PNSD, (DGS, 2022). Estes registos, mesmo sendo de uma situação negativa, trazem benefícios no controlo dos incidentes e possibilidade de monitorização em posteriores ocorrências. No estágio de EH foi utilizada a plataforma de gestão de incidentes *Health Event & Risk Management* (HER+), onde é feito maioritariamente os registos do INEM. Nesta plataforma registou-se um incidente com uma maca e assim

promoveu-se a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (INEM, 2020b). Foi dada ainda especial atenção ao Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 da *World Health Organization* (2021), implementando e consolidando práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde (DGS, 2022).

O INEM também dispõe de um documento sobre os direitos e deveres dos utentes (INEM, 2017b) e outro sobre a proteção de dados e compromisso dos profissionais (INEM, 2017c), onde é abordado o tratamento de dados e os direitos do titular dos dados, como o direito de informação, de acesso e de oposição (INEM, 2017c). Foi possível pesquisar, consultar e refletir sobre os mesmos, transportando estes conhecimentos tão importantes para o serviço e para a prática diária.

### **2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A OE (2007), refere que os Enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em boas práticas recomendadas, tornando os cuidados de Enfermagem mais seguros e eficazes. Nos diferentes serviços encontrou-se diversos protocolos/normas e outros documentos de consulta que são essenciais para reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e promovem a prestação de cuidados com qualidade. Além da consulta, análise e discussão dos mesmos houve ainda oportunidade de os aplicar, como no caso do protocolo para administração de hemoderivados, as VV instituídas, diversas *check lists* (como exemplo da ventilação invasiva/não invasiva e dos monitores desfibrilhadores), o protocolo do teste da disfagia, entre outros; colaborou-se na organização do trabalho da equipa no turno, com vista à minimização dos erros. Considera-se que é importante a implementação de protocolos e normas, pois permitem a uniformização de procedimentos das diversas equipas multidisciplinares, promovendo a redução da ocorrência de eventos adversos e a prestação de cuidados de qualidade (Souza & Mendes, 2021).

Foi garantido e promovida a qualidade dos cuidados de acordo com PNSD, com ações já descritas e ainda assentando noutros pilares, como a liderança e governança e a comunicação. O conceito humanização tem sido amplamente introduzido nas discussões relativas à melhoria dos cuidados prestados em saúde (Barros, 2021) e, sendo pertinente, também houve oportunidade de promover a sua discussão com os EEO e com vários elementos das equipas.

Como dificuldade encontrou-se, no SU e no SMI, equipas que, apesar do esforço diário realizado, encontram-se extremamente cansada pela sobrecarga de cuidados e não sendo possível a introdução em nenhum grupo de trabalho de melhoria do cuidado, por estes se encontrarem estagnados. Como estratégia para ultrapassar esta dificuldade, realizou-se

pesquisa bibliográfica e promoveu-se a discussão e reflexão sobre práticas da equipa, com vista a melhorar os cuidados numa próxima intervenção idêntica.

O INEM é um excelente promotor do desenvolvimento desta competência: promove regularmente formações “*webinar*” gratuitas aos profissionais e a todos os Enfermeiros, com atualização constante de conhecimentos. Com vista a este desenvolvimento, além de presença nas sessões de formação que serão especificadas mais a frente, também se procurou por instrução de forma autónoma e assim aumentar a qualidade dos cuidados prestados. “A segurança clínica é uma componente chave da qualidade e um direito do doente” (INEM, 2021b, p.4). Assim, adquiriu-se conhecimentos com vista a tornar as intervenções mais adequadas e seguras, adotando as melhores práticas para aumentar a segurança das PSC que foram socorridas (INEM, 2020b).

Em termos práticos foi detetado, em conjunto com o EEO, elevada semelhança entre dois medicamentos endovenosos que recentemente tinham trocado de fornecedor. Esta é considerada medicação “*Look-Alike, Sound-Alike*” (LASA) e, segundo a Norma n.º 020/2014 da DGS (2014) as instituições prestadoras de cuidados de saúde, através dos seus funcionários, onde se inclui os Enfermeiros, são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA. Godinho et al. (2018) refere que estes são medicamentos que podem ser confundidos entre si, originando trocas entre eles. Com vista a garantir um ambiente terapêutico e seguro, e a prevenir os incidentes e controlar os riscos, foi alertada toda a equipa, identificados os mesmos com um autocolante amarelo de perigo e foi realizado o registo do incidente na plataforma HER+, referenciado por “quase erro”, atuando em conformidade com a Norma n.º 020/2014 da DGS (2014). A importância deste registo é reforçado no documento “Segurança na utilização de Medicamentos” do INEM (2021b) e também no PNSD da DGS (2022).

Uma das EEO é elo de ligação no serviço relativamente à gestão da qualidade dos cuidados e, após promover vários *debriefings* na equipa e de reunir informação científica mais atual sobre o assunto, foi incentivada a mesma a apresentar como sugestão a substituição do gluconato de clorhexidina a 0,2% (utilizada no serviço) por octenidina, para a realização da higiene oral, como recomendado na Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022 (DGS, 2022b). Estas novas recomendações surgem devido ao desenvolvimento de resistências à clorhexidina estar associado à ocorrência de surtos de infeções associadas a cuidados de saúde, e a sua aspiração poderá provocar lesão pulmonar (Malacas et al., 2024).

Com vista ao aprofundamento desta competência, também foi realizada uma reflexão sobre a VV Coronária (através do Ciclo de Gibbs), que se encontra em apêndice (APÊNDICE I), um

estudo caso no estágio de EH sobre “Notícias difíceis de comunicar no pré-hospitalar” (APÊNDICE II) e um plano de cuidados/trabalho em linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) sobre diagnósticos frequentes no SMI (APÊNDICE III), com base na reflexão e na evidência científica mais atual, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Os temas escolhidos para o desenvolvimento dos trabalhos foram muito elogiados entre os EEO e colegas, tornando-se uma mais-valia para as equipas após difusão por todos, criando uma partilha de conhecimentos e desta forma promovendo o desenvolvimento de práticas de qualidade como recomenda a OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Num dos meios do EH e no SMI houve ainda um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas, colaborando na melhoria contínua. Foram detetadas duas situações de possibilidade de melhoria. No EH: a otimização da plataforma interna de registo das ocorrências. Encontrava-se desatualizada e passível de melhorias. Em conjunto com a EEO, realizou-se esse mesmo documento de registos informatizado (através do *google forms*), encontrando-se em aprovação. No SMI: a otimização das *check list's* das malas de transporte intra e extra-hospitalar. Realizou-se igualmente um novo documento digital de registo dos seus constituintes e das validades, com alertas para as validades mais próximas.

O SMI dispõe de uma caixa com vários instrumentos para estabelecer comunicação com as pessoas que se encontram sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), realizado por uma EE em EMC do serviço, tendo sido utilizada por mim diversas vezes. Percebeu-se a grande preocupação da equipa na tentativa de estabelecer comunicação com estas PSC, utilizando estas técnicas para ultrapassar esta barreira. Refletindo, este cuidado também engrandece muito a qualidade dos cuidados prestados. Para Karlsen et al. (2022) o estabelecimento de boas práticas de comunicação surge como um importante indicador de qualidade, tornando-se assim uma parte essencial do cuidado. Ao estabelecer este tipo de comunicação, os Enfermeiros têm em conta as necessidades emocionais e espirituais dos doentes, que vão além das necessidades físicas, exercendo assim um verdadeiro cuidado holístico (Momennasab et al., 2019).

Houve ainda oportunidade de frequentar uma formação durante 7 horas no INEM, em que a mesma foi baseada na discussão de casos clínicos reais e alguns simulados. Após apresentação do caso clínico, foi possível discutir o mesmo, perceber o que tinha sido feito, o que poderia ser alterado, o protocolo a ser seguido. Este formato de formação é uma mais-valia porque, além de contar com a intervenção de todos os intervenientes, torna a aprendizagem interativa e entusiasmante. Coutinho, (2016) também reconhece a simulação como uma estratégia de ensino-aprendizagem cada vez mais utilizada na atualidade, fazendo

parte dela o *debriefing*, que é uma discussão metódica, estruturada e dirigida por uma pessoa experiente, tal como ocorreu nesta formação. Este momento tornou-se muito importante para desenvolver competências nesta área durante o estágio de EH, sendo partilhadas experiências com os colegas e existindo um sentimento de integração na equipa.

O INEM demonstrou-se uma instituição rainha na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e uma mais-valia em formação não só para os seus profissionais, como para todos os Enfermeiros, com especial importância para os EEEMCEPSC, possibilitando constante formação com atualização das temáticas e baseadas na evidência científica mais atual, sendo uma das principais razões para que o estágio nesta instituição tenha sido considerado crucial para o desenvolvimento de competências.

Ainda dentro deste domínio houve uma leitura cuidadosa sobre os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de EPSC e conseguiu-se melhorar a qualidade dos cuidados prestados com base nas recomendações especializadas dentro de cada enunciado. Como exemplo disso é o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade que, através de técnicas de comunicação que foram aprimoradas, promoveu-se a satisfação do cliente com a “(...) gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família (...)” (OE, 2017c, p. 12). O mesmo se sucede relativamente ao enunciado “O Bem Estar e o Autocuidado”, em que se atuou na “(...) gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família (...)” (OE, 2017c, p. 14).

### **2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

Com vista a desenvolver esta competência houve muitas oportunidades para observar, debater e refletir com os EEO a gestão dos cuidados do serviço, visto no SU e no SMI serem diariamente coordenadores de turno. Percebeu-se também o importante papel que estes têm na equipa como elemento-chave e, na procura permanente da excelência no exercício profissional, contribuiu-se para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados (OE, 2017c). Esta focou-se essencialmente na distribuição dos recursos humanos, físicos e materiais de forma eficiente. No SU era o coordenador de turno que fazia a distribuição diária dos Enfermeiros e foi feita com a preocupação de colocar um EEEMCEPSC a assegurar o posto de trabalho da SE, como recomendado pela OE, através do Regulamento n.º 743/2019 (2019). Este é um serviço que se torna desafiador no ajuste constante da distribuição dos elementos da equipa e, por conseguinte, este ponto foi importante para o desenvolvimento desta competência, utilizando-se sempre uma decisão reflexiva.

Nos meios de EH o Enfermeiro tem as suas responsabilidades em ambos, mas é mais notório no meio SIV onde é o *Team Leader*. Perceber estas diferenças, e refletir sobre elas, tornou-se importante. Identificou-se ainda, em colaboração com a equipa multidisciplinar, uma situação em que foi pertinente referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, neste caso para o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), tendo o caso sido relatado posteriormente no estudo caso realizado. Existiu uma colaboração ativa nas decisões da equipa multidisciplinar.

Identificou-se tarefas que podia ser delegadas e houve especial cuidado na supervisão das mesmas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados. Como exemplo disso: em meio hospitalar a alimentação da PSC; e no EH tarefas que são delegáveis ao TEPH e Bombeiros, como a manutenção da segurança do meio, o auxílio nos posicionamentos, o auxílio no acesso ao material, a alimentação de um doente com hipoglicemia, entre outros.

Realizou-se o registo de uma avaria de uma Ambulância SIV na plataforma MOVE e participou-se ativamente nesta resolução de problemas através do contacto com a logística do INEM e a posterior substituição da Ambulância. Neste meio, todas estas responsabilidades caem sobre o Enfermeiro.

Com vista ao aprofundamento da competência solicitou-se a realização de turnos com a Enfermeira Gestora e Enfermeira Coordenadora do SMI, tendo sido concedido. Foi possível observar, refletir, questionar e discutir sobre as várias questões da gestão de cuidados de um serviço de forma global, como a gestão dos horários, das trocas, do planeamento diário dos turnos, da gestão dos stocks, dos pedidos realizados tanto ao armazém como à farmácia hospitalar, entre outros.

No SMI a distribuição diária dos Enfermeiros é feita de forma empírica, no dia útil anterior. Uma reflexão importante que se desenvolveu, sendo promovida a sua discussão no seio da equipa, foi quanto a esta distribuição. Como referido em capítulo anterior, neste serviço é avaliada diariamente a Escala NAS. Assim, havendo uma ferramenta para avaliação da efetiva necessidade de cuidados de Enfermagem para cada PSC realizada em todos os turnos da noite, esta deveria de ser tida mais em conta e a referida distribuição deveria de ser feita com base nestes dados e não de forma aleatória. Com a aplicação desta ferramenta, teríamos uma distribuição dos Enfermeiros pelas reais necessidades da PSC, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados (OE, 2017c).

Em todos os estágios os EEO foram uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, pela elevada capacidade de gestão de cuidados. Através do uso de metodologias de organização, promoveu-se a qualidade dos cuidados, como descrito nos

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EPSC, em que o EE deve contribuir para a gestão e eficácia da organização dos mesmos (OE, 2017c). Observou-se e refletiu-se com os EEO sobre as suas metodologias de liderança, de gestão e organização da equipa, assim como da gestão de emoções, e absorveu-se as melhores características de cada um deles.

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

A postura humilde e desejo de aprendizagem constante foram um ponto chave no desenvolvimento desta competência. Procurou-se que existisse um espírito muito proativo, por saber mais e melhor. Aceitou-se críticas dos elementos da equipa multidisciplinar e reconheceu-se os limites pessoais e profissionais, identificando, antecipando e evitando o conflito. Utilizou-se a comunicação e a assertividade para promover a reflexão e a adequada resolução de conflitos.

De acordo com o CD, o Enfermeiro deve procurar manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, sem esquecer a formação permanente e aprofundada (OE, 2015). No início do estágio de EH existiu um sentimento de incerteza quanto ao desenvolvimento de competências, por ser um ambiente totalmente desconhecido. Mas esta viria a ser uma dificuldade que rapidamente foi ultrapassada. Com uma mente totalmente aberta e desejo de aprender sempre mais, trilhou-se um caminho com gosto pela área e com entusiasmo pelos objetivos serem alcançados. Para isso, refletiu-se muito sobre todas as ocorrências, promoveu-se *debriefings* com os EEO, realizou-se pesquisa e baseou-se a prática na evidência científica mais atual. Desta forma foi possível criar uma partilha de ideias muito complementada por todos: o *debriefing* tem sido reconhecido como intencional e vital, necessário para a consolidação e transferência de aprendizagens (Coutinho, 2016).

Seguiu-se um novo desafio: no SMI. Nos primeiros turnos existiu um sentimento de medo: medo de não serem desenvolvidas competências suficientes e não serem atingidos os objetivos. Esta foi considerada a maior dificuldade encontrada. Como principal vantagem, não havia a dependência de terceiros para ser ultrapassada. Para ser alcançado o sucesso estudou-se muito, pesquisou-se diariamente, em todos os turnos foram tiradas notas sobre medicamentos, diluições, diagnósticos, entre outros. No turno seguinte discutia-se os resultados obtidos não só com a EEO mas também com a equipa que se mostrou sempre muito interessada, manteve-se assim um espírito reflexivo e humilde para aceitar críticas construtivas dos colegas da equipa multidisciplinar.

Participou-se de forma ativa em formação descrita num ponto anterior com bancas práticas sobre os diversos protocolos e casos clínicos do meio SIV, em dois *webinars* do INEM sobre

“Vias Verdes” e “Cuidados Omissos de Enfermagem”, numa formação sobre “Tráfico de Seres Humanos”, num *webinar* de “Estatística e Análise de Dados em Saúde com SPSS”, em 2 formações em serviço sobre “Cuidados de higiene oral aos doentes ventilados” e “Utilização da Escala de NEWS no SU” e ainda numa formação em serviço, ministrada pelo laboratório do hospital, sobre um novo mecanismo de vácuo para “Colheitas Sanguíneas” mais seguras e eficientes. A formação contínua é um dever para com a profissão (Regulamento n.º 613/2022, 2022), estando igualmente em conformidade com o Artigo 100º do CD o Enfermeiro, assegurando a atualização permanente dos conhecimentos, salvaguardando ainda o Artigo 109º: o dever de manter uma atualização contínua (Lei n.º 156/2015, 2015).

Durante o estágio de EH construiu-se ainda um documento (com o modelo base cedido pelo INEM), onde foi possível refletir sobre todas as ocorrências, realizando registos e avaliações, como se da plataforma iTeams se tratasse. Esta ferramenta é importante porque promoveu reflexão e discussão de todos os casos clínicos. Promoveu ainda outra reflexão: um documento deste género é um benefício para todos os estudantes em estágios relacionados com a PSC. É uma ferramenta importante a ser utilizada em todos as PSC que entram na SE, por exemplo. Considerou-se um instrumento de trabalho que será levado para outros contextos de trabalho.

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

O presente capítulo assenta no desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista, englobando 3 subcapítulos de acordo com o domínio de cada uma, tendo por base o Regulamento n.º 429/2018, (2018).

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

Estes 3 estágios de cuidados à PSC caracterizaram-se por diversas intervenções de Enfermagem com especificidades próprias que englobam uma multiplicidade de patologias e uma diversidade de ambientes inerentes ao cuidado da PSC. O EE tem assim um papel fundamental com a sua pronta e eficaz resposta, com base num raciocínio reflexivo, célere, assertivo e ético, envolto numa relação de ajuda, prestando cuidados humanizados e vendo a pessoa como um ser holístico, intervindo de uma forma precoce em conjunto com a equipa multidisciplinar para que seja garantida uma prática de excelência, de acordo com a evidência científica mais atual (Pinheiro, 2017). O cuidado crítico é complexo, rápido e em constante evolução (Sutton & Jarden, 2017). Os cuidados de Enfermagem à PSC são, por conseguinte,

cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e uma monitorização constante por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016).

Atualmente os Enfermeiros deparam-se com o desafio da procura de conhecimento científico, baseado nas mais recentes evidências, no sentido de promoverem a melhoria da prestação dos seus cuidados (Sousa et al., 2017). Como já descrito em outros capítulos deste relatório, com vista a atingir esta competência, houve a necessidade de se pesquisar por evidência científica, refletir-se bastante e adquirir-se sólidos conhecimentos especializados essencialmente sobre ventilação mecânica invasiva e não invasiva, diálise, analgesia e sedação da PSC, entre outros. A prática baseada na evidência permite uma resposta eficaz às várias questões que se evidenciam na prática clínica, nos diversos níveis de intervenção (Sousa et al., 2017; Sousa et al., 2018).

O estágio no SU desenvolveu-se maioritariamente na SE, uma mais-valia para a realização de atividades com a PSC e família, e o desenvolvimento desta competência. Nem sempre o Enfermeiro escalado na SE era um EEEMCEPSC, não sendo totalmente cumprido o Regulamento n.º 743/2019 (2019) relativo às dotações seguras. Este cumprimento torna-se muito importante porque, como refere Ferreira et al. (2020) o prognóstico da PSC na SE depende da eficácia da atuação da equipa, devendo por isso ser o mais especializada possível. Neste sentido, “o EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4744), conseguindo antecipar a instabilidade. O SU é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2020). A PSC mais instável encontra-se na SE. Por esta razão, além de todas as RT realizadas através da RT 14/2019, (ACSS, 2019) é importante validar diariamente a operacionalidade dos equipamentos e a harmonia da sala. No EH realizou-se essas mesmas verificações nos equipamentos que constituem a Ambulância SIV e da VMER. Também no SMI os testes aos desfibriladores/carro de emergência são feitos diariamente. Em todos os turnos realizados houve uma colaboração ativa na verificação, preparação e manutenção das diversas unidades, na verificação dos monitores desfibriladores, carros de emergência, ventiladores, entre outros equipamentos. Registou-se a conformidade nas *check-list's* existentes nos serviços. Estas verificações são essenciais para a garantia da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Realizou-se avaliação primária e secundária às PSC utilizando a metodologia ABCDEFGHI promovendo assim uma abordagem eficiente, precisa e concreta, utilizando a mesma para a realização dos registos. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2020a), a abordagem à PSC deve ser padronizada segundo a metodologia ABCDE, mas conseguimos especificar mais detalhadamente explorando as restantes letras, quando possível. Esta foi uma das atividades que promoveu maior desenvolvimento de competências porque, com esta sistematização, existiu a necessidade de aquisição de sólidos conhecimentos baseados na evidência científica mais atual. Verificou-se e antecipou-se critérios de instabilidade das PSC, com atuação em conformidade.

Uma das áreas de grande interesse nos estágios foi as VV. Assim, aproveitou-se cada oportunidade de aprendizagem a fim de desenvolver competências na atuação das mesmas. Refletindo percebeu-se a importância destas e o tamanho benefício para a PSC. São ensinamentos que serão levados para outras práticas com o objetivo de, como EE EMC, ser elemento promotor da mudança e da melhoria da qualidade dos cuidados. O exercício de competências baseadas na evidência científica mais atual, e na aplicação de programas como é o caso da VV Coronária, são fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados, e assim promover ganhos em saúde (OE, 2017c; Teixeira, 2021). Prestou-se cuidados diretos à PSC através da VV Coronária e da VV AVC mas, por falta de oportunidade, não foram realizadas todas as atividades propostas, como a administração de terapêutica trombolítica endovenosa. Com vista a ultrapassar esta dificuldade analisou-se o protocolo e refletiu-se sobre a prática. Houve a oportunidade de manipular todo o material utilizado e de refletir com a EEO todos os passos a seguir, incluindo todas as terapêuticas/diluições/tempos de administração. No estágio do SMI, percebeu-se esta intervenção complexa na prestação de cuidados porque, após permanência no SU, existe uma vaga destinada à VV AVC e, desta forma, prestou-se cuidados a uma PSC que tinha sido submetido à terapêutica e acompanhou-se a sua evolução favorável.

Outra dificuldade encontrada durante os estágios foi na análise e interpretação Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. Para ultrapassar esta dificuldade adquiriu-se conhecimentos e, após realização de cada ECG, debateu-se todas as questões relacionadas ao mesmo com os EEO. Como grande vantagem, no estágio de EH, este procedimento foi realizado na maioria das ocorrências.

Administrou-se protocolos terapêuticos complexos e para isso, de forma a solidificar o sentimento de segurança, validou-se sempre antecipadamente com os EEO o procedimento a realizar, assim como os parâmetros a ter especial atenção. Esta forma de ensino-

aprendizagem foi vantajosa para desenvolver confiança. No meio SIV atuou-se consoante os protocolos que se encontram definidos para este meio.

Prestou-se cuidados a vítimas de trauma, como num acidente de viação com multivítimas, uma vítima de amputação total de 2 dedos, uma vítima de queda com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave, como exemplo. Outra área de prestação de cuidados bastante desenvolvida foi relativamente à VMI. Prestou-se cuidados a estas pessoas, com a prática sustentada nas recomendações da DGS, (2022b), através da Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022, denominada “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Pazos et al. (2020) no seu estudo, afirmam que se torna imprescindível, considerando o alto índice de pacientes que estão em uso de ventilação mecânica num SMI, a preparação do Enfermeiro para a prestação de cuidados específicos com qualificação quanto à monitorização dos parâmetros ventilatórios e condições hemodinâmicas. O risco de aparecimento de uma pneumonia associada aos cuidados de saúde é vinte vezes superior numa PSC que seja submetido a VMI, e é na PSC que a taxa de mortalidade é mais elevada (Malacas et al., 2024). Desta forma, é de realçar a extrema importância do papel do EE EPSC na prestação destes cuidados especializados, baseados na evidência científica mais atual e sempre refletidos. Contactou-se, e manipulou-se, pela primeira vez, com algum material novo, como a aspiração subglótica. A utilização de tubos com drenagem subglótica reduz a quantidade de secreções contaminadas que estão alojadas acima do *cuff*, reduzindo os riscos de infeção (Astasio-Picado et al., 2022).

No SMI, também se prestou cuidados de Enfermagem a duas PSC que estavam sob hemodiafiltração e, desta forma, desenvolveu-se competências nesta área. Assistiu-se à canalização do acesso arteriovenoso, como à manutenção e avaliação do aparelho de diálise (desde a montagem à desmontagem), a toda a programação necessária, com especial atenção à estabilidade hemodinâmica da PSC, sempre antecipando possíveis instabilidades. Guo e Cai (2020) realizaram um estudo para avaliar a importância dos cuidados de Enfermagem nestas pessoas e concluíram que os níveis psicológicos, físicos e sociais melhoraram bastante com os cuidados de Enfermagem mais qualificados. Desta forma, realçou-se uma vez mais, a extrema importância dos cuidados à PSC serem prestados pelo Enfermeiro mais qualificado para tal, o EEEMCEPSC.

Um dos objetivos no SU era a cooperação na colocação de uma linha arterial, o que não foi possível por falta de oportunidade. Para ultrapassar esta dificuldade analisou-se e refletiu-se sobre o procedimento, manipulando o material. Foi uma grande vantagem porque, no estágio

no SMI, concretizou-se o objetivo mais que uma vez, e com os conhecimentos que tinham sido adquiridos, a tarefa foi facilitada.

De acordo com o Parecer n.º 09/2017 da OE (2017d) e o Parecer n.º 07/2020 da OE (2020) o EEEMCEPSC é o Enfermeiro recomendado para realizar os transportes da PSC. No mesmo parecer encontramos que o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (Parecer N.º 09/2017 da OE, 2017d). Nos estágios realizou-se apenas transporte intra-hospitalar. O período de transporte pode originar grande instabilidade, podendo levar ao agravamento do estado clínico da PSC e originar eventos adversos que deverão ser antecipados [Ordem dos Médicos (OM) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2023]. Posto isto, antecipou-se possíveis complicações aquando estes transportes, para a realização de exames por exemplo, fazendo-se sempre acompanhar de todo o equipamento o material que pudesse ser necessário. Também a OM e a SPCI definiram recomendações para o transporte da PSC quanto à decisão, ao planeamento e a efetivação nos diversos tipos de transporte (OM & SPCI, 2023). Com bases nestes documentos e nos internos hospitalares também se realizou avaliação e preparação dos cuidados para os transportes intra e inter hospitalares da PSC.

O Enfermeiro nos meios EH tem de utilizar o computador para realizar os registos de Enfermagem antes de contactar o médico regulador do CODU, fazendo-o através do telemóvel e ainda utilizando o rádio para a divulgação de informações, tudo em simultâneo enquanto se realiza a avaliação da PSC e presta os primeiros cuidados. Esta foi a grande dificuldade do estágio de EH, conseguir agilizar todas estas formas de comunicação que, só com treino e debatendo estratégias com o EEO foi possível. Durante estas comunicações, assim como na transmissão de informações entre profissionais no SU e no SMI, utilizou-se sempre a comunicação ISBAR que “contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais.” (INEM, 2020a, p. 18). O mesmo encontra-se espelhado na Norma n.º 001/2017 da DGS, (2017a), que define esta como uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde em situações de transição de cuidados.

A gestão da dor na PSC é um desafio. Uma grande área de evolução foi quanto ao controlo da dor. A dor, definida como sinal vital pela DGS, é um problema real da PSC e, para ser tratada de forma eficiente, deve ser avaliada com precisão utilizando métodos adequados. Prevenir e minimizar a dor é um dever dos Enfermeiros (Pouca-Roupa, 2022). Melo et al. (2018), referem que é de extrema importância que o Enfermeiro esteja atento às

manifestações clínicas da PSC, nomeadamente através das suas expressões e comportamentos, associadas a alterações hemodinâmicas que podem surgir. Procurou-se identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar pois a dor está quase sempre presente PSC, tendo esta impacto no estado geral do indivíduo, tornando-se essencial esta gestão, desde a sua avaliação, monitorização e tratamento (Devlin et al., 2018; Teixeira & Durão, 2016). Para a avaliação utilizou-se diversas escalas disponíveis nos serviços como recomendam os mesmos autores, como a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa ou escala de faces. No SMI utilizou-se, essencialmente, a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) para PSC sedadas e ventiladas, e igualmente a escala numérica ou a visual analógica para não sedados/que comunicam. A SPCI (2016, p.40) no seu Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD) afirma que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS”. Atuou-se em conformidade com os resultados e, sempre que necessário, aplicou-se medidas farmacológicas e não farmacológicas para este controlo, como alteração do posicionamento, massagem, aplicação de calor/frio ou toque terapêutico (Geziriy et al., 2018). Teixeira e Durão, (2016) refere que a chave para a gestão da dor é avaliar, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada. Assim, também se avaliou a eficácia das intervenções implementadas e, quando não foram suficientes, reforçaram-se. Embora o controlo da dor seja da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, a gestão da dor assume um papel de relevo na prática de Enfermagem (Germossa et al., 2019). Enquanto Enfermeiros, dispomos de um conjunto de intervenções autónomas que permitem, quando realizadas, uma maior autonomia na gestão da dor da PSC, não ficando reféns da prescrição de outros profissionais de saúde (Deldar et al., 2018; Devlin et al., 2018). Esse papel torna-se ainda mais relevante quando se trata de uma intervenção diferenciada de EE porque, com o seu espírito crítico e reflexivo, baseado na evidência científica mais atual que o caracteriza, com base nas normas e diretrizes recomendadas pelas sociedades profissionais, e no descrito anteriormente, consegue ter uma visão mais holística e atenta sobre a PSC. Assim, também se implementou medidas de forma mais consciente, como a simples adaptação do ambiente (luz, ruído, temperatura) ou oferecendo suporte emocional (Devlin et al., 2018; Geziriy et al., 2018), com as competências de comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, destacadas no EEEMCEPSC. A corroborar com esta opinião, Papathanassoglou et al. (2018) afirmam que as diretrizes atuais destacam a necessidade de testar e implementar estratégias não farmacológicas para o tratamento da dor na PSC. A ausência de formação e o desconhecimento das normas e diretrizes recomendadas pelas sociedades profissionais e de regulamentação na área da saúde, podem funcionar como barreira à gestão eficaz da dor (Deldar et al., 2018; Kahsay & Pitkääjärvi, 2019)

Este assunto torna-se muito pertinente para os EE porque, tendo como competência comum o domínio da melhoria contínua da qualidade, este controlo/gestão da dor é considerado um indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem, no que concerne à satisfação do cliente, prevenção de complicações e ao bem-estar e autocuidado do doente (Cavalheiro et al., 2019; Oliveira et al., 2016). A avaliação da dor, pela sua relevância clínica, tem sido uma das preocupações centrais na PSC (Cunha et al., 2020).

Também se aplicou a escala de avaliação de sedação *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). De acordo com Barbosa et al. (2018) para a correta adequação dos níveis de sedação, e conseqüentemente prevenção dos seus efeitos indesejáveis, é fundamental que se apliquem escalas de avaliação uniformes, sendo que a RASS é das que detém melhores resultados (Namigar et al., 2017). Uma das questões que promoveu mais reflexão no estágio de SMI foi relativamente à curarização e sedação da PSC. Esteves et al. (2017) e a SPCI (2020) são claros nas recomendações: nunca utilizar um bloqueador neuromuscular sem a PSC estar sedada. Os agentes curarizantes têm ação de relaxamento sobre toda a musculatura esquelética (Sousa, 2020). Surgiu a principal reflexão: e se a PSC tem dor e não se consegue expressar por ter um bloqueio neuromuscular incrementado? O exame neurológico nestes doentes revela um *deficit* motor global (Esteves et al., 2017). O EE EPSC tem um papel muito importante junto destas PSC, com os seus conhecimentos teóricos e o seu espírito crítico, na excelência da prestação dos seus cuidados, alertando para uma correta monitorização e avaliação. Devido a estas situações também se manipulou e interpretou o monitor de *SEDLINE*, que é derivado do eletroencefalograma, e revoluciona a avaliação do grau de sedação e hipnose (Ricci et al., 2023). O ajuste da dose de bloqueadores neuromusculares através do uso de neuroestimulação periférica na PSC conduz à redução da dose total e recuperação da função neuromuscular mais rápida (Esteves et al., 2017). No cerne do *SEDLINE* está o *Patient State Index* (PSI), um parâmetro fundamental que traduz a atividade cerebral em uma escala compreensível, proporcionando uma abordagem precisa, adaptável e abrangente para profissionais da saúde (Ricci et al., 2023).

Um dos focos do mestrado foi a comunicação, como foi notório não só durante os estágios mas também durante todo o mestrado. A comunicação é um elemento-chave na relação terapêutica entre enfermeiro-doente (Mata et al., 2021). Procurou-se aprofundar conhecimentos e desenvolver técnicas de comunicação, não só com a PSC como também com os familiares e restantes profissionais. Não se hesitou em procurar oportunidades para explorar mais esta área muito essencial ao EEEMCEPSC. Considerou-se uma das competências onde o EE se pode destacar muito dos restantes Enfermeiros, melhorando exponencialmente os cuidados de saúde prestados. Procurou-se e utilizou-se técnicas para a

comunicação, com base na evidência científica. Desta forma também foi possível cimentar a relação terapêutica Enfermeiro/PSC/família. Uma das dificuldades sentidas neste âmbito, foi no estágio no SMI: a maioria das PSC encontram-se sedados e com necessidade de intubação, com conseqüente incapacidade de estabelecer comunicação (Hoorn et al., 2016). À medida que a sedação é reduzida, como é recomendado na Norma 021/2015 da DGS (2022b), aumenta exponencialmente o número de doentes potencialmente capazes de comunicar enquanto estão sob VMI e acordados (Laerkner et al., 2017; Hoorn et al., 2016). O serviço dispõe de uma caixa com vários livros, quadros de escrita e combinação de letras e jogos, com vista a facilitar esta comunicação, que foram utilizados. A comunicação com os PSC é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde e encontra-se descrito que cerca de 50% das PSC num SMI podem usar ferramentas simples de comunicação assistida (Hoorn et al., 2016).

Outro grande destaque prendeu-se com a perceção da necessidade da inclusão da família na prestação de cuidados à PSC. O SU é um ambiente de stress (Ferreira et. al, 2020), e o mesmo acontece no ambiente EH e no SMI, e as famílias também sofrem bastante. Teve-se um papel bastante ativo neste campo, envolvendo a família/pessoa significativa em situações possíveis, tendo em conta a vontade da PSC, sendo também estes um alvo de cuidados da gestão emocional. A prestação de cuidados à família da PSC representa uma área de intervenção fundamental na Enfermagem, exigindo do Enfermeiro não só conhecimentos científicos, mas também dedicação, valores e compromisso social (Marlene et al., 2018). Um EEEMCEPSC não pode ter medo de incluir a família nos cuidados, porque trazendo as famílias para o nosso meio (sempre que a situação de saúde o permite) também demonstra a excelência de cuidados prestados, transmitindo tranquilidade à família. Sempre que possível promoveu-se a visita à PSC, tanto na SE como dentro da Ambulância SIV ou no SMI, e transmitiu-se informações de Enfermagem com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. As famílias não são apenas meras visitas em torno da PSC, são uma extensão do mesmo e experimentam o processo do cuidado junto do seu familiar (Rodriguez et al., 2016). Cabete et al. (2019), referem que a vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, portanto é fundamental que os cuidados de Enfermagem não se limitem à interação entre o Enfermeiro e a PSC, mas que a família seja envolvida. Demonstraram-se técnicas de comunicação, adaptadas à complexidade da situação e ao nível de literacia, sendo promovida uma escuta ativa, com participação na gestão de emoções da PSC e família. Assim, assistiu-se a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Nesta linha de pensamento procurou-se estabelecer uma relação empática com estes. Sá e Velez (2021) defendem a importância do desenvolvimento

de competências comunicacionais com os familiares da PSC. Durante a comunicação também existiu sempre atenção à postura porque os gestos, palavras e atenção dos Enfermeiros ficam permanentemente na memória dos familiares (Marlene et al., 2018).

Com o culminar dos estágios, otimizou-se e melhorou-se bastante a qualidade dos registos de Enfermagem efetuados, por estar dotada de novas competências, novos conhecimentos e especialmente de um espírito crítico e sistematizado.

Refletindo sobre as principais diferenças dos cuidados de Enfermagem nos 3 estágios percebeu-se que, apesar de em todos haver PSC, a abordagem é bastante diferente, pelas características dos locais. No EH emerge a necessidade de raciocínio lógico e rapidez para estabilizar e transportar a PSC. No SMI conseguiu-se prestar cuidados com mais tempo e por consequente, mais refletidos. Também neste último serviço, os níveis de assepsia conseguem ser mais controlados, com possibilidade de medidas de isolamento mais restritas, com mais material clínico disponível e essencialmente com melhores condições físicas para prestar cuidados de qualidade, com a devida privacidade necessária.

A realização de todas estas atividades permitiu não só aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC como desenvolver esta competência de uma forma mais linear, descritiva, analítica e crítico-reflexiva. O estágio de EH promoveu ainda a capacidade de adaptação aos meios, onde os recursos são limitados, considerando que é uma mais-valia para o desenvolvimento de competências de reflexão sobre a prática. Apesar de existir alguns anos de experiência na área da PSC, no meio EH existe também toda uma dinâmica que tem de ser ajustada e adaptada, com recursos controlados. Foi neste campo que também se sentiu maior evolução, na adaptação constante que é necessária consoante os casos e os cenários, que são todos diferentes: lidar com os mirões, com as condições de segurança que são necessárias manter, com a interação entre todos os intervenientes do SIEM.

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

Durante os estágios não foram experienciadas situações de catástrofe, mas recorreu-se a outras estratégias para alcançar este objetivo e desenvolver competências na área. É uma mais-valia realizar estágio em ambiente EH nesta fase de ensino: “estrutura de emergência médica pela qual o INEM é responsável dispõe de meios operacionais fundamentais para uma resposta imediata em cenários de crise, que tem vindo a aperfeiçoar-se de forma progressiva”

(INEM, 2012). Contactando com este meio, é mais fácil perceber toda a dinâmica e respostas que são necessárias.

A DGS, (2010) preconiza que todas as unidades hospitalares elaborem um Plano de Emergência (PE) de acordo com o seu guia, e caso já exista que seja realizada uma análise periódica do mesmo. O Hospital onde se realizou o estágio de SU tem um PE Externo, de 2017. Consultou-se e refletiu-se sobre o mesmo com a EEO. Existiu ainda oportunidade de discutir sobre diversos aspetos, inclusivé a sua atualização necessária, que se encontra em planeamento. Esclareceu-se dúvidas e adquiriu conhecimentos sobre o mesmo, assim como dos fluxogramas. Visitou-se, com a EEO, as diversas áreas físicas a serem reestruturadas. Constatou, por exemplo, que a sala de espera do SU daquele Hospital está equipada com rampas de oxigénio e de vácuo para se poder utilizar em situação de catástrofe, e a área da cirurgia geral, composta por duas salas de pequena cirurgia, podem ser usadas como salas de bloco operatório. Manipulou-se os diversos armários e kits de catástrofe previamente formulados e confirmou-se validades.

Pesquisou-se sobre os PE Distritais e os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil dos concelhos pertencentes, onde foi possível encontrar vários aspetos comuns. Reforçou-se conhecimentos sobre triagem em catástrofe. É fundamental munir os profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para se agir atempadamente e de forma correta às situações de exceção (Tomé, 2018). A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige que os procedimentos estejam convenientemente treinados de forma a reduzir o impacto negativo deste tipo de situações (Pereira, 2018). Também a DGS (2010) refere que é imperativo a existência de um guia orientador de ações coordenadas que torne mais eficaz a resposta a situações excecionais.

Questionou-se, refletiu-se e promoveu-se a discussão com os EEO do EH sobre a atuação em situações multivítimas/catástrofe, ficando claro o papel da equipa SIV e da VMER numa situação de exceção ou catástrofe. Assim, adquiriu-se conhecimentos sobre a gestão nestes cenários e a articulação com os vários intervenientes do SIEM.

O EEEMCEPSC é dotado de competências específicas que lhe permitem atuar em situações de exceção e catástrofe, onde a intervenção passa pela elaboração, planeamento e gestão da resposta à situação, de forma eficaz e organizada (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Durante o estágio de EH colaborou-se com o EEO na preparação da organização de um cenário de catástrofe para um simulacro do INEM em que o mesmo ia participar como formador. Foi enriquecedor e possibilitou o aumento de competências. É importante haver algum treino de habilidades entre pares, pois a prestação de cuidados numa situação de

catástrofe exige que os procedimentos estejam convenientemente treinados de forma a reduzir o impacto negativo deste tipo de situações (Pereira, 2018). Não se pode descorar a importância de uma leitura e o conhecimento regular acerca do PE Hospitalar e, sempre que possível, haver algum treino de habilidades entre pares. As atividades que foram realizadas de investigação, procura, reflexão, observação e manipulação de *kits* ajudaram bastante a aprofundar conhecimentos acerca da temática.

Observou-se o PE do Hospital, e constatou-se ainda que o SMI não era alterado perante uma situação de exceção ou catástrofe: mantinha o mesmo número de camas, no mesmo local; só poderia necessitar de algum ajuste relativamente a alguma PSC. Refletindo percebeu-se que, num serviço como este, torna-se ainda mais importante a existência de um PE Interno. Entre os diversos serviços de internamento do hospital, é possível transferir doentes e manter um nível de cuidados similar, o que não acontece com as PSC internadas numa SMI, com medidas de suporte avançadas instituídas, como também refere Zuno et al. (2013). Kelly et al. (2021) identificam a importância dos planos de evacuação e consideram que as SMI devem ter um plano de evacuação e emergência de fácil acesso, bem como um mapa com trajetos e rotas disponível. Wax (2019) considera igualmente que os SMI devem estar preparados para um eventual desastre externo, mas também para um eventual desastre interno que implique a evacuação das PSC internadas. Questionou-se sobre este plano e, visto a sua inexistência, a necessidade de o criar. A Enfermeira Gestora entrou em funções no final do ano passado, e o SMI encontra-se num local provisório desde a pandemia, razão pela qual não houve disponibilidade para integrar um grupo para a sua criação, mas ficou patente a sua importância dentro da equipa: plano para evacuação emergente de uma PSC. Kelly et al. (2021) consideram que a necessidade de evacuar um SMI é um evento raro, mas potencialmente repleto de dificuldades. Para Wax (2019), as equipas multidisciplinares dos SMI devem utilizar atividades e exercícios de simulação de evacuação das PSC. O mesmo autor considera que a participação neste tipo de atividades deve acontecer de forma regular, permitindo que as equipas desenvolvam competências para atuar nessas situações e testem os planos de emergência existentes, defendendo ainda que esta é uma das melhores estratégias para minimizar a ocorrência de situações inesperadas durante uma situação de exceção que leve à evacuação de PSC de um SMI, uma vez que permitem identificar potenciais falhas e, conseqüentemente, corrigi-las. Com o descrito, refletiu-se bastante sobre a temática e percebeu-se a importância desta competência do EEEMCEPSC, com vista não só à prestação de cuidados, mas igualmente à conceção, planeamento, simulação e treino e potenciais situações: “da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Apesar da não existência de oportunidade de acompanhar uma PSC com indícios de prática de crime para a prestação de cuidados é importante destacar que cabe ao EE assegurar a eficiência dos cuidados de Enfermagem, diagnosticar e reconhecer precocemente os indícios da prática de crime na PSC ou no meio envolvente, salvaguardando a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de custódia, encaminhando as situações para as entidades competentes e reencaminhando as vítimas para os organismos direcionados ao seu apoio (Regulamento n.º 429/2018 da OE, 2018). Perante esta dificuldade utilizou-se a estratégia de procurar sobre o assunto e desenvolveu-se competências através da evidência científica e percebendo o encaminhamento da PSC nesta situação. Percebeu-se que o Hospital onde realizei o estágio de SU e de SMI tem uma equipa de prevenção à violência nos adultos que se rege por uma norma interna, tendo um protocolo que foi consultado, discutido e refletido com os EEO.

Neste campo, considerou-se que a formação frequentada durante o estágio de EH sobre “Tráfico de Seres Humanos” foi uma mais-valia para desenvolver competências nesta área. Foi realmente uma formação muito interessante e é uma situação que ocorre mais no nosso país do que se julga. O EEEMCEPSC, principalmente no meio EH, tem capacidade reflexiva para, após ter o conhecimento da existência destas situações, atuar em conformidade. Como exemplo numa situação em que se socorre uma PSC que se encontra com notórias poucas condições de salubridade e sem posse do seu cartão de cidadão, que se poderá encontrar na posse do patrão. Provoca reflexão, pois podemos estar perante situações de tráfico de seres humanos em muitos locais e devemos agir para quebrar este ciclo. É fundamental munir os profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para se agir atempadamente e de forma correta às situações de exceção (Tomé, 2018).

O INEM (2012, p. 3) refere que “a gestão efetiva das crises requer tanto de improvisação como de preparação. Se falta a primeira, a gestão perde flexibilidade frente às condições em mudança; se falta a segunda, perde clareza em alcançar as respostas essenciais”.

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

De acordo com a DGS (2017c) as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência a Antimicrobianos (RAM) são problemas em crescendo mundialmente, tornando-se um dos mais frequentes efeitos adversos da prestação de cuidados de saúde e um grave problema de saúde pública com impacto na morbilidade,

mortalidade e na qualidade de vida dos cidadãos (INEM, 2023b; Martins & Vaz, 2020). Consultando o PNSD encontra-se um dos objetivos estratégicos relativos à redução das IACS e as RAM, estando descritos várias ações. Refletindo, percebeu-se facilmente que as IACS assumem particular relevância na PSC, porque esta estar exposta a vários procedimentos invasivos, na maioria das vezes. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção (OE, 2017c).

Refletindo, o estágio onde se desenvolveu mais esta competência em termos práticos foi no SMI, mas em termos reflexivos foi no EH, por serem ambos muito exigentes, por razões opostas. Considerou-se esta competência específica uma das mais importantes para um EEEMCEPSC num SMI e foi neste estágio que se desenvolveu mais em termos práticos devido às características especiais do mesmo. Caracterizado pelo seu espírito crítico, EE EPSC, tanto no contexto do SMI como no EH, é diariamente colocado à prova na procura pela excelência da prestação de cuidados com vista à prevenção das IACS. No meio EH esta é uma questão que provocou muita reflexão entre os profissionais, pelo seu cariz particular: prestar cuidados na rua a uma PSC, muitas vezes sujados pelos incidentes, em casas com insalubridade, sem conhecermos doenças e diagnósticos, é um autêntico desafio. Num SMI, existe uma necessidade extrema de manter o controlo das IACS. Neste serviço existem doentes internados particularmente vulneráveis a infeções por Microrganismos Multirresistentes a Antimicrobianos (MMA), carecendo de cuidados ainda mais minuciosos, pois estas infeções têm um prognóstico pior do que as causadas por microrganismos suscetíveis, pelo que justificam uma maior preocupação e um esforço redobrado na sua prevenção e controlo (Branquinho, 2020).

Procurou-se a instrução atenta sobre as diretrizes e instruções de trabalho existentes nos serviços, disponíveis na intranet, assim como no INEM e em programas nacionais em vigor. Refletiu-se, em conjunto com os EEO e elementos das equipas sobre algumas situações específicas sobre as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Detetaram-se algumas situações passíveis de melhoria, como por exemplo manter os contentores cortos perfurantes a uso com tampa fechada e serem substituídos a 2/3 da sua capacidade e a roupa mais recente ser colocada por baixo da já existente nos armários, segundo a Norma n.º 029/2012 (DGS, 2013). Esta deteção foi valorizada e foram alterados comportamentos. Assistiu-se ainda a uma formação *online* assíncrona, a que todos os profissionais do INEM têm acesso, sobre as PBCI. Refletiu-se e operacionalizou-se a prática com base nas PBCI e realizando *debriefings* sobre as mesmas com as equipas. Como EE EMC é importante

conseguir-se alterar comportamentos pessoais e dos que nos rodeiam, pois as PBCI são medidas simples de operacionalizar e baseadas em evidência científica (INEM, 2023b). A aplicação das PBCI é exigente, mas traduz a forma correta de atuar, dando segurança aos doentes, aos próprios profissionais e garantindo a minimização dos riscos (Norma n.º 029/2012 da DGS, 2013; INEM, 2023b). No SMI, destacou-se a preocupação de todos os profissionais com a higienização e desinfeção das mãos, sendo uma prática enraizada por toda a equipa profissional. Uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre os profissionais e doentes, e entre doentes, é através das mãos. Assente na Norma n.º 007/2019, a higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz na prevenção das IACS (DGS, 2019). Apurou-se que existem aspetos facilitadores para uma correta higienização das mãos no serviço, assim como para a correta utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Também houve um especial cuidado em cumprir com os vários tipos de isolamento a que as PSC estão sujeitas, consoante os microrganismos identificados, estando sempre presente que cada tipo de isolamento de contenção tem a sua especificidade, mas a todos eles devem associar-se as PBCI (Bastos, 2023).

Na prestação de cuidados é fundamental atuar simultaneamente na área da prevenção e no controlo da transmissão cruzada de microrganismos (Pina et al., 2010). A maior falha neste controlo foi encontrada no SU e prendeu-se com o distanciamento e a colocação da PSC, mas tornou-se muito difícil de contornar devido à sobrelotação das áreas deste serviço. Também neste campo houve oportunidade de intervir e perceber a importância do EE EPSC. Promoveu-se o cumprimento das normas, com a gestão da localização das macas e a correta higienização das mãos. No serviço é o ER do turno que recebe diariamente contacto da Equipa do Controlo de Infeção Hospitalar sobre doentes com microrganismos resistentes no serviço, assim participou-se ativamente nessa receção de informação e com atuação em conformidade.

Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (OE, 2017c), e o EE EPSC tem um papel muito importante nesta área, sendo o detentor desta competência específica, e intervindo ativamente na investigação e formação relativa ao controlo de infeção, vigilância epidemiológica e gestão de cuidados, garantido a segurança dos mesmos (Martins & Benito, 2016). Em todas as intervenções e procedimentos teve-se em consideração as linhas orientadoras e deu-se o exemplo relativamente às boas práticas. Utilizou-se EPI adequados às situações específicas, mas com consciência de que os EPI reduzem mas não eliminam o risco de transmissão cruzada de microrganismos, e que só são eficazes se usados corretamente e em cada contacto (Pina et. al., 2014).

Aquando a entrada de uma PSC no SMI realizou-se o seu rastreio séptico, com várias colheitas (como hemoculturas, uroculturas, colheitas de expectoração, zaragatoa nasal e anal), com o objetivo de detetar precocemente e monitorizar os focos de infeção na PSC. Também se realizou empiricamente descolonização da pele durante 5 dias, com higiene corporal com gluconato de clorhexidina a 2% e lavado o cabelo com uma touca impregnada no mesmo produto. Intervenções bem-sucedidas de controlo de infeção incluem pesquisa ativa para identificar PSC infetadas ou colonizados, isolamento para prevenir a transmissão entre doentes, medidas para melhorar a higiene das mãos, ações de formação, otimização da limpeza do ambiente e descolonização da pele, entre outros (Hughes et al., 2019).

Em várias artigos e revisões sistemáticas da literatura consultadas, como no artigo de Gonçalves e Carmo (2022), percebeu-se que diversos autores têm corroborado a relação entre o desenvolvimento de IACS e a presença de dispositivos invasivos, nomeadamente a pneumonia associada ao ventilador, a infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central e a infeção do trato urinária associada ao cateter vesical (Coelho & Cunha, 2020). Com vista a reduzir esta incidência, a DGS atualizou o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, através do Despacho n.º 10901/2022 (2022), que mereceu especial atenção de leitura e reflexão sobre o mesmo, assim como as Normas com “Feixe de Intervenções” criados, especialmente associado a dispositivos. Detetaram-se, como já descrito anteriormente, algumas ligeiras incoerências no SMI, como por exemplo relativamente ao uso da clorhexidina. Este tema e outros, foram motivo de reflexão e *debriefing* na equipa, potencializando-se oportunidades de aprendizagem.

## CONCLUSÃO

Com a finalização deste percurso prático conclui-se que foi um enorme desafio, mas superado. Uma sensação de realização e de satisfação muito grande.

Mais do que apenas as competências técnicas, este ensino promoveu um grande desenvolvimento de competências humanas e relacionais, tão essenciais na Enfermagem. Obtiveram-se evidentes ganhos que foram explícitos ao longo deste relatório, principalmente na capacidade crítica e reflexiva. Foi notória a perceção da importância e da responsabilidade de ser um EEEMCEPSC, de ser um exemplo na excelência dos cuidados de Enfermagem, empoderando a Profissão.

Refletindo, todas as competências inerentes à especialidade foram desenvolvidas e aprimoradas ao longo dos estágios, com bastante perseverança, resiliência, cuidado e dever. É importante validar e demonstrar a importância da formação acrescida e complementar que é exigida e ministrada a um EEEMCEPSC e que foi exprimida ao longo deste relatório. A produção de evidência científica, além de muito trabalhosa, é sempre motivo de orgulho e sensação de compromisso com a Enfermagem.

Como em todos os longos percursos, também existiram dificuldades que foram sendo ultrapassadas, com a persistência necessária. Talvez a maior dificuldade de todas tenha sido ultrapassar o medo de não alcançar os objetivos no patamar desejado, e não serem prestados cuidados de qualidade à PSC. Com grande recurso à evidência científica mais atual, e com muitas horas de trabalho autónomo e de iniciativa própria, foram sendo ultrapassadas. Os frutos colhidos foram mais do que é possível descrever, e talvez este documento tenha ficado ligeiramente aquém de tudo o que se conseguiu atingir, superando os objetivos.

Foram reunidos variados contributos que serão levados para o contexto laboral/prática diária salientando-se todos os conhecimentos adquiridos na parte específica, como os cuidados a um doente ventilado, e essencialmente conhecimentos na área da maximização do controlo de infeção.

Como principais auxílios ao desenvolvimento de competências de EE é de realçar como grande arma os *debriefings* que foram sendo mantidos com as várias equipas, assim como o constante empenho e dedicação, pensamento crítico e iniciativa demonstrada. Desta forma, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, com elevada capacidade de adaptação de estratégias e procura de meios para cumpri-los, nomeadamente recorrendo à evidência científica mais atual e com o estabelecimento de relações interpessoais reflexivas promotoras do desenvolvimento de competências.

Como sugestão para posteriores cursos de mestrado propõe-se que seja incentivado a realização de *debriefings* estruturados, nas equipas onde se realiza estágios, com guiões/trabalhos de base realizado de forma escrita e reflexiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência RT 14/2019*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Sala-de-Emergencia\\_2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf)
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos RT 13/2019 v. 2024*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC\\_CUIDADOS\\_INTENSIVOS\\_09\\_2013\\_V2024.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf)
- Astasio-Picado, Á., Jiménez, F. J. P., López-Sánchez, M., Jurado-Palomo, J. & Zabala-Baños. (2022). Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation: Management and Preventive Aspects. *Applied Sciences*, 12(20), 10633. <https://doi.org/10.3390/app122010633>
- Barbosa, T. P., Beccaria, L. M., Silva, D. C., & Bastos, A. S. (2018). Association between sedation and adverse events in intensive care patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 194-200 <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800028>
- Barros, A. I. A. (2021). A Humanização como Foco na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência e Emergência. *Revista Sinais Vitais*, (133-2021), 33-46. <https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/sv133.pdf>
- Bastos, C. (2023). Prevenção da Infecção nos Cuidados de Saúde: Precauções Básicas e Isolamento. *Platform For Global Health*, 9. <https://doi.org/10.48684/7KT2-E407>
- Branquinho, J. D. M. (2020). *Estratégias para o controlo de infeção em unidades de cuidados intensivos: uma breve revisão* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Comum. <https://hdl.handle.net/10216/128841>
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Cabral, J. V. B. C., Silveira, M. M. B. M., Silva, A. N. A. S. & Xavier, A. T. (2021). *Nursing Activities Score* como ferramenta para avaliar a carga do trabalho de enfermagem. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 13(2), 5894-5904. <https://doi.org/10.25248/REAS.e5894.2021>
- Cavalheiro, J., Ferreira, G., Souza, M., & Ferreira, A. (2019). Nursing interventions for patients with acute pain. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 13(3), 632–639. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a238069p632-639-2019>
- Coelho, N. & Cunha, M. (2020). Padrão de Infecção e Antibioterapia em Unidade de Cuidados Intensivos. *Millenium*, 17(2), 317-38. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.33.00339>
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*, fevereiro. <http://www.nursing.pt/accompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A., & Pereira, M. F. C. R. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41–50. <https://doi.org/10.12707/RIII1392>
- Coutinho, V. R. D. (2016). *Impacto do debriefing associado a práticas simuladas no desenvolvimento de competências em Estudantes de Enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/105354>
- Cunha, D., Ribeiro, A., Pereira, F. (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020*, 43(1), 59-68. <http://hdl.handle.net/10400.26/31334>
- Decreto-Lei n.º 48/95 da Presidência do Conselho de Ministros, Código Penal (1995). Diário da República: I Série, n.º 63/1995. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

- Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: A qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3>
- Despacho n.º 3350/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: 2.ª Série, n.º 78. Páginas 7554 – 7555. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3350-2017-106901027>
- Despacho n.º 4163/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: 2.ª Série, n.º 75. Página 11910. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4163-2019-122109203>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2.ª Série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º153/2014. páginas 20673-20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República: II série, n.º174/2022. páginas 93-99. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825–873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010: Guia de geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012 (atualizada a 31-20-2013): Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS\\_actualizado%204Nov2015.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_actualizado%204Nov2015.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 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. (2017ba). *Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. DGS. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Páginas 1-65. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dosdoentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2022b). *Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixes de Intervenção” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao>

- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento informado*.  
[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf)
- Esteves, S., Roxo, A., Resendes, H., Pereira, L., Fernandes, N., Borges, S., Pereira, S., Albuquerque, S., Caramelo, S., Vargas, S. & Carlos, T. (2017). Recomendações Portuguesas para a Gestão do Bloqueio Neuromuscular. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 27(1).  
<https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/14810/11100>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19086.  
<https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Veludo, F., Madureira, M., & Sousa, P. (2021). Estratégias facilitadoras na integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica: uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 83-84. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10274>
- Germossa, G., Hellesø, R., & Sjetne, I. (2019). Hospitalized patients' pain experience before and after the introduction of a nurse-based pain management programme: A separate sample pre and post study. *BMC Nursing*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0362-y>
- Geziry, A., Toble, Y., Kadhi, F., Pervaiz, M., Nobani, M. (2018). Non-pharmacological pain management. In *Pain Management in Special Circumstances*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.79689>
- Godinho, L. F., Carreira, C. & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 27(3), 20-24.  
[https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/revistas/2018/Revista\\_SPA\\_VOL27\\_N3.pdf](https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/revistas/2018/Revista_SPA_VOL27_N3.pdf)
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. (2022). Implicaciones de las infecciones asociadas a la atención de salud en la gestión de la salud: revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746.  
<https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Guo, S. & Cai, Y. (2020). Effects of quality nursing care in acute severe pancreatitis with acute renal failure and systemic organ disorders following hemofiltration therapy. *Int J Clin Exp Med*, 13(11), 8553-8561.  
[www.ijcem.com](http://www.ijcem.com) /ISSN:1940-5901/IJCEM0120656
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 1(20), 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Hughes, A., Ballard, S., Sullivan, S., Marshall, C. (2019). An outbreak of vanA vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in a hospital with endemic vanB VRE. *Infect Dis Health*. 24(2), 82-91.  
<https://doi.org/10.1016/j.idh.2018.12.002>
- Ieger, F. L., & Rockembach, J. A. (2020). Carga de trabalho da equipe de enfermagem baseada na escala nursing activities score em unidade de terapia intensiva adulto. *Revista De Saúde Dom Alberto*, 8(1), 14-35.  
<https://revista.domalberto.edu.br/revistadesaudedomalberto/article/view/664>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção – Manual TAS (1ª Ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017a). *Sistema Integrado de Emergência Médica. Sabe o que é?*.  
<https://www.inem.pt/2017/09/21/sistema-integrado-de-emergencia-medica-sabe-o-que-e/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017b). *Carta de Direitos e Deveres do Utente do INEM*.  
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/01.2-Direitos-e-Deveres-do-Utente-do-INEM-Poster-em-Portugu%C3%AAs.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017c). *Proteção de Dados e Compromisso dos Profissionais*.  
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Prote%C3%A7%C3%A3o-de-Dados.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020a). Manual de Suporte Avançado de Vida. 1ª Edição.  
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancadode-Vida-2020.pdf>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020b). *Segurança do doente no pré-hospitalar: Sistemas de notificação de incidentes de segurança no pré-hospitalar*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Notificacao-de-incidentes-1.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021a). *INEM atualiza Missão, Visão e Valores*. <https://www.inem.pt/2021/04/01/inem-atualiza-missao-visao-e-valores/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021b). *Segurança na utilização de medicamentos*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Seguranca-Doente-1.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023a). Deliberação (extrato) n.º 348/2023: *Código de Ética e de Conduta do INEM*. Diário da República: II Série, n.º 63/2023. paginas 89-95 [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Deliberacao-extrato-n.o-348\\_2023-de-29-de-marco-Codigo-de-Etica-e-Conduta-do-INEM.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Deliberacao-extrato-n.o-348_2023-de-29-de-marco-Codigo-de-Etica-e-Conduta-do-INEM.pdf)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023b). *Manual de Controlo de Infeção do INEM. Versão 3 - 2ª Edição*. INEM
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024a). *120 Parceiros do SIEM já usam o ITEAMS INEM*. <https://www.inem.pt/2024/01/18/120-parceiros-do-siem-ja-usam-o-iteams-inem/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024b). *INEM disponibiliza atualização de Protocolos de Atuação SIV na plataforma de e-learning*. <https://www.inem.pt/2024/01/25/inem-disponibiliza-atualizacao-de-protocolos-de-atuacao-siv-na-plataforma-de-e-learning/>
- Kahsay, D., & Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain management in resource-limited settings: cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>
- Karlsen, M. M. W., Finset, A., Heggdal, K. & Heyn, L. G. (2022). Caught between ideals and reality: Phenomenological-hermeneutic study of healthcare providers' experiences while interacting with mechanically ventilated patients. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 492-499. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1967303>
- Kelly, F., Bailey, C., Aldridge, P., Brennan, P., Hardy, R., Henrys, P., Hussain, A., Jenkins, M., Lang, A., McGuire, N., McNarry, A., Osborn, M., Pittilla, L., Ralph, M., Sarkar, S & Taft, D. (2021) Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, flood, powercut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents. *Anaesthesia*, 76, 1377-139. <https://doi.org/10.1111/anae.15511>
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). *Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos*. Editora CVR.
- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F. & Hansen, H. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º181/2015. páginas 8059–8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lucchini, A., Felippis, C., Elli S., Schifano, L., Rolla, F., Pegoraro, F. & Fumagalli, R. (2014). Nursing Activities Score (NAS): 5 years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital. *Intensive Crit Care Nurs*, 30(3),152-8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.10.004>
- Malacas, M. S., Martins, D. P. M. O. & Santiago, M. D. S. (2024). Cuidados de enfermagem ao doente com ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência: uma scoping review. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 10(3), 2471-2490. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13390>
- Marlene, R., Ramos, V., Patrícia, S., Coelho, F., Celeste, M., Ferreira, S., Pedro, J., & Coelho De Oliveira, P. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo Experiences of the Family of the Critically ill: a qualitative study. *Cadernos de Saúde*, 8(10), 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controlo das infeções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 14(2). <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>

- Martins, P.C. & Vaz, A. K. (2020). Infecções prevalentes na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 238-245. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.3948>
- Martel, J.; Oteng, R.; Mould-Millman, N.; Bell, S.; Zakariah, A.; Oduro, G.; Kowalenko, T. & Donkor, P. (2014). The Development of Sustainable Emergency Care in Ghana: Physician, Nursing and Prehospital Care Training Initiatives. *International Emergency Medicine*, 47(4), 462-468. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.04.041>
- Mata, C., Fernandes, M. F., Monteiro, M. F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7-17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Melo, F. V., Costa, M. F. & Sandes, S. M. (2018). Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 12(8), pp. 2188-2193. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a231671p2188-2193-2018>
- Miranda, D. R., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W. & Iapichino, G. (2003) Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374-382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., & Jaberi, A. (2019). Quality of nurses communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02>
- Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Özgül, O., Can, Ö. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347-354. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2016.07.002>
- Navarro, M. M. T.; Sola, C. F. & Arrés, E. R. (2022). *Fundamentos de enfermería (I): Bases teóricas y metodológicas* (1ª edição). Editorial Universidad de Almería. <https://books.google.pt/books?id=UzKUEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Nobre, R. A. S., Rocha, H. M. N., Santos, F. J., Santos, A. D., Mendonça, R. G. & Menezes, A. F. (2019). Aplicación del Nursing Activities Score (NAS) en diferentes tipos de UCI's: una revisión integrativa. *Enfermería Global*, 18(4), 485–528. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.36220>
- Oliveira, P., Pereira, L., Santos, N., & Souza, L. (2016). Nursing in pain management at urgency and emergency care units. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.37309>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. [https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPPraticas.pdf](https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017a). *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/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017b). *Parecer conjunto n.º 01/2017 – Atribuição de responsável de turno*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017c). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgico: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidadeemc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017d). *Parecer n.º 09/2017 – Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer\\_09\\_2017\\_mceemc\\_transportepessoasituacacritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2020). *Parecer n.º 07/2020 - Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA07\\_ce\\_27022020\\_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA07_ce_27022020_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3.pdf)
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos Recomendações 2023*. [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI\\_OM-III-2023.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Paixão, Q., Oliveira, M., Fontoura, E. & Freitas, K. (2019). Dilemas Éticos No Fazer/Agir Do Enfermeiro Diante Da Parada Cardiorrespiratória Em Terapia Intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33(1), 1-9. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27920>
- Papathanassoglou, E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L., & Kyprianou, T. (2018). Effects of an integrative nursing intervention on pain in critically ill patients: a pilot clinical trial. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 172–185. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018271>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(2088), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Pazos, C. P., Soares, F. M. M., Barroso, L. C., Sousa, G. M. C., Rodrigues, G. I. S., Mesquita, K. K. B., Freitas, J. G., & Andrade, I. R. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em uso de ventilação mecânica. *Journal of Nursing UFPE on line*, 14, e242958. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.242958>
- Pereira, M. M. F. (2018). *Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade Évora. <http://hdl.handle.net/10174/24271>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pina, E., Ferreira, E. & Uva, M. (2014). Infecções associadas aos cuidados de saúde. In *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Capítulo 7 (pp. 137-158). Fiocruz <https://doi.org/10.7476/9788575415955>
- Pinheiro, S. A. S. (2017). *Competências especializadas e a pessoa em situação crítica: do socorro pré-hospitalar ao hospital*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositório Comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22413/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20\\_%20Sofia%20Pinheiro.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22413/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20_%20Sofia%20Pinheiro.pdf)
- Pinto, A. C. P. (2022). *Perceção dos Enfermeiros Especialistas dm Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43811>
- Pouca-Roupa, A. R. X. (2022). *Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do enfermeiro especialista* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/32653>

- Radaelli, C., Costa, A. E. K. da, & Pissaia, L. F. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 8(6), 1-16. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II série, n.º 131/2022. páginas 179-182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ricci, Z., Robino, C., Rufini, P., Cumbo, S., Cavallini, S., Gobbi, L., Brocchi, A., Serio, P., & Romagnoli, S. (2023). Monitoring anesthesia depth with patient state index during pediatric surgery. *Paediatric anaesthesia*, 33(10), 855–861. <https://doi.org/10.1111/pan.14711>
- Rodriguez, L. B., Velandia, M. F., & Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados en respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297-1309. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Sá, F. L. F. R. G., & Velez, M. A. M. R. B. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>
- Santos, A. P. A., Carvalho, T. A., Soares, J. P. R., Coelho, P. R. L. F. & Santos, E. S. (2021). Comparação da carga de trabalho de enfermagem entre pacientes clínicos e cirúrgicos em terapia intensiva. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73689>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.
- Soares, E., Trevisan, A., & Perazzoli de Souza, A. (2023). Conhecimento de estudantes de enfermagem sobre atendimento do paciente politraumatizado no ambiente pré-hospitalar. *Nursing Edição Brasileira*, 26(302), 9797–9804. <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i302p9797-9804>
- Sociedade Europeia de Medicina Intensiva. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med*, 37, 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). *Abordagem de enfermagem ao doente crítico COVID-19*. <https://www.spci.pt/enfermagem-covid-19>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2020). *Certificação para Internistas na área de Urgência*. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2020/10/NEUrgMI-Criterios-de-Certificacao-em-Urgencia.pdf>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26. [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 23(2), 31-39. [https://www.researchgate.net/publication/325699143\\_MODELOS\\_DE\\_FORMULACAO\\_DA\\_QUESTAO\\_DE\\_INVESTIGACAO\\_NA\\_PRACTICA\\_BASEADA\\_NA\\_EVIDENCIA](https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRACTICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA)

- Sousa, L. (2020). *Desafios Nutricionais no Doente Crítico com COVID-19*. Webinar - Doentes com COVID-19: A importância da intervenção nutricional da teoria à prática. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. [https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2020/05/WEBINAR\\_RESUMO\\_28\\_ABRIL\\_COVID19\\_C.pdf](https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2020/05/WEBINAR_RESUMO_28_ABRIL_COVID19_C.pdf)
- Souza, G. & Mendes, S. (2021). Ocorrência de eventos adversos e sua relação com a revisão de práticas assistenciais voltadas para a segurança do paciente no Brasil: uma revisão integrativa. *Journal of Management*, 12, 1-2. <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1066>
- Sutton, L. & Jarden, R. (2017). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 6(22), 339-347. <https://doi.org/10.1111/nicc.12266>
- Teixeira, A. A. C. (2021). *Empoderamento profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: contributos para uma otimização da prática* [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto – Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/139961>
- Teixeira, J. M. F. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Tomé, L. M. S. D. (2018). *Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência: Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/25263>
- Ventura-Silva, J., Martins M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Wax, R. S. (2019) Preparing the Intensive Care Unit for Disaster. *Crit Care Clin*, 35(4), 551-562. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.008>
- World Health Organization, (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Zuno, S., Veja, F., Argueta, S., Valdés, E., Bey, R. & Sánchez, L. (2013). Atención en emergências y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triage y evacuación. *Dirección de Prestaciones Médicas*, 3(81), 246-255. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42253>

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA;  
COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE MELHORIA**

## **Comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: implementação de estratégia de melhoria**

*Communication of information to the family of the person in critical situation in the emergency service: implementation of an improvement strategy*

*Communication d'information à la famille de la personne en situation critique dans le service d'urgence: implémentation d'une stratégie d'amélioration*

### **Resumo**

**Enquadramento:** A comunicação de informações à família é um tema de elevada importância, especialmente quando falamos da pessoa em situação crítica. Esta privação traz consequências físicas e psicológicas para as famílias, sendo fundamental que os Enfermeiros desempenhem uma intervenção diferenciada junta das mesmas.

**Objetivos:** Analisar dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica; criar, implementar e avaliar a utilidade e exequibilidade de um protocolo para a comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência.

**Metodologia:** Estudo de investigação-ação, do tipo descritivo, quantitativo-correlacional. Amostra não probabilística, por conveniência, constituída por Enfermeiros de um serviço de urgência da região centro de Portugal. Foram cumpridos todos os pressupostos éticos e legais inerentes à investigação.

**Resultados:** Todos os Enfermeiros consideraram importante ou muito importante a comunicação de informações à família, no entanto 71,2% já sentiu dificuldades nessa comunicação; 98,1% considera pertinente a criação de um protocolo para o efeito; 95,1% concorda ou concorda totalmente que o protocolo desenvolvido é útil na prestação de cuidados de Enfermagem; e 87,8% concorda ou concorda totalmente que o mesmo é exequível.

**Conclusão:** A maioria dos Enfermeiros considerou a comunicação de informações à família importante e já sentiu dificuldades nesta intervenção. Evidenciou-se ser relevante ministrar formação e criar um protocolo para o efeito, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** comunicação; emergências; enfermagem; enfermagem médico-cirúrgica; enfermeiro especialista; família

### **Abstract**

**Background:** Communicating information to the family is a highly important topic, especially when we talk about people in critical situations. This deprivation has physical

and psychological consequences for families, and it is essential that nurses carry out a differentiated intervention with them.

**Objectives:** Analyze difficulties experienced by nurses in communicating information to the family of a person in a critical situation; create, implement and evaluate the usefulness and feasibility of a protocol for communicating information to the family of a person in a critical situation in the emergency room.

**Methodology:** Action research study, descriptive, quantitative-correlational. Non-probability sample, for convenience, composed of nurses from an emergency service in the central region of Portugal. All ethical and legal assumptions inherent to the research were met.

**Results:** All nurses considered it important or very important to communicate information to the family, however 71.2% had already experienced difficulties in this communication; 98.1% consider it pertinent to create a protocol for this purpose; 95.1% agree or completely agree that the developed protocol is useful in nursing care; and 87.8% agree or completely agree that it is viable.

**Conclusion:** Most nurses considered communicating information to the family important and have already experienced difficulties in this intervention. It proved to be relevant to provide training and create a protocol for this purpose, with a view to improving the quality of care provided.

**Keywords:** communication; emergencies; family; nurse specialist; nursing; medical-surgical nursing

## Resumen

**Marco contextual:** La comunicación d'informaciones à la famille est un sujet très important, surtout lorsqu'il s'agit de personnes en situation critique. Cette privation a des conséquences physiques et psychologiques pour les familles, et il est essentiel que les infirmières mènent une intervention différenciée auprès d'elles.

**Objetivos:** Analyser les difficultés éprouvées par les infirmières à communiquer de l'information à la famille d'une personne en situation critique ; créer, mettre en œuvre et évaluer l'utilité et la faisabilité d'un protocole de communication d'information à la famille d'une personne en situation critique aux urgences.

**Metodología:** Etude de recherche-action, descriptive, quantitative-corrélacionnelle. Échantillon non probabiliste, par commodité, composé d'infirmières d'un service d'urgence de la région centrale du Portugal. Toutes les hypothèses éthiques et juridiques inhérentes à la recherche ont été respectées.

**Resultados:** Toutes les infirmières considéraient qu'il était important ou très important de communiquer des informations à la famille, cependant 71,2 % avaient déjà éprouvé des difficultés dans cette communication ; 98,1% jugent pertinent de créer un protocole à cet effet ; 95,1 % sont d'accord ou entièrement d'accord avec l'utilité du protocole développé en soins infirmiers ; et 87,8 % sont d'accord ou entièrement d'accord avec le fait qu'il est viable.

**Conclusión:** La plupart des infirmières considéraient comme importante la communication de l'information à la famille et ont déjà éprouvé des difficultés dans cette intervention. Il s'est avéré pertinent de proposer des formations et de créer un protocole à cet effet, en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués.

**Palabras clave:** comunicación; enfermería; enfermería médico-quirúrgica; enfermero especialista; familia; urgencias médicas

## Introdução

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba não só os cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), como também os cuidados à família (Jorge & Madureira, 2020). No Serviço de Urgência (SU), pela complexidade e exigência de cuidados, esta realidade é muitas vezes colocada em segundo plano, por se priorizar os cuidados (Cabete et al., 2019). A escassez de informações comunicadas à família da PSC, e a falta de um protocolo para tal (circuito, recursos físicos e humanos), é um problema da Unidade Local de Saúde (ULS) onde foi desenvolvido este projeto. Este défice é sentido não só pela PSC e família, como também pelos profissionais de saúde que nele exercem funções.

Ao longo do ciclo vital o ser humano experiencia desafios e mudanças com os quais precisa de saber lidar, mobilizando os seus recursos de forma a manter a sua saúde e bem-estar (Cabete et al., 2019). A família é considerada uma extensão do doente: o sofrimento causado por um evento crítico não afeta apenas a PSC, a doença de um membro torna-se um assunto de família (Shajani & Snell, 2019). As situações que levam PSC e familiares ao SU são inesperadas e inevitavelmente carregam muito *stress*, dor e incompreensão por todos. Estas são de elevada especificidade e ditam importantes desafios às famílias: provocam sentimentos de ansiedade e depressão, podendo ainda levar a uma difícil aceitação e processo de luto dos mesmos (Kreuz & Netto, 2021). Desta forma, o cuidar da família da PSC no SU reduz o sofrimento e a ansiedade da família e da PSC. A promoção de um ambiente confortável e privado durante a visita da família ao SU, assegura o bem-estar da mesma (Cabete et al., 2019).

Para Yildirim e Özlü, (2018) a comunicação é descrita como uma das necessidades mais emergentes num SU. Por sua vez, os cuidados de Enfermagem têm na comunicação um instrumento privilegiado de atuação. No SU estes cuidados focam-se na prestação de cuidados à pessoa, concentrando as suas intervenções na dimensão tecnológica, numa evidente sobrevalorização dos cuidados instrumentais, negligenciando atenção à família, transpondo as suas necessidades para segundo plano (Cabete et al., 2019; Rodriguez-Almagro et al., 2019).

É dever dos Enfermeiros assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Explorando as bases de suporte da Enfermagem encontramos ainda o dever de informação, previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).

É indiscutível o papel chave que a comunicação desempenha no apoio disponibilizado aos familiares da PSC (Rodriguez-Almagro et al., 2019). Uma comunicação eficaz permite uma maior satisfação dos doentes e promove o incremento da qualidade dos cuidados (Parada et al., 2021).

Constata-se assim que o Enfermeiro ao estabelecer uma comunicação eficaz com os familiares da PSC num SU está a cuidar também da família, reduzindo-lhes os níveis de ansiedade presente (Shajani & Snell, 2019). Esta situação exige do Enfermeiro uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte de cuidar.

Com o presente estudo pretende-se analisar dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na comunicação de informações à família da PSC; e criar, implementar e avaliar a utilidade e exequibilidade de um protocolo para a comunicação de informações à família da PSC no SU de uma ULS da região centro de Portugal.

## **Enquadramento**

Os SU consubstanciam cenários muito particulares de prestação de cuidados de saúde, nos quais são frequentes as circunstâncias em que, sem qualquer oportunidade de preparação, as famílias se confrontam com transições abruptas no estado de saúde de um dos seus familiares (Ocak & Avsarogullari, 2019; Jorge & Madureira, 2020).

A situação de doença crítica de um elemento da família muitas vezes desencadeia uma crise familiar. Perante uma PSC, a família tem necessidades específicas que são associadas à incerteza da situação em si, à imprevisibilidade da sua evolução e ao ambiente tecnológico desconhecido, tornando assim a comunicação uma das necessidades mais emergentes (Yildirim & Özlü, 2018). O Enfermeiro é agente ativo na comunicação de informação ao doente e família, sendo a competência de comunicação indispensável e essencial a ser adquirida na formação (Fontes et al., 2017).

A vivência destas situações num SU, marcadas pela incerteza, constitui uma experiência significativa e que conduz ao desenvolvimento de sintomatologia psicológica, como a ansiedade ou a depressão, tendo reflexo na redução da qualidade de vida em toda a família (Karlsen et al., 2021; Parada et al., 2021).

Recorrer a um SU com um familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado. Estabelecer comunicação com a família da PSC é um processo importante para a desconstrução mental do motivo que levou à ida ao SU, aceitação do processo de doença e para a progressiva construção de um prognóstico de situação crítica (Barreto et al., 2019). Através do estabelecimento de uma comunicação eficaz conseguimos diminuir o sofrimento da família, clarificando a compreensão da situação, fornecendo suporte emocional e reduzindo a ansiedade (Shajani & Snell, 2019).

A família da PSC sente necessidade de informação sincera, clara e honesta, de criar uma relação de proximidade e confiança com os profissionais, com a possibilidade de exprimir os seus sentimentos, com uma transmissão de uma esperança realista (Cabete et al., 2019). Neste âmbito, é essencial que os Enfermeiros façam recurso a técnicas eficazes e construtivas de comunicação na abordagem da família, que permitam a expressão de emoções associadas à vivência da incerteza, e favorecendo a escuta ativa e a transmissão realista de esperança, a proximidade, a segurança e a manifestação de interesse e preocupação por parte dos profissionais, com particular atenção à comunicação de más notícias (Cabete et al., 2019; Karlsen et al., 2021).

É importante o Enfermeiro intervir na comunicação com a família quer a nível verbal, quer a nível não verbal (Sá & Henriques, 2021). Ao nível da comunicação verbal a transmissão de informação assume considerável importância (Ganz et al., 2019; Hoffmann & Olsen, 2018; Kalocsai et al., 2018). Esta surge principalmente para clarificar questões sensíveis, mas também como parte de um acolhimento formal à família (Hoffmann & Olsen, 2018; Kalocsai et al., 2018). Diversos autores mencionam o apoio emocional, enquanto intervenção terapêutica de enfermagem, na comunicação com a família da PSC (Almaze & De Beer, 2017; Ganz et al., 2019). É importante manter sempre o contato visual e utilizar a linguagem de fácil compreensão (Silva-Xavier et al., 2022). Os gestos, palavras e atenção dos Enfermeiros ficam permanentemente na memória dos familiares (Marlene et al., 2018). Torna-se ainda relevante ter uma atitude empática perante a família em sofrimento (Kalocsai et al., 2018; Sá & Henriques, 2021), ter uma postura diferenciadora salientada pela genuinidade e sinceridade (Hoffmann & Olsen, 2018). Reforça-se ainda a importância de ter tempo para a interação (Hoffmann & Olsen, 2018), dando disponibilidade de si ao outro.

Os profissionais de saúde na primeira linha de ação são os Enfermeiros, e são com estes que a PSC e a sua família contactam primeiro tornando-os, assim, os responsáveis pelo acolhimento neste contexto (Sá & Velez, 2021). Alguns autores fortalecem a ideia de que o Enfermeiro é capaz de transmitir informações utilizando uma linguagem perceptível e acessível à compreensão do familiar (Kalocsai et al., 2018).

Os Enfermeiros que estabelecem uma relação eficaz com a família da PSC sentem menos ansiedade e mais confiança, aumentando também a satisfação com eles e com o trabalho (Sá & Henriques, 2021). Da mesma forma, quando estabelecida uma comunicação efetiva com a família, diminui os níveis de ansiedade e *stress* da mesma (Ganz et al., 2019).

A prestação de cuidados à família da PSC representa uma área de intervenção fundamental na Enfermagem, exigindo do Enfermeiro não só conhecimentos científicos, mas também dedicação, valores e compromisso social (Marlene et al., 2018). A atitude dos Enfermeiros para com as famílias é determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, facilitando os processos de transição saúde/doença vivenciadas pela família no hospital (Fernandes et al., 2015). Reforça assim a ideia que se torna impreterível que se proporcionem condições aos Enfermeiros para o desenvolvimento desta comunicação com a família, tanto a nível de tempo e disponibilidade, como com condições físicas apropriada, proporcionando privacidade.

Assim, os cuidados de Enfermagem baseiam-se não apenas na interação do Enfermeiro com a PSC, como também na interação Enfermeiro/Família. Consubstancia um importante vetor da humanização.

O acolhimento da PSC e família nas suas essências, por meio verbal e não-verbal, na sua singularidade ético cultural, além de integrante da filosofia da Enfermagem, é um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (Parada et al., 2021). Sublinha-se que a condição de familiar supersatisfeito está associada com a atenção pessoal dispensada e a informação recebida (Ocak & Avsarogullari, 2019).

### **Questões de investigação**

Quais são as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros do SU relativamente à comunicação de informações à família da PSC?

Qual é a utilidade e exequibilidade da implementação de um protocolo para a comunicação de informações à família da PSC no SU?

## Metodologia

**Tipo de estudo:** Este é um estudo de investigação-ação, do tipo descritivo, quantitativo-correlacional. Foi desenvolvido através de um processo interativo, baseado na experiência profissional e na evidência científica. Tem como objetivos analisar dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na comunicação de informações à família da PSC; e criar, implementar e avaliar a utilidade e exequibilidade de um protocolo para a comunicação de informações à família da PSC no SU de uma ULS da região centro de Portugal.

O desenho deste estudo incluiu cinco fases. Inicialmente foi realizado um *brainstorming* com a equipa de Enfermagem do SU e o Enfermeiro Gestor, para identificação de uma questão-problema ao serviço. Quando identificado o tema, foi realizado um questionário inicial para avaliação das necessidades e dificuldades da equipa de Enfermagem relativamente à comunicação de informações à família da PSC no SU. Foi criada uma instrução de trabalho para a comunicação de informações à família da PSC. Posteriormente foi desenvolvida e ministrada uma formação (Apêndice IV) direcionada à equipa de Enfermagem sobre a comunicação de informações à família da PSC, com aspetos legais, uniformização das informações a comunicar dentro dos limites da profissão e recomendações de abordagem. Por fim, foi aplicado um questionário para avaliação da utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de atuação para a comunicação de informações à família da PSC no SU, pela equipa de Enfermagem.

**População, amostra e critérios de amostragem:** A definição da população e seleção da amostra teve por base a equipa institucional, para as diferentes fases do estudo. A população foi toda a equipa de Enfermagem a desempenhar funções no SU. A amostra foram os Enfermeiros deste mesmo local que se disponibilizaram a responder aos questionários apresentados, dando o seu consentimento para participação, de forma informada, livre e esclarecida, com recurso a uma amostra não probabilística, por conveniência.

A amostra teve como critérios de inclusão ser Enfermeiro e desempenhar funções no SU da ULS onde decorreu o estudo, não existindo critérios de exclusão.

**Instrumentos de colheita de dados e as variáveis em estudo:** Com o objetivo principal de avaliar as necessidades e dificuldades da equipa de Enfermagem relativamente à comunicação de informações à família da PSC no SU foi utilizado o questionário 1 (Apêndice V), construído pela autora. Este primeiro questionário englobou duas partes. Foi composto por dados sociodemográficos, académicos e profissionais (idade, sexo, formação académica, tempo de experiência de profissão e no SU), e questões relacionadas com a perceção dos Enfermeiros sobre a comunicação

de informações à família da PSC, onde se incluía dificuldades sentidas nessa intervenção, com quatro questões de resposta aberta e as restantes de resposta fechada, dicotómica e tipo likert. Uma vez que o questionário foi construído na sua totalidade pela autora, o mesmo foi submetido a um pré teste para validar a clareza das questões. Não foi necessária nenhuma alteração ao questionário.

O questionário 2 (Apêndice VI) foi aplicado no seguimento da sessão de formação, realizado com base nos resultados do questionário 1. Foi aplicado apenas aos Enfermeiros do SU que participaram na sessão de formação ministrada. Além dos dados sociodemográficos, académicos e profissionais, foram consideradas como variáveis de estudo os recursos físicos, materiais e humanos necessários para a comunicação de informações à família da PSC, a pertinência da criação do protocolo assim como da formação, e a utilidade e exequibilidade da implementação do mesmo, na prestação de cuidados de Enfermagem, seguros e com qualidade, à PSC no SU.

**Procedimentos de recolha e análise de dados:** O questionário 1, relativo à avaliação das necessidades e dificuldades da equipa de Enfermagem do SU na comunicação de informações à família da PSC, foi aplicado durante o mês de outubro de 2023. Criado em formato digital e difundido por toda a equipa de Enfermagem do SU, através do email institucional, via Enfermeiro Gestor. O preenchimento do questionário foi precedido de um consentimento informado, livre e esclarecido, onde foi realizado um enquadramento ao estudo.

O questionário 2 foi aplicado após a sessão de formação aos Enfermeiros do SU que participaram na mesma, tendo sido ministrada em agosto de 2024. Este questionário foi igualmente criado e disponibilizado em formato digital, mantendo os mesmos critérios relativamente ao consentimento informado.

Os dados obtidos em ambos os questionários foram analisados recorrendo ao *software* IBM SPSS *Statistics* (versão 29.0).

**Considerações ético-legais:** Após submissão do projeto (Apêndice VII), foi obtido parecer positivo pelo Centro de Investigação e pela Comissão de Ética para a Saúde, da ULS onde decorreu o estudo (Anexo I). A cada participante que integrou a amostra foi reservada a possibilidade de participar ou não no estudo, sendo solicitado o seu consentimento informado, livre e esclarecido. A proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos foram garantidos pela investigadora principal, estando os mesmos guardados em plataforma e documentos protegidos com palavra-passe, até um ano após a conclusão do estudo. Posteriormente serão destruídos, pois são destinados exclusivamente a este fim. Não se verificaram conflitos de interesse no decorrer do estudo.

## Resultados

O questionário 1, para análise diagnóstica da situação após a sessão de *brainstorming*, foi colocado à disposição dos 77 Enfermeiros do SU, tendo sido obtidas 52 respostas (67,5%) de consentida, livre e espontânea vontade. Dos resultados obtidos salienta-se que todos os Enfermeiros acham importante ou muito importante a comunicação de informações à família da PSC no SU e igualmente todos os Enfermeiros acha pertinente haver formação direcionada à Equipa de Enfermagem sobre essa comunicação. Quanto à pertinência da criação de um protocolo para esse efeito 98,1% (n=51) acha pertinente e apenas 1,9% (n=1) não concorda com essa pertinência. Da totalidade dos inquiridos 88,5% já comunicou informações de Enfermagem à família da PSC e 71,2% (n=37) desses refere ter sentido dificuldades. Quando questionados sobre as principais causas dessas, a maioria dos Enfermeiros identificou que: não sabe que informações comunicar e os limites a cumprir (27,5%; n=14); ausência de um local apropriado (17,6%; n=9); dificuldades na linguagem e postura a adotar (13,7%; n=7); a inexistência de um protocolo (circuito e formação) (13,7%; n=7); dificuldades na gestão de emoções (9,8%; n=5); falta de tempo e disponibilidade pessoal (9,8%; n=5); dificuldades na comunicação de más notícias (5,9%; n=3); e ausência de elemento médico (2%; n=1).

O questionário 2, aplicado após a criação do protocolo e no final da formação ministrada, participaram 41 Enfermeiros, 85,4% (n=35) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 anos e os 51 anos, obtendo uma média da idade de 34 anos (34,10±7,778). Quanto à formação académica verificou-se que 100% (n=41) são licenciados em Enfermagem e 17,1% (n=7) são igualmente titulares de Mestrado e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Relativamente à experiência profissional obteve-se uma média de 11 anos (10,66±7,760) de prestação de cuidados de Enfermagem, sendo o Enfermeiro mais novo licenciado há 1 ano e o mais experiente com 28 anos. Quanto ao tempo de serviço em SU obteve-se uma média de 8 anos (7,63±7,169), com Enfermeiros a prestar cuidados há menos de 1 ano e com tempo máximo de 26 anos.

Quanto às variáveis é de salientar que, após a criação do protocolo, 58,6% (n=24) da amostra concorda ou concorda totalmente que há recursos físicos e materiais no SU para uma adequada comunicação de informações, segura e de qualidade, à família da PSC e 51,3% (n=21) concorda ou concorda totalmente que há adequados recursos humanos para a mesma intervenção.

No que concerne à pertinência da criação do protocolo “Comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência”, 95,1% (n=39) concorda ou concorda totalmente que é uma mais-valia, na prestação de cuidados de

Enfermagem com qualidade à PSC no SU. Da mesma forma, 97,6% (n=40) dos Enfermeiros do SU concorda ou concorda totalmente que a formação ministrada permite melhorar o atendimento da família da PSC no SU. Assim, 92,6% (n=36) dos Enfermeiros concordam ou concordam totalmente que este protocolo produzirá benefícios em termos da segurança na prestação de cuidados.

Direcionado ao protocolo em si, 90,3% (n=37) concorda ou concorda totalmente que é uma ferramenta útil à prestação de cuidados à PSC no SU, 100% (n=41) concorda ou concorda totalmente que é de fácil compreensão, e 85,3% (n=35) concorda ou concorda totalmente que é de fácil aplicação.

Para finalizar, 95,1% (n=39) concorda ou concorda totalmente que a criação e implementação do protocolo é útil para a prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU, e 87,8% (n=36) concorda ou concorda totalmente que a criação e implementação do protocolo é exequível na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU (Tabela 1).

### Tabela 1

*Distribuição da amostra nas variáveis analisadas quanto à utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de comunicação de informações à família de PSC no SU*

Variáveis que analisam a concordância	Discordo Totalmente		Discordo		Não Discordo nem concordo		Concordo		Concordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1. Considera que a comunicação de informações à família da PSC no SU, antes da implementação deste protocolo, eram prestadas com qualidade?	8	19,5	16	39	12	29,3	5	12,2	---
2. A família da PSC tem acesso a informações, de forma clara, objetiva e esclarecedoras da situação de saúde e necessidades da PSC?	---	---	7	17,1	20	48,8	13	37,1	1	2,4
3. Com a criação do protocolo de comunicação de informações, o SU dispõe de recursos físicos e materiais para uma adequada comunicação de informações, segura e de qualidade, à família da PSC?	1	2,4	6	14,6	10	24,4	20	48,8	4	9,8
4. Neste momento, o SU dispõe de recursos humanos para uma adequada comunicação de informações, segura e de qualidade, à família da PSC?	5	12,2	4	9,8	11	26,8	17	41,5	4	9,8
5. A criação do protocolo "Comunicação de informações à	---	---	1	2,4	1	2,4	10	2,4	29	70,7

família da PSC no SU” é uma mais-valia, na prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade à PSC no SU?											
6. Esta formação permite melhorar o atendimento da família da PSC no SU?	---	---	1	2,4	---	---	12	29,3	28	68,3	
7. Este protocolo permite melhorar a segurança na prestação de cuidados à PSC no SU?	---	---	---	---	3	7,3	14	34,1	24	48,5	
8. Este protocolo (instrução de trabalho e formação) é uma ferramenta útil à prestação de cuidados à PSC no SU?	---	---	---	---	4	9,8	15	36,6	22	53,7	
9. O protocolo de trabalho é de fácil compreensão?	---	---	---	---	---	---	18	43,9	23	56,1	
10. O protocolo de trabalho é de fácil aplicação?	---	---	---	---	6	14,6	21	51,2	14	34,1	
11. Considera a criação e implementação deste protocolo como útil para a prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU?	---	---	---	---	2	4,9	14	34,1	25	61	
12. Considera a criação e implementação deste protocolo como exequível na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU?	---	---	---	---	5	12,2	13	31,7	23	56,1	

Nota: n = amostra; % = percentagem

Em termos de estatística inferencial, após verificada a ausência de distribuição normal das variáveis dependentes - sexo e formação académica - foi analisada a existência de associações, com recurso ao teste do qui-quadrado. Constatou-se que não existem associações com significado estatístico entre a variável sexo e as variáveis que analisam a concordância, assim como não existem associações com significado estatístico entre a formação académica e as mesmas variáveis.

## Discussão

A comunicação é uma competência inerente à prática dos cuidados de Enfermagem. Os cuidados centrados na família têm sido uma preocupação dos Enfermeiros de todo o mundo, ganhando destaque nas evidências científicas mais recentes (Russo et al., 2022). Assim, torna-se indiscutível o papel chave que a comunicação desempenha no apoio disponibilizado aos familiares (Rodriguez-Almagro et al., 2019).

Os Enfermeiros devem compreender as dificuldades e as questões facilitadoras para uma comunicação de informações, para comunicá-las de forma clara e serem compreendidas adequadamente (Silva-Xavier et al., 2020). Os Enfermeiros do SU

demonstraram esta capacidade e, dos que já comunicaram informações à família da PSC, 71,2% (n=37) referiram sentir dificuldades, especificando-as. Santos et al. (2017) referem que comunicar uma má notícia é uma tarefa difícil para o profissional de saúde. Esta foi igualmente uma das dificuldades identificadas pelos Enfermeiros da amostra que referiram sentir dificuldades na comunicação de más notícias (5,9%; n=3). Analogamente referiram dificuldades na gestão de emoções (9,8%; n=5), tal como Silva-Xavier et al. (2020) referem que a forma como a família pode reagir às informações é uma dificuldade enfrentada pelos profissionais. Cabete et al. (2019) mencionam também como principais dificuldades a gestão da informação de saúde da PSC a transmitir e a falta de confiança ao abordar a família, assim como os Enfermeiros da amostra que relataram não saber que informações comunicar e os limites a cumprir (27,5%; n=14), tal como dificuldades na linguagem e postura a adotar (13,7%; n=7). Os dados recolhidos neste primeiro questionário serviram de base à formação ministrada.

No que diz respeito à pertinência de haver formação direcionada à equipa de Enfermagem relativamente à comunicação de informações à família da PSC, todos os participantes no estudo concordaram totalmente. Sá e Velez, (2021) reforçam a importância do desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica com a família da PSC, impulsionando a formação em Enfermagem. Existe a necessidade dos profissionais formularem e adquirirem estratégias para o momento da comunicação, fazendo que esta ocorra de maneira simples e amena (Cabeça & Melo, 2020). Os Enfermeiros são agentes ativo na comunicação de informações à família, portanto deve apresentar como competência indispensável e essencial a ser adquirida na sua formação profissional, a habilidade de comunicação (Silva-Xavier et al., 2020). Após a sessão de formação, 97,6% (n=41) dos Enfermeiros da amostra concordaram ou concordaram totalmente que a formação ministrada permite melhorar o atendimento da família da PSC no SU.

Uma comunicação de informações de forma humanizada à família da PSC no SU requer a criação de condições para tal, essencialmente físicas (Barreto et al., 2019). No estudo de Sá e Velez (2021), foi possível perceber que os Enfermeiros procuraram criar um lugar para que a família se sentisse confortável, depois de ter sido acolhida. Os recursos físicos e materiais para a comunicação de informações à família da PSC no SU não se encontram totalmente adequados. Após a implementação do protocolo foi cedido um gabinete para a intervenção, mas o mesmo necessita de ser aprimorado para o estabelecimento de uma comunicação eficiente. Constata-se que os Enfermeiros da amostram percebem a verdadeira importância de ter condições físicas mais adequadas, pois apenas 58,6% (n=24) concordam que o serviço já dispõe delas. Amorim et al. (2019) também reforçam que a privacidade e o ambiente confortável são estratégias

facilitadoras da comunicação entre o Enfermeiro e a família, permitindo o acolhimento e a formação de vínculo entre eles.

Após a criação do protocolo passou a existir 3 horas diárias, no turno da manhã, em dias úteis, para a comunicação de informações à família da PSC. Apenas 51,3% (n=21) dos Enfermeiros da amostra concorda que no SU há recursos humanos para uma adequada comunicação de informações, segura e de qualidade, à família da PSC. Os Enfermeiros procuram dar de si à família, dar do seu tempo e disponibilidade (Sá & Velez, 2021). Hoffmann e Olsen, (2018) reforçam a importância de ter tempo para a interação. No estudo de Jorge e Madureira, (2020) os autores destacam que a família identifica a necessidade de informação como uma das necessidades com a mais alta prioridade, onde se incluía ser atualizado frequentemente. Os Enfermeiros do SU em estudo compreendem esta necessidade e, com os resultados obtidos, percebe-se que este horário devia de ser alargado, com vista a aumentar a disponibilidade dos Enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados. Sublinha-se que a condição de familiar supersatisfeito está associada com a atenção pessoal dispensada e a informação recebida (Ocak & Avsarogullari, 2019).

Sousa e Marques, (2021) referem que as famílias são muitas vezes desvalorizadas pelos profissionais, dado que os Enfermeiros, habitualmente, centram a sua atenção na pessoa que têm a seu cuidado. Os Enfermeiros SU pertencentes à amostra tendem a contrariar a evidência científica e revelam a pertinência da temática, mostram-se preocupados em criar condições para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade à família da PSC, nomeadamente com a comunicação de informações, pois todos os Enfermeiros consideram importante ou muito importante a comunicação de informações à família da PSC no SU. Igualmente 98,1% (n=51) acha pertinente a criação de um protocolo para esse efeito. Após a sua implementação 95,1% (n=39) dos Enfermeiros concordam ou concordam totalmente que este é uma mais-valia na prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade à PSC no SU. Perante a vivência de uma doença aguda, importa referir que não só a PSC apresenta necessidades de conforto, mas também a sua família, dado que a hospitalização e a incerteza diária é marcante para todos (Lima et al., 2022). A comunicação eficaz com a família permite diminuir o seu sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade (Shajani & Snell, 2019).

Parada et al. (2021) referem que, como indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, deparamo-nos com o acolhimento do doente/família na sua essência, de forma verbal e não-verbal.

O estudo de Bellaguarda et al. (2021) traz evidência científica quanto à necessidade de organização de fluxos e protocolos relativos à comunicação com a família da pessoa no

SU, relação importante de cuidado extensivo à família. Direcionado ao protocolo 90,3% (n=37) da amostra concorda ou concorda totalmente que é uma ferramenta útil à prestação de cuidados à PSC no SU. Para Russo et al. (2022), a formação específica na área da comunicação, bem como a existência de protocolos, normas e diretrizes permitem a possibilidade de uma intervenção de Enfermagem mais eficaz e segura junto das famílias, com a conseqüente prestação de cuidados centrados nas mesmas. Assim, todos os Enfermeiros concordam ou concordam totalmente que o protocolo instituído é de fácil compreensão, e 85,3% (n=35) concordam ou concordam totalmente que é de fácil aplicação.

Esta estratégia é importante para dar apoio e alerta aos cuidados realizados no SU e validar a integralidade e acessibilidade à saúde. A necessidade de haver um espaço e serviço especializado para comunicação com a família no SU, permite cuidados mais eficientes e humanizados (Bellaguarda et al., 2021). Deste modo, da amostra, 95,1% (n=39) dos Enfermeiros concorda ou concorda totalmente que a criação e implementação do protocolo é útil para a prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU, e 87,8% (n=36) concorda ou concorda totalmente que a criação e implementação do protocolo é exequível na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU. Prevemos com isto facilidade nesta implementação, com repercussões na qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados às famílias da PSC neste SU.

## **Conclusão**

A prestação de cuidados de Enfermagem no SU deve ser centrada na PSC e na família, tratando-se de um desafio para a equipa. A família, quando privada de informações dos seus familiares, encontra-se em sofrimento pela situação que, na maioria das vezes, é inesperada e carregada de tecnologia desconhecida. A ansiedade está presente em quase todos os familiares, levando a uma incapacidade de atuação.

Com o objetivo de prestar cuidados diferenciados e de qualidade perante a PSC e a sua família, torna-se importante haver condições para a comunicação de informações. Os Enfermeiros validam essa pertinência, considerando muito importante a implementação de um protocolo.

A comunicação é uma condição vital dos cuidados de Enfermagem, mas uma comunicação eficaz carece de treino. Os Enfermeiros referiram dificuldade na comunicação de informações, mas as mesmas podem ser colmatadas com formação. A formação regular é um dever dos Enfermeiros. Através da formação alcançam-se competências novas, e reforçam-se outras. Os Enfermeiros acham importante haver formação direcionada à comunicação de informações à família da PSC no SU.

É essencial que os protocolos ou normas sejam claros e de fácil interpretação. O protocolo implementado revelou-se de fácil compreensão e de fácil aplicação. Assim, tornou-se útil na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, e a maioria da equipa declarou-o como exequível na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC no SU.

Concluo que é importante auscultar os Enfermeiros por temáticas relevantes para a equipa e por dificuldades sentidas, criar protocolos de trabalho para os mesmos e proporcionar momentos de formação específica, criando condições para uma prestação de cuidados de Enfermagem de excelência, humanizados, com qualidade e segurança.

### Referências bibliográficas

- Almaze, J. P. B. & De Beer, J. (2017). Patient-and-family-centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(2), 59-65. <http://doi.org/10.7196/317>
- Amorim, C. B., Barlem, E. L. D., Mattos, L. M., Costa, C. F. S., & Oliveira, S. G. (2019). Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40:e20190017, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L., & Marcons, S. S. (2019). Presence Of The Family During Emergency Care: Patient And Family Living. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 28(2), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150>
- Bellaguarda, M. L. R., Moraes, C. L. K., Canever, B. P., Silva, A. O., Broering, J. V., & Martendal, T. (2021). Comunicação em emergência ao familiar da vítima de ocorrência de trânsito. *Global Academic Nursing Journal*, 2(1), e65. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200065>
- Cabeça, L. P. F., & Melo, L. L. (2020). Do desespero à esperança: enfrentamento de familiares de crianças hospitalizadas diante de notícias difíceis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0340>
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S. da, Matos, M. M. S. de, Patrica, H. M., Silva, A. R. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B. & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio

- hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(7), 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-95. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Ganz, F. D., Yihye, G. & Beckman, N. (2019). Family-centered communication and acute stress in Israeli intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 28(4), 274-80. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019562>
- Hoffmann, E. & Olsen, P. R. (2018). Like an ace up the sleeve: an interview study of nurses' experiences of the contact with relatives in a somatic emergency ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1207–1214. <https://doi.org/10.1111/scs.12566>
- Jorge, S. G. & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 5-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S.P., Taylor, P., Downar, J. & Gotlib Conn, L. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*, 18(1), 533. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>
- Karlsen, M. W., Mathisen, C. & Heyn, L. G. (2021). Advancing communication skills in intensive care: Caring for relatives of critically ill patients. *Patient Education and Counseling*, 104(12), 2851-2856. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.010>
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). *Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos*. Editora CVR.
- Lima, E. R., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21118. <https://doi.org/10.12707/RV21118>
- Marlene, R., Ramos, V., Patrícia, S., Coelho, F., Celeste, M., Ferreira, S., Pedro, J., & Coelho De Oliveira, P. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo Experiences of the Family of the Critically ill: a qualitative study. *Cadernos de Saúde*, 8(10), 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Ocak, U. & Avsarogullari, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328-335. <https://doi.org/10.1177/1024907918802737>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Parada, S. R. G., Castaño, A. M. H., Robayo, C. L. M., Restrepo, M. C. T., Herrera, J. D. B., Fernández, K. D. N. & Almanza, B. A. P. (2021). Intervenciones de Enfermería ante la Necesidad de Información de la Familia del Paciente Crítico. *Revista Cuidarte*. 12(2), 1-15. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1775>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Rodriguez-Almagro, J., Palomino, M. A. Q., Sepulveda, E. A., Rodriguez-Barbero, M. M. F., Fernandez, F. O., Barrera, V. S. & Hernandez-Martinez, A. (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 912-920. <https://doi.org/10.1111/scs.12689>
- Russo, J. R. S., Bico, I. M. T. & Vala, P. A. S. R. (2022). Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em contexto de unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática da literatura. *Revista ibero-americana de salud y envejecimiento r i a s e* 8(1), 96-116. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)
- Sá, F. L. & Henriques, H. M. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 109-123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Sá, F. L., & Velez, M. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>
- Santos, I., Silva, L. P. S., Pacheco, S. T. A., Moreira, M. C., Silva, L. A., & Nascimento, A. V. (2017). Autopercepção dos enfermeiros sobre sua comunicação de notícias difíceis aos clientes hospitalizados e familiares. *Revista Enfermagem Uerj*. 25, 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.30003>.
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.
- Sousa, P., & Marques, R. (2021). O conforto e o confortar. In E. Henriques (Ed.), *O cuidado centrado no cliente: Da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 727-740). Sabooks.
- Yildirim, T., & Özlü, Z. K. (2018). Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing Midwifery Studies*, 7(1), 33-38. [https://doi.org/10.4103/nms.nms\\_100\\_17](https://doi.org/10.4103/nms.nms_100_17)

Silva-Xavier, E. A. da, Santos, E. A. S. dos, Pereira, E. de F. B., & Brambatti, L. P. (2022). Estratégias e dificuldades encontradas na comunicação de notícias difíceis em um hospital universitário. *Psicologia Revista*, 31(2), 475–498. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2022v31i2p475-498>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I – REFLEXÃO: VIA VERDE CORONÁRIA

## **ANÁLISE CRÍTICA DE UMA SITUAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Foi-nos proposto refletir sobre a prática do EE em EMC relativamente a uma situação de cuidados de enfermagem, face a uma das competências específicas de EMC na área da PSC, segundo o Ciclo de Gibbs. Este instrumento é muito facilitador na realização escrita do exercício reflexivo, tal como refere Pereira-Mendes, (2016).

### **1ª Etapa: Descrição**

Sr. de 52 anos que desenvolveu uma dor torácica opressiva com irradiação dorsal acompanhada de náuseas, 2h antes da sua admissão, para o qual se deslocou pelos seus próprios meios. Na realização da triagem, perante a sua queixa, o Enfermeiro ativou a VV Coronária (VVC), instituída e formalizada na instituição como se encontra preconizado a nível nacional, desde 2007. Seguindo o protocolo, o doente foi direcionado de imediato para a realização de eletrocardiograma (ECG) que relevou supra desnivelamento de ST, sendo encaminhado para a SE. Prontamente foi monitorizado, avaliado, estabilizado, administrado protocolo terapêutico complexo protocolizado, estabelecido contacto com instituição de referência e, em cerca de 50 minutos, transferido para uma unidade de hemodinâmica para realização da intervenção coronária percutânea (ICP).

### **2ª Etapa: Sentimentos e pensamentos**

Relativamente à situação concreta tive sentimentos e pensamentos muito positivos. Senti-me muito útil na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados num doente como este, uma verdadeira pessoa em situação crítica. Também senti que foi uma situação muito proveitosa pelos excelentes cuidados prestados. Já me tinha suscitado bastante interesse os protocolos instituídos no serviço e já me tinha instruído junto do protocolo da VVC. Pereira-Mendes (2016) refere que face à diversidade de contextos e situações, o estudante depara-se com a necessidade de organizar e mobilizar conteúdos teóricos adquiridos e apropriar-se deles. No final dos procedimentos realizados e da transferência do doente ter sido efetivada, tive oportunidade de promover a reflexão conjunta na equipa relativamente ao procedimento porque tudo tinha sido realizado como se encontra preconizado, considerando também uma boa forma de reflexão, sobre o que correu bem.

Toda a situação também me suscitou um pensamento menos positivo: o meu serviço não tem instituída a VVC. Tal protocolo trazia, sem dúvida, muitos aspetos benéficos para o serviço, e principalmente para os utentes que dependem dele. Juntamente com este pensamento também suscitou outro: poderei ser eu, como EEEMCEPSC impulsionadora desta mudança, criando as bases necessárias para a sua

implementação. O EE encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite ser agente de mudança, promovendo assim a qualidade dos cuidados (Soares, 2017).

### **3º Etapa: Avaliação**

Refletindo, considero que esta situação foi muito boa em termos práticos, mas especialmente boa em termos reflexivos. No final, em *debriefing* com toda a equipa envolvida, percebeu-se a importância das boas práticas, da prática baseada na evidência científica, no desenvolvimento da ciência com base na investigação. Só através de todos estes mecanismos se consegue perceber a temática, investigar sobre as melhores práticas a seguir, ter um sentido crítico e reflexivo sobre o melhor caminho e desenvolver um protocolo tão complexo como este e que pode salvar tantas vidas.

Relativamente aos cuidados prestados na instituição, considero que é muito importante estar implementado a VVC, os profissionais de saúde envolvidos estarem conhecedores da mesma e da forma de atuação, a deteção precoce realizada pelo Enfermeiro na triagem, a alocação de um EE EMC na SE e toda a VV ter decorrido como preconizado.

A situação menos correta de toda a situação foi relativa ao transporte intra-hospitalar: o mesmo foi realizado por um Enfermeiro Perito (EP) e, na minha opinião, esse transporte deveria ter sido realizado por um EEEMCPSC.

### **4º Etapa: Análise**

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial (Ahmadi & Lanphear, 2022; WHO, 2020), assim como na Europa e em Portugal (Miranda et al., 2020; Timóteo & Mimoso, 2018), apesar dos avanços na área.

Após a sua admissão, o Enfermeiro que se encontrava destinado à Triagem foi perspicaz e, perante os sintomas do utente, ativou a VVC. Espera-se do Enfermeiro a capacidade de identificar precocemente sinais e sintomas e a implementação de medidas adequadas que permitam a manutenção da vida, com base numa prática segura e de qualidade (Vahdatpour et al., 2019), visto que o tempo até à reperfusão miocárdica é crucial no prognóstico dos doentes admitidos neste quadro (Miranda et al., 2020). No Regulamento n.º 743/2019 da OE, (2019) recomenda-se que o posto de triagem seja assegurado, preferencialmente, por EEEMCEPSC.

O Grupo Português de Triagem (GPT), refere que as VV implicam a feitura sistematizada e célere de exames complementares de diagnóstico (GPT, 2011) e o Enfermeiro na triagem, ao pedir o ECG 12 derivações, cumpriu com o Procedimento de Trabalho (PT) PT-URG-003 do [REDACTED] (2022). O utente seguiu o circuito bem definido.

Os Enfermeiros são os profissionais na primeira linha de contacto com estes utentes, uma vez que os recebem nos SU, os triam, que identificam os sinais/sintomas de alerta e que ativam VVC. É preponderante que se possa contar com a competência do EE EMC para um julgamento clínico que permita identificar as situações que impliquem uma tomada de decisão consistente (Niza, 2018). Desta forma, considero que seja de realçar o papel do EE na prestação de cuidados à PSC, pois é determinante na qualidade dos cuidados prestados, melhorando exponencialmente os resultados obtidos (Silva, 2020).

Teixeira & Vieira, (2020) referem que uma atuação rápida e eficaz dos Enfermeiros os torna-os os principais responsáveis pelo sucesso do tratamento, uma vez que o tempo decorrido desde a chegada ao hospital até ao tratamento adequado irá ser encurtado.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 encontra-se descrito como competência específica para o EEEMCEPSC que este cuida da pessoa (...) a vivenciar processos médicos (...) complexos, decorrentes de doença aguda, (...) como é o caso descrito. Deste forma, os cuidados diretos ao utente na SE foram prestados por um EE EMC, tal como se encontra descrito no Regulamento n.º 743/2019 da OE, (2019).

Refletindo sobre toda a situação anterior à admissão, o utente quando desenvolveu os sintomas deveria ter ligado 112, podendo ter sido detetado o seu problema de saúde mais precocemente, instituída terapêutica e orientado o transporte para a unidade hospitalar mais especializada e adequada (INEM, 2023; SNS, 2017; Horta, 2018) aumentando desta forma a probabilidade de sucesso (INEM, 2023). Segundo o estudo de Miranda et al. (2020), verificou-se que mais de 1/3 da população continua a recorrer ao hospital pelos seus próprios meios. Assim, também reconheço o importante papel do EE EMC como dinamizador de cuidados e instrutor da população para saúde.

O exercício das nossas competências baseadas na evidência científica mais atual, e na aplicação de programas como é o caso da VVC, são fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados, e assim promover ganhos em saúde (DGS, 2017).

Analisando a base de dados da SE do SU da ULS Lezíria, concluiu-se que a VVC tinha sido ativada predominantemente através de queixas de dor torácica, corroborando com o estudo de Lima et al., (2021).

## **5º Etapa: Conclusão**

O tratamento precoce é determinante para o sucesso uma vez que, cerca de 50% das mortes, são registadas nas primeiras 3–4 horas após o início dos sintomas (Camacho et al., 2023). O EE EMC é aquele que detém as competências adequadas para dar resposta às necessidades destes cuidados (OE, 2018). Considero de extrema importância o desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem,

essenciais para a redução de tempos e assim, inegavelmente, a melhoria dos resultados nesta situação específica em que todos os segundos são válidos, indo ao encontro do que defende a evidência científica que aponta para uma melhoria dos ganhos em saúde quando os utentes com enfarte são cuidados por EE EMC (Kwok et al., 2020).

Para a melhoria da qualidade dos cuidados torna-se muito importante estar instituída e bem organizada a VVC, como sucede no [REDACTED] através do PT VVC (2022). O MS, através do Despacho n.º 10319/2014, no seu Artigo 19º refere que é objetivo assegurar o bom funcionamento das VV existentes, como acontece no [REDACTED]

A Enfermagem assume um papel preponderante na educação e promoção da saúde e na prevenção da doença, assim como na literacia em saúde (Ermida, 2018). Miranda et al., (2020) reforça a importância de campanhas de consciencialização junto das populações. Também a Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) recomenda medidas educacionais sustentadas (OE, 2022). Considero que o EE com a sua capacidade de pensamento crítico e espírito reflexivo, pertence ao grupo dos profissionais mais competentes para o fazer.

O cuidar da PSC no contexto de uma evolução constante da saúde e da sociedade implica práticas baseadas na melhor evidência científica e uma formação contínua por parte do EE, correspondendo assim às exigências impostas e promovendo o processo de empoderamento da Enfermagem (Pinto, 2022).

Considero muito importante o *debriefing* que tive oportunidade de incentivar junto da equipa no final deste caso bem sucedido porque, como refere Mullan et al., (2014) os *debriefings* não devem incidir apenas em situações com conotação negativa ou que tiveram um desfecho indesejável, mas também em situações com desfecho positivo e com desempenho adequado dos profissionais.

Recorrendo ao Parecer n.º 14/2018 da OE, (2018) encontramos descrito que o EE EMC é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades de cuidados em contextos de prática clínica de SE/Reanimação. No Parecer n.º 09/2017 da OE, (2017), relativamente ao transporte inter-hospitalar, a informação de que o nível de cuidados durante o transporte nunca deve ser inferior ao do serviço de origem. Aqui eu poderia ter feito algo mais: este transporte nunca deveria ter sido feito por um EP! O transporte da PSC não é isento de riscos e, por vezes, este até pode ser um fator precipitante de instabilidade. Com a possibilidade de agravamento do estado clínico e, eventualmente, surgirem complicações, o Enfermeiro no transporte da PSC devem de conseguir antecipá-las, pelo que deve ser efetivado por um EEEMCEPSC (Parecer n.º 07/2020 da OE, 2020). Este espírito crítico e reflexivo, com

a capacidade de ver o doente como um todo e antecipando possíveis complicações, é o que distingue o EE do EP. Também a Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) definiram recomendações para o Transporte de Doentes Críticos (TDC) quanto à decisão, ao planeamento e a efetivação nos diversos tipos de transporte. Relativamente ao transporte secundário efetuado, referem que o mesmo deve ser efetuado por um médico e um EEEMCEPSC (OM & SPCI, 2023). É evidente a importância do EEEMCEPSC nestas situações, uma vez que são os cuidados especializados e holísticos que irão beneficiar a PSC, com intervenções seguras, de qualidade, fundamentadas na mais recente evidência científica (Horta, 2018; Silva, 2020).

### **6º Etapa: Plano de ação**

Esta situação colocou-me a refletir bastante e, apesar de ser noutra local de atuação, considero-a muito importante e serei impulsionadora da mudança. Reunirei esforços para que seja implementada a VVC no serviço onde exerço, dando enfoque ao que se encontra preconizado a nível nacional desde 2007 e ao descrito no Despacho n.º 10319/2014, no seu Artigo 13º: “A implementação das VV deve ser continuada e intensificada.” (2014, p. 20675). A busca incessante pela qualidade dos cuidados leva-me a querer continuar a investigação na VVC e no modo como poderei incentivar a sua implementação. Que este seja o início de uma grande reflexão que irei promover junto da minha equipa e que trará grandes benefícios à PSC, que depende de nós.

A atuação prática do EEEMCEPSC na SE foram de excelência portanto, nesta perspetiva, se a mesma situação voltar a acontecer, espero contar com a mesma qualidade de cuidados que eu e os colegas conseguimos prestar ao doente na SE: enaltece muito a Profissão. Quanto ao transporte intra-hospitalar não concordo que o mesmo seja feito por um Enfermeiro Perito e irei ser promotora da reflexão na equipa relativamente à extrema importância do mesmo ser realizado por um EEEMCEPSC pois, segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados, também cabe ao EE a responsabilização pela evacuação e transporte da pessoa em segurança (OE, 2017).

Também irei manter o incentivo aos *debriefings*, pois considero-os uma mais valia para o pensamento reflexivo, melhoria dos cuidados, empoderamento da equipa e úteis para a partilha de informação, assim como de sentimentos/emoções. Assim, como EEEMCEPSC, poderei também ser agente de mudança de práticas, baseando-as na evidência científica mais atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, M. & Lanphear, B. (2022). The impact of clinical and population strategies on coronary heart disease mortality: na assessment of Rose's big idea. *BMC Public Health*, 22(14). <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-12421-0>
- Camacho, S., Fernandes Abreu, L. P., do Vale, S., & Pestana, C. (2023). Ativação Da Via Verde Coronária Na Região Autónoma Da Madeira: Estudo De Coorte. *JIM — Jornal De Investigação Médica*, 4(1), 73–82. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.751>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º153/2014. páginas 20673-20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. DGS. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Ermida, F. C. N. R. (2018). Via Verde Coronária no Coração de Portugal [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/8400>
- Grupo Português de Triagem (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Horta, V. S. (2018). *Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST - Números do Centro Hospitalar Cova da Beira* [Dissertação Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8541>
- ██████████ Procedimento de Trabalho: ██████████ - Via Verde Coronária.  
Grupo de Trabalho Via Verde Coronária. ██████████
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023). INEM encaminhou 1.556 casos de enfarte para os hospitais em 2022, mais 73% face a 2021. Observador. <https://observador.pt/2023/02/13/inem-encaminhou-1-556-casos-de-enfarte-para-os-hospitais-em-2022-mais-73-face-a-2021>
- Kwok, C. S., Naneishvili, T., Curry, S., Aston, C., Beeston, M., Chell, S., crippls, J., Gunter, B., Jackson, D., Thomas, D., Jones, A., Bethell, H., Sandhu, K., Morgan-Smith, D., & Beynon, R. (2020). Description and development of a nurse-led cardiac assessment team. *Future Healthcare Journal*, 7(1), 78–83. <https://doi.org/10.7861/fhj.2018-0078>
- Lima, J. C. F., Aguiar J. P., Paixão-Ferreira, M., Calixto, R., Cesário, V., Costa, F. A. & Vaz, J. (2021) Protocolo de Atuação Rápida da Dor Torácica Aguda: Experiência Obtida num Hospital do Alentejo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 28(3), 224-229. <https://doi.org/10.24950/O/235/20/3/2021>
- Miranda, H., Sousa, C., Santos, H., Almeida, I., Chin, J., Almeida, S. & Tavares, J. (2020). Qual o verdadeiro impacto da intervenção coronária percutânea on-site? Análise de score de propensão de doentes admitidos por síndrome coronária aguda. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2021(40), 169-188. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.06.019>
- Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). *Educational Opportunities With Postevent Debriefing*. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.
- Niza, F. (2018). Intervenção especializada do enfermeiro à pessoa com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST: todos os minutos contam [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/25325>
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Parecer n.º 09/2017 – Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer\\_09\\_2017\\_mceemc\\_transportepessoasituacritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). *Parecer n.º 14/2018 – Alocação Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na*

*Sala De Reanimação – Posto De Trabalho Nos Serviços De Urgência / Emergência.*  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14\\_2018\\_rectificado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2020). *Parecer n.º 07/2020 - Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA-07\\_ce\\_27022020\\_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA-07_ce_27022020_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos Recomendações 2023.* [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI\\_OM-III-2023.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Pinto, A. C. P. (2022). *Perceção dos Enfermeiros Especialistas dm Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43811>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Silva, M. A. (2016). *Enfermagem de família: Contextos e processos em cuidados de saúde primários* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf>
- Silva, M. (2020). *O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31612/1/Mafalda%20Sofia%20Tavares%20Silva\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31612/1/Mafalda%20Sofia%20Tavares%20Silva_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Sistema Nacional da Saúde (SNS), (2017, fevereiro 15). Via Verde Coronária. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/02/15/via-verde-coronaria/>
- Soares, A. I. M. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas – Contributos para a Qualidade* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/18940>
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 20–24). Lidel. [https://www.researchgate.net/publication/348555848\\_O\\_Perfil\\_do\\_Enfermeiro\\_n\\_uma\\_Unidade\\_de\\_Cuidados\\_Intensivos](https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_n_uma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos)
- Timóteo, A. T. & Mimoso, J. (2018). Assessment of quality performance measures in patients with acute coronary syndromes: Data from the Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes (ProACS), a nationwide registry. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 30(2), 439-446. <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12881>
- Vahdatpour, C., Collins, D., & Golsberg, S. (2019). Cardiogenic shock. *Journal of the American Heart Association*, 8(8), 1–12. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011991>
- Ventura-Silva, J., Martins M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- World Health Organization (WHO), (2020). World health statistics 2020: monitoring health for SDGs, sustainable development goals. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

## APÊNDICE II – NOTÍCIAS DIFÍCEIS DE COMUNICAR NO PRÉ-HOSPITALAR

# NOTÍCIAS DIFÍCEIS DE COMUNICAR NO PRÉ HOSPITALAR

## Autor

Joana dos Santos Pina Luís Marques, Mestranda n.º 5220174 da 1º turma do 1º curso do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, a desenvolver Estágio

## Introdução

A comunicação de notícias difíceis é sempre um procedimento custoso para os profissionais, tornando-se ainda mais significativa quando essas mesmas informações têm de ser transmitidas no pré-hospitalar, no local da ocorrência, e sem preparação prévia dos intervenientes. Com vista a minimizar este impacto, torna-se importante que o profissional consiga desenvolver competências nesta área. Considero um tema muito relevante porque a comunicação é uma característica essencial à Enfermagem e uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”<sup>(1)</sup>.

## Relato do Caso Clínico

Equipa de Suporte Imediato de Vida (SIV) ativada para vítima do sexo masculino, de 63 anos, com dor torácica com mais de 24h de evolução. No local a equipa realizou Eletrocardiograma (ECG), sendo detetada a presença de supra desnivelamento do segmento de ST em 3 derivações. Foi realizado contacto com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) tendo sido considerado um Enfarte Agudo do Miocárdio Com Supra desnivelamento do segmento de ST (EAMCSST), pelo que foi ativada a Via Verde Coronária para transporte a uma unidade hospitalar com hemodinâmica. Imediatamente antes de iniciarem o

transporte, a vítima teve uma síncope com recuperação momentânea durante 1 minuto e posterior Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Iniciadas manobras de SIV e ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

À chegada da equipa da VMER, a equipa SIV estava em manobras há 49 minutos. Monitor desfibrilhador em modo de DAE, em que inicialmente teve 3 choques recomendados, seguindo-se sempre choques não recomendados. Administradas no total 12 adrenalinas 1mg EV. Apresentava midríase fixa, cianose periférica. Sem pulsos centrais e periféricos. Confirmada assistolia após análise de ritmo com o monitor desfibrilhador da equipa da VMER. Suspensas manobras por indicação médica. Verificado o óbito. A situação decorreu na sala de estar do domicílio da vítima, na presença da esposa e do filho. No final, prestado apoio emocional à família que presenciaram o acontecimento e todas as intervenções. Foi ainda ativado o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC).

## **Discussão**

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCEPSC) cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica<sup>(1)</sup> mas por vezes, por mais qualificados que sejam os cuidados prestados, a morte é inevitável. Além de cuidar da pessoa em situação crítica, o Enfermeiro também cuida da família. O EEEMCEPSC assiste a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença <sup>(1)</sup>, e, neste contexto, deve demonstrar conhecimentos na gestão das ansiedades e medos vividos por estes, mas também conhecimentos e habilidades que facilitem o processo de luto e a dignificação da morte.

Assim, a essência da Enfermagem é o cuidado que depende da competência técnica, mas sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação<sup>(2)</sup>. A comunicação encontra-se presente em todas as atividades do enfermeiro, sendo uma componente vital e necessária para um cuidado humanizado<sup>(3)</sup>. Uma área da comunicação imposta na prática diária dos enfermeiros é a comunicação de notícias difíceis, sendo esta uma das vertentes mais custosas e complexas de desenvolver na relação interpessoal.

Esta comunicação é caracterizada como qualquer informação dispensada ao cuidador/família com teor desagradável, relacionada com o doente, e que envolva uma mudança drástica numa perspetiva futura<sup>(4-5)</sup>. Transmitir e gerir notícias desagradáveis é um desafio para os enfermeiros e causa-lhes frequentemente desconforto, assim como às famílias recetoras dessas informações<sup>(5)</sup>. As emoções resultantes de um acontecimento traumático interferem com a clareza de pensamentos e com a memória<sup>(6)</sup>. Por isso, pessoas que estejam emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara o que dificulta a interação e a comunicação. Estas notícias estão usualmente relacionadas com situações de doença grave, condições oncológicas ou morte, e são das intervenções mais complexas para o enfermeiro, perturbando os recetores destas, mas também quem as comunica<sup>(7)</sup>. A falta de vínculo para a comunicação, bem como a falta de conhecimento prévio da situação do doente/família são particularidades que também tornam a comunicação destas notícias nestes contextos uma tarefa ainda mais complicada e difícil. Quando se fala de contextos de reanimação, a situação agrava-se e lidar com os familiares nesta situação não é fácil<sup>(8)</sup>, pois este é um momento que os familiares nunca esquecem.

Um acontecimento de início súbito e inesperado provoca habitualmente um luto intenso e muito doloroso, assim como prolongado, devido à notícia que surge sem existir preparação prévia, levando ao choque e negação. Muitas vezes surge a incredulidade devido às situações impossíveis de prever, é comum os Enfermeiros serem confrontados com doenças/mortes súbitas, em que as famílias se deparam com notícias não esperadas, tornando a comunicação ainda mais difícil, assim como a preparação da família<sup>(7)</sup>.

Os enfermeiros têm uma intervenção muito importante nesta área sendo imprescindível o investimento no desenvolvimento das competências comunicacionais e relacionais<sup>(9)</sup>.

Para melhorar as habilidades na comunicação destas notícias também a experiência trará muitos benefícios, pois apesar de cada caso ser único, é possível desenvolver competências nesta área aplicando técnicas de reflexão e crítica por parte do Enfermeiro e assim evitar erros passados<sup>(10)</sup>.

A comunicação de notícias difíceis é realizada de forma verbal mas não se pode descurar a comunicação não-verbal. A forma como esta é transmitida pode

deixar marcas nas pessoas que as recebem, podendo ser positivas ou negativas<sup>(4)</sup>. A comunicação deve ser clara, inequívoca, honesta e de fácil interpretação, com questões que permitem compreender melhor o envolvimento e sentimento da família/cuidadores, e entender como os mesmos vivenciam o processo<sup>(11)</sup>. Numa situação de paragem cardiorrespiratória, uma abordagem correta dos familiares da vítima logo desde o início, pode ajudar a lidar com o luto<sup>(8)</sup>.

Também Sá e Velez defendem a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais com os familiares da Pessoa em Situação Crítica<sup>(12)</sup>, dando sempre especial atenção à postura porque os gestos, palavras e atenção dos Enfermeiros ficam permanentemente na memória dos familiares<sup>(13)</sup>. Quando se trata de uma situação de reanimação é um momento que os familiares nunca esquecem e, se a abordagem não for correta, deixará marcas permanentes<sup>(8)</sup>.

Não existem formas corretas ou erradas de comunicar estas notícias, sendo que as melhores ferramentas que o enfermeiro pode usar é a experiência, bagagem cultural e estrutura humana, tendo por base a verdade, honestidade, autenticidade e confiança, sendo estas um agente terapêutico que torna a pessoa livre e autónoma<sup>(7)</sup>. Num caso como o descrito, torna-se ainda particularmente mais difícil por ser uma situação súbita e inesperada<sup>(8)</sup>.

Contudo, de forma a auxiliar nesta tarefa difícil foram realizados vários estudos, nomeadamente por Buckman, em 1994, elaborou um protocolo sequencial denominando-o de protocolo de más notícias, e que mais tarde foi reportado pelo acrónimo SPIKES<sup>(14)</sup>. Este foi criado de forma a potenciar o diálogo durante a comunicação, fortalecendo a relação terapêutica e facilitar a tomada de decisão. Este protocolo é constituído por 6 etapas: S (Setting up the interview) - Planear a comunicação, num local privado e confortável; P (Perception) – Perceber o que o doente/familiar sabe e comunicar adequadamente ao grau de compreensão; I (Invitation) - convidar doente/família para expor as suas dúvidas; K (Knowledge) - informar de forma clara e delicada, e evitar excesso de informação; E (Emotions) - abordar as emoções com respostas empáticas e valorizar as mesmas; S (Strategy and Summary) – delinear próximos passos e resumir<sup>(7)</sup>.

Esta é a mais conhecida e utilizada abordagem para comunicar notícias difíceis, em diferentes áreas da saúde, sendo também a mais citada na literatura<sup>(15-16)</sup>.

Segundo o estudo de Santos et al., os profissionais consideraram que a utilização deste protocolo é uma mais-valia na redução dos níveis de stress quando têm que comunicar uma má notícia<sup>(16)</sup>.

Em outro estudo encontramos que os profissionais de saúde que atuam no pré-hospitalar sentem-se pouco preparados e extremamente desconfortáveis diante da comunicação de notícias difíceis de transmitir<sup>(5)</sup>. A preocupação com questões emocionais no contexto pré-hospitalar, ao contrário do contexto intra-hospitalar, é mais difícil de ser estabelecida porque há menor vínculo com a vítima e a família.

Diversos autores mencionam o apoio emocional, enquanto intervenção terapêutica de enfermagem, na comunicação com a família da Pessoa em Situação Crítica<sup>(17-21)</sup>.

Nos artigos analisados por Sá e Henriques<sup>(22)</sup> deparou-se com a importância de ter uma atitude empática perante a família em sofrimento<sup>(20, 23-24)</sup>, de ter uma postura diferenciadora salientada pela genuinidade e sinceridade<sup>(25)</sup>, não escondendo emoções nem a verdadeira situação à família.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) também dá enfoque a esta temática e, no seu manual de suporte avançado de vida, dedica um capítulo exclusivo para o apoio aos familiares da vítima de PCR<sup>(8)</sup>. Nesta situação os mesmos referem que se torna útil explicar pormenores do processo de reanimação e circunstâncias da morte, se for caso disso, e para isso é sempre preferível que o contacto com os familiares seja feito por alguém que esteve envolvido na reanimação, permitindo assim a possibilidade de responder a perguntas que frequentemente se relacionam com pormenores do acontecimento terminal<sup>(8)</sup>.

Durante todo o processo, essencialmente durante uma reanimação como foi o caso clínico descrito, os familiares devem ser informados da evolução da situação de uma forma obvia e clara, evitando termos vagos como “a situação está má”, “está muito doente” ou “é uma situação crítica”<sup>(8)</sup>. Por outro lado, a mesma fonte, refere que também não se deve usar terminologia médica por vezes incompreensível pela família. “A experiência mostra que, perante factos

concretos e uma explicação adequada, a maioria das pessoas lida relativamente bem com as más notícias”<sup>(8)</sup>.

A família permaneceu sempre na sala junto do familiar e da equipa que se encontrava em manobras e, segundo o INEM<sup>(8)</sup> refere que há alguns estudos que sugerem que a família estar presente durante a reanimação pode ser benéfico.

Não existindo regras específicas nem uma forma padronizada para a transmissão de um falecimento de um familiar, o INEM enumerou algumas orientações que auxiliam neste processo<sup>(8)</sup>:

- Preparar-se previamente ao contacto com o familiar, física e emocionalmente, pensando no que vai dizer e como, dando especial atenção à aparência (certificando-se que a farda não tem vestígios de sangue, por exemplo);
- Apresentar-se e certificar-se que está a falar com os familiares da vítima, sabendo especificamente com quem e certificando-se que a pessoa mais próxima está presente;
- Tentar saber o que a família já conhece da situação e partir dessa base;
- Sentar-se ou colocar-se ao mesmo nível dos interlocutores, mostrando disponibilidade para ouvir e informar, mas idealmente estarem todos sentados;
- A postura é importante: devemos utilizar um tom de voz baixo e uma atitude corporal adequados ao que estamos a dizer;
- Não se deve evitar o contacto com o olhar ou até mesmo o contacto físico. Por exemplo, segurar uma mão ou o ombro pode muitas vezes ser apropriado;
- É importante usar uma linguagem adequada, com palavras simples em vez de terminologia médica e ir direto ao assunto de forma empática e honesta, pois as pessoas querem saber de imediato o que se passa com o seu familiar, nomeadamente se está vivo ou morto;
- Também deve ser explicada de forma clara a causa da morte, sempre que esta for conhecida;

- Não se deve usar frases vagas: se a pessoa morreu utilize as palavras “morte”, “morto” ou “morta” e certificando-se de que foram ouvidas. Todas as informações que forem vagas podem ser uma esperança para os familiares;
- Utilizar sempre o nome da vítima e não “cadáver” ou “morto”;
- É sempre tranquilizante saber que o ente querido não teve sofrimento adicional no momento da morte, portanto este deve de ser um tema abordado diretamente, mesmo quando não é colocada a questão:
- Ao ser questionado deve-se responder às perguntas de forma clara e sem escapatórias. Não temos de saber a resposta a todas as questões médicas ou filosóficas que sejam colocadas, e não devemos ter receio de dizer que não sabemos a resposta;
- Deve-se evitar que, no final, persistam dúvidas que possam levar a um sentimento de culpa futuro;
- Explicar o percurso inexorável de algumas situações pode ajudar;
- Tem de se preparar para a reação emocional dos familiares com quem estamos a lidar, não receando o silêncio;
- Se for desejo da família, levar a ver a vítima. As pessoas precisam de tempo, ou mesmo de ver o corpo, para interiorizarem a situação, principalmente um falecimento;
- Em casos mais particulares poderá surgir reações intensas, como choque emocional, raiva, culpa, negação, desequilíbrio emocional agudo ou estado dissociativo, e torna-se relevante estar preparado para tal e para respeitar formas de expressão específicas de grupos culturais ou sociais:
- Permitir e encorajar a reação manifestada (chorar, estar sozinho, gritar etc.).

Para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Foco é uma área de atenção que seja relevante para a Enfermagem<sup>(26)</sup>. Dentro de todos os focos existentes em CIPE, o estudo caso descrito engloba-se em vários. Para este estudo caso selecionei como principais focos “Processo de Luto” (código 10012261) e o “Apoio Emocional” (código 10027022)<sup>(26)</sup>.

Como diagnósticos de Enfermagem formulei “Risco de luto disfuncional” (código 10021735) e “Problema emocional” (10029839)<sup>(26)</sup>.

Tendo em conta estes focos e estes diagnósticos surge como intervenções: “Apoiar processo de luto” (código 10026489), “Ensinar sobre processo de morrer” (código 10026502), “Providenciar apoio emocional” (código 10027051) e “Referenciar para serviço de apoio de saúde” (código 10044554)<sup>(26)</sup>.

Refletindo, e apoiando-me na CIPE<sup>(26)</sup> o luto é experienciado pela família após a perda de um ente querido, manifestando-se em sofrimento e poderá ser acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares. Pelo descrito nesta definição, torna-se muito relevante as intervenções descritas anteriormente, sendo o profissional de saúde um dos principais apoiantes deste processo de luto. Decompondo as intervenções descritas em linguagem CIPE, e especificando a minha atuação, apoiei a família a compreender melhor a situação: tudo o que se tinha passado no cenário desde a nossa chegada, expliquei a ligação entre os sintomas sentidos e descritos pelo familiar e o diagnóstico que tinha sido comprovado minutos antes da PCR e desta forma ensinando sobre o processo de morrer que tinha acabado de acontecer, assim como todos os esforços que tinham sido realizados pelo seu ente querido. Este momento foi realizado com todos os elementos sentados, com um tom de voz baixo e tranquilo, com linguagem clara, provendo o toque e dando espaço para a verbalização de sentimentos. Considero que desta forma a equipa conseguiu ajudar a ultrapassar melhor todo este processo tão doloroso.

Sendo o INEM uma grande equipa multiprofissional contando com o apoio de vários profissionais, e havendo equipas específicas para estas questões, foi decidido em equipa que era importante ativar o CAPIC por toda a conjuntura familiar e para fornecer apoio psicológico. Foi realizado contacto através do CODU, partilhado com os profissionais a informação e o contacto da família, e esta foi posteriormente contactada pelos mesmos, de forma a avaliar toda a situação e as necessidades sentidas.

Como descrito anteriormente, e refletindo sobre todas estas intervenções, estas encontram-se incluídas nas Competências Específicas do EEEMCEPSC, mais especificamente no descritor relacionado com a assistência à família nas

alterações emocionais consequentes da situação crítica e a gestão da comunicação interpessoal com a família, fundamentando a relação terapêutica com estes<sup>(1)</sup>.

Numa perspetiva de Enfermagem Avançada podemos basear a prática na Teoria das Transições da Meleis. Segundo a mesma, a principal missão da Enfermagem é ajudar os seus clientes a gerir as transições, ao longo do seu ciclo vital<sup>(27)</sup>. Numa situação como a descrita, em que houve uma enorme transição nesta família, torna-se essencial dotar as pessoas de conhecimentos de forma a alterar os seus comportamentos no sentido de que a mudança, quer ao nível do estado de saúde, quer ao nível das expectativas ou quer ao nível das relações, ocorra da melhor forma. Este tipo de suporte é normalmente fornecido por Enfermeiros que recorrem a intervenções para promover a melhor adaptação à transição<sup>(27)</sup>.

### **Referências Bibliográficas**

1. Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 135/2018 [internet]. 2018 Jul 16; 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
2. Pott F, Stahlhoefer T, Felix J, Meier, M. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev Bras. Enferm [Internet]. 2013 Abril; 66(2): 174–179. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000200004>
3. Brito F, Costa I, Costa S, Andrade C, Santos K, Francisco D. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem Communication. Escola Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2014; 18(2):317–322. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140046>
4. Fontes C, Menezes D, Borgato M. Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 Set-Out; 20(5):eRW6632. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>

5. Cintra D, Dias P, Cunha M. Comunicação De Más Notícias Em Emergências Pediátricas: Experiências Dos Profissionais No Contexto Pré-Hospitalar. Revista Baiana De Enfermagem [Internet]. 2022 Fev 16; <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44267>
6. Goleman D. Inteligência emocional. (M. D. Correia, Trad.) Maia Círculo de Leitores. 2016
7. Coimbra N. Enfermagem de urgência e emergência. 1ª edição. Portugal: Lidel; 2021.
8. Instituto Nacional Emergência Médica (INEM). Manual de suporte avançado de vida [Internet]. 2a Edição. Instituto Nacional de Emergência Médica; 2020. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-SuporteAvancado-de-Vida-2020.pdf>
9. Ferreira M, Alves P. Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família [Internet]. 2019 Jun 15; 38. <https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
10. Ribeiro R. A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro [Tese de mestrado na internet]. Portugal: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2013. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2-ROTEN-rakel-tese.pdf>
11. Pinho J. Enfermagem em Cuidados Intensivos. 1º Edição. Portugal: LIDEL; 2020
12. Sá F, Velez M. O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. Revista de Enfermagem Referencia [Internet]. 2021 Jan 12; 5(8): 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>
13. Marlene R, Ramos V, Patrícia S, Coelho F, Celeste M, Ferreira S, Pedro J, Oliveira PC. Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. Cadernos de Saúde [Internet]. 2018 Jun 1; 8(10): 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

14. Baile W, Buckmam R, Lenzi R. SPIKES- a six step - protocol for delivering bad news. *The Oncologist*. [Internet]. 2020; 5(4): 302-311. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998/> DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
15. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. [Internet]. 2018 Set; 93(9): 1400–1412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29877913/> DOI:10.1097/ACM.0000000000002308
16. Santos K, Gremigni P, Casu G, Zaia V, Montagna E. Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. *BMC medical education* [Internet]. 2021 Abr 7; 21(1): 196. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02636-5> DOI:10.1186/s12909-021-02636-5
17. Almaze, J, Beer J. Patient and family centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care* [Internet]. 2017 Jan 24; 33(2): 59-65. <http://doi.org/10.7196/317>
18. Barndt S. Death in Trauma: The Role of the ACNP in Patient Advocacy and Familial Support in End-of-Life Care Decision-Making. *Journal of Trauma Nursing* [Internet]. 2018 Mai-Jun; 25(3): 171-176. <http://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000363>
19. Briggs D. Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing Standard* [Internet]. 2017; 32(2): 41-48. <http://doi.org/10.7748/ns.2017.e10812>
20. Caswell G, Pollock K, Harwood R, Porock D. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2015 Aug 1; 14(35). <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>
21. Ganz F, Yihye G, Beckman N. Family-centered communication and acute stress in Israeli intensive care units. *American Journal of Critical Care* [Internet]. 2019 Jul 1; 28(4): 274-80. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019562>

22. Sá F, Henriques H. Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2021 Dez 31; (26): 109-123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
23. Kalocsai C, Amaral A, Piquette D, Walter G, Dev SP, Taylor P, Downar J, Conn LG. "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2018 Jul 9; 18(1): 533. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>
24. Pecanac K, King B. Nurse-family communication during and after family meetings in the intensive care unit. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. 2019 Jan 30; 51(2): 129-137. <http://doi.org/10.1111/jnu.12459>
25. Hoffmann E, Olsen P. Like an ace up the sleeve: an interview study of nurses' experiences of the contact with relatives in a somatic emergency ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2018 Fev 28; 32(3): 1207–1214. <https://doi.org/10.1111/scs.12566>
26. Conselho Internacional de Enfermeiros CIPE® - Português. Ordem dos Enfermeiros. 2018. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
27. Meleis A, Sawyer L, IM E, Messias D, Shumacher K. Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 2000 Set 23; 23(1): 12-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/> DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006

APÊNDICE III – TRABALHO COM TERMINOLOGIA SUPOSTADA NA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM®  
REALIZADO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**DOCUMENTO PARA TRABALHO COM TERMINOLOGIA SUPOSTADA NA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM®**

**Mestranda:** Joana dos Santos Pina Luís Marques, n.º 5220174

**Ensino Clínico:** II – Serviço de Medicina Intensiva

**Local:** [REDACTED]

**Data:** 17/07/2024

**Professor Responsável:** Professor Doutor Hugo Duarte

**1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento N.º 429/2018 (máximo 500 palavras):**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), uma Pessoa em Situação Crítica (PSC) é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Este Ensino Clínico (EC) decorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI), onde todos os doentes internados são PSC. Melo et al., (2014) referem que estes serviços surgiram para dar resposta a estes doentes, pois necessitam de cuidados altamente complexos, além de um

controlo rigoroso. Assim, pude comprovar a especificidade dos cuidados prestados a estes doentes, que na sua maioria se encontram num processo de grande instabilidade hemodinâmica, analítica e de falência multiorgânica, levando à necessidade de muitos destes doentes estarem sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

No Regulamento n.º 429/2018, (2018, p. 19362) encontramos que os cuidados de Enfermagem à PSC (EPSC) são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Considero que seja fundamental que o Enfermeiro, e especialmente o Enfermeiro Especialista (EE) em EPSC, possua conhecimentos e desenvolva competências a nível da VMI, no sentido de prevenir complicações associadas. Pazos et al., (2020) validam essa informação, afirmando que o Enfermeiro num SMI deve possuir conhecimentos especializados no manuseio do ventilador e habilidades científicas e técnicas para prestar cuidados específicos ao doente com VMI.

A VMI é um suporte ventilatório utilizado em doentes críticos para tratamento da insuficiência respiratória aguda causada por diversos fatores (Almeida et al., 2021). É um método invasivo que consiste na introdução de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia na via aérea para auxiliar na respiração artificial (Sousa et al., 2021). É um recurso terapêutico muito utilizado nos cuidados à PSC, no entanto, estão associadas algumas complicações como o barotrauma, pneumotórax hipertensivo, auto-peep, pneumonia associada ao ventilador, ansiedade, entre outras (Miguel & Mendes, 2020).

A qualidade dos cuidados prestados tem um impacto muito significativo no sucesso da recuperação destes utentes (Bayram & Şanci, 2019). O Enfermeiro necessita de identificar os problemas e priorizá-los, prescrever e realizar intervenções de Enfermagem com vista à sua resolução ou minimização e antecipar potenciais problemas. A tomada de decisão e a realização dessas intervenções devem ser assentes nos melhores e mais atuais resultados da investigação, fazendo com que os cuidados de Enfermagem englobem as dimensões científica, técnica e humana. (Malacas et al., 2024). Assim, considero que o EE em EPSC é o elemento mais diferenciado para prestar estes cuidados, pelo seu espírito crítico característico. Este é a razão pela qual estes cuidados constituíram para mim uma motivação

adicional porque, apesar de trabalhar num Serviço de Urgência, é raro lidar com doentes submetidos a VMI.

No Regulamento n.º 743/2019, (2019), quanto à constituição das equipas de SMI, recomenda-se que 50% sejam EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da EPSC.

**2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras):**

Segundo a OE, (2011), o foco consiste na “Área de atenção relevante para a enfermagem” (p.35). Relativamente à VMI existem muitos focos possíveis de levantar, mas irei-me focar em dois que me fizeram desenvolver mais competências específicas durante este EC, exigindo de mim um maior aprofundamento de conhecimentos científicos e técnicos, com vista à prevenção de complicações. Assim, identifiquei 2 focos relacionados com os cuidados à PSC com VMI, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2, promovida pela Internacional Council of Nurses (ICN).

**Foco – Ventilação – código: 10020704 (p. 79)**

Descrição “Processo do sistema-respiratório: Deslocar o ar de dentro para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados, profundidade inspiratória e força expiratória”

**Foco – Infecção – código: 10010104 (p. 59)**

Descrição: “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo”

**3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras):**

Foco – Ventilação

- **Diagnóstico – Ventilação Comprometida**

Foco – Infecção

- **Diagnóstico – Potencial de Risco de Infecção**

A pneumonia associada à ventilação mecânica é considerada a infecção mais frequente num SMI, desenvolvendo-se principalmente entre as 48 e as 72 horas após a entubação endotraqueal (Costa & Madureira, 2020).

As infeções associadas aos cuidados de saúde são consideradas um problema a nível mundial, pois aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam o tempo de internamento dos doentes e aumentam os custos de saúde (DGS, 2017). Neste aspeto o EE EPSC tem um papel fulcral, colocando em prática a sua especificidade de conhecimentos e espírito crítico quanto à maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Como grande apoio de informação, a Direção Geral da Saúde, emitiu a Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022, denominada “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Refletindo sobre a Norma percebemos que o papel do EE nesta implementação não se fica apenas na prestação direta de cuidados: “devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos trimestralmente, no âmbito da implementação da presente Norma” (DGS, 2022, p. 3). Costa & Madureira (2020) referem que existem diversas guidelines bem documentadas para a prevenção da pneumonia associada a ventilação, no entanto, estas continuam a não ser corretamente implementadas. Pelo seu grau diferenciado, o EE, com vista à melhoria dos cuidados, deve atuar também nestas auditorias garantindo a aplicação das mesmas de forma correta.

#### **4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras):**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, as intervenções de enfermagem consistem em ações de resposta a um diagnóstico de enfermagem definido com o objetivo de produzir um resultado de enfermagem (OE, 2011).

Através de normas, como é o caso da descrita no ponto anterior, a DGS enuncia algumas intervenções essenciais a serem cumpridas. Desta forma, consegue-se garantir uma prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a prevenção de PAI (DGS, 2022). Fazem parte dela intervenções como: “Utilizar sedação

ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento e documentar em processo clínico”; “Realizar diariamente provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida e avaliar a possibilidade de extubação, com ou sem a utilização de ventilação não invasiva (...)”; “Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30° evitando momentos de posição supina e documentar em processo clínico, assim como a existência de eventuais contraindicações”; “Realizar higiene oral pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, (...), que previsivelmente permaneçam na unidade de cuidados intensivos mais de 48 horas”; “Manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita (...)” (DGS, 2022, p. 3). Realça-se a grande importância de registar sempre todas as intervenções e justificações necessárias das mesmas no processo clínico do doente.

Uma outra medida que já é considerada um dos pilares mais revelantes para a prevenção de infeções consiste na higienização nas mãos (DGS, 2019), sendo considerada fulcral em todas as intervenções de Enfermagem e nas várias etapas.

Assim sendo, foram delineadas as seguintes intervenções de Enfermagem de acordo com os respetivos diagnósticos e a CIPE®, versão 2.

Diagnóstico: Ventilação Comprometida

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:**

- Avaliar ventilação
  - Monitorizar parâmetros do ventilador
  - Monitorizar parâmetros vitais
- Otimizar ventilação através de posicionamento
- Otimizar ventilador
  - Otimizar modo ventilatório
  - Verificar todas as conexões do ventilador
  - Avaliar a relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>
  - Monitorizar EtCO<sub>2</sub>
  - Verificar e comparar parâmetros programados no ventilador com os parâmetros efetivos do doente
- Vigiar adaptação ao ventilador

- Prevenir complicações do ventilador
- Atentar para os alarmes do ventilador
- Implementar técnica asséptica na montagem do ventilador e proteger a conexão em Y durante a abertura do sistema
- Assegurar vigilância contínua
- Manter a cabeceira do leito elevada aproximadamente a 30°
- Verificar posicionamento do tubo endotraqueal e sua correta fixação, registrando o nível
- Avaliar diariamente a possibilidade de extubação
- Avaliar intervenções implementadas
- Assegurar a continuidade de cuidados

A VMI é um recurso terapêutico complexo e muito utilizado nos cuidados à PSC. O Enfermeiro ao manusear a VMI presta cuidados qualificados e deve conhecer as funções e parâmetros respiratórios, assim como as repercussões hemodinâmicas e complicações da VMI, visando melhores cuidados ao doente crítico (Pazos et al., 2020).

Também faz parte das boas práticas a resolução dos alarmes dos ventiladores, de forma a evitar períodos longos de ventilação ineficaz (Santos et al., 2020). Uma ótima interação entre utente-ventilador evita sedação excessiva, ansiedade ou desconforto no utente, aumento do esforço respiratório, VMI prolongada e aumento da mortalidade (Gardner et al., 2021). Assim, percebe-se que as intervenções prestadas a estes doentes vão desde os cuidados com o tubo orotraqueal ou traqueostomia até a manipulação e ajuste do ventilador. (Pazos et al., 2020).

Diagnóstico: Potencial de Risco de Infecção

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Avaliar risco de infecção
- Aplicar medidas de prevenção da contaminação:
  - Executar higienização das mãos
  - Manter a prevenção de contaminação
- Prevenir infecção:
  - Elevar a cabeceira da cama a 30°
  - Otimizar sonda gástrica

- Otimizar dispositivo respiratório
- Monitorizar pressão do cuff do balão do tubo endotraqueal
- Trocar dispositivo respiratório apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes
- Vigiar sedação
- Lavar a boca em cada turno, preferencialmente com octenidina (DGS, 2022)
- Aspirar secreções endotraqueais utilizando técnica asséptica
- Monitorizar a temperatura corporal
- Monitorizar os sinais e sintomas de infecção
- Avaliar diariamente a possibilidade de extubação
- Utilizar equipamento de proteção individual
- Prevenir a infecção cruzada
- Assegurar a continuidade de cuidados

É recomendado para a aspiração endotraqueal, o uso de técnica asséptica e deve ser realizada sempre que é necessário para prevenir o acumular de secreções e obstrução da via aérea (Cortez et al., 2017).

Apesar de se continuar a utilizar clorhexidina a 0,2% para realização de higiene oral em muitos SMI, como é no caso no local de estágio, a DGS, (2022) após análise de vários estudos, em face das questões relativas à eficácia e à segurança, recomenda como alternativa a octenidina.

## 5. Referências Bibliográficas:

- Almeida, P. S., Silva, F. E. A., Santos, C. M. A., Lima, A. B. L. & Luz, A. K. P. S. (2021). Fatores que influenciam no sucesso do desmame da ventilação mecânica invasiva. *Revista Interfaces*, 10(1), 1283-1286. <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v.10.e1.a2022.pp1282-1285>
- Bayram, B., Şanci, E. Invasive mechanical ventilation in the emergency department. (2019). *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.03.001>
- Cortêz, P. C., Gonçalves, R. L., Lins, D. C., Sanchez, F. F., Barbosa, No. J. C., & Ribeiro, J. P. (2017). Aspiração endotraqueal de adultos intubados: evidências para boas práticas. *Fisioterapia Brasil*, 18(6), 767-77. <https://doi.org/10.33233/fb.v18i6.742>

Costa, P. & Madureira, M. (2020). Estratégias promotoras para a adesão às recomendações internacionais para a prevenção da pneumonia associada à ventilação. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 20-27. <http://hdl.handle.net/10400.14/34544>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. DGS. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral de Saúde. (2019). *Norma nº 007/2019: “Higiene das mãos nas Unidades de Saúde”*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>

Direção-Geral de Saúde. (2022). *Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixes de Intervenção” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao>

Gardner, D., Lamas, M. L., Stull, J. & Restrepo, R. D. (2021). Recognition of Patient-Ventilator Asynchrony in the ICU. *Respiratory Care Education Annual*, 30, 60-68. <https://www.aarc.org/wp-content/uploads/2021/12/rcea2021.pdf>

Malacas, M. S., Martins, D. P. M. O. & Santiago, M. D. S. (2024). Cuidados de enfermagem ao doente com ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência: uma scoping review. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 10(3), 2471-2490. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13390>

Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (1), 55-63. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1316>

Miguel, P. & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. In J. Pinho (Ed.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.137-150). Lisboa. Lidel – Edições Técnicas Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Pazos, C. P., Soares, F. M. M., Barroso, L. C., Sousa, G. M. C., Rodrigues, G. I. S., Mesquita, K. K. B., Freitas, J. G., & Andrade, I. R. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em uso de ventilação mecânica. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 14. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.242958>

*Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros*. (2018). Diário da República: II série, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

*Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros*. (2019). Diário da República: II série, n.º 184/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Santos, C., Nascimento, E. R. P., Hermida, P. M. V., Silva, T. G., Galetto, S. G. S., Silva, N. J. C., Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Esc. Anna Nery*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>

Sousa, A. C. M., Sanchez, L. C. A., Ferreira, L. L. (2021). Desfechos clínicos de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva em uma UTI neurocirúrgica. *Assobrafir Ciência*, 12. <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0021>

APÊNDICE IV – FORMAÇÃO: COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA  
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SU

# COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Joana Pina \* 20 agosto 2024

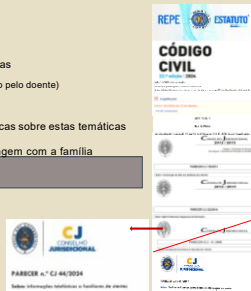
## OBJETIVOS

- Apresentar à equipa o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC)
- Analisar a importância dos cuidados à família da PSC e a intervenção do Enfermeiro junto da mesma
- Apresentar os resultados do primeiro questionário aplicado na Equipa
- Apresentar e analisar o método ASK – TELL – ASK
- Apresentar e analisar o protocolo SPIKES
- Refletir sobre práticas facilitadoras da comunicação de más notícias pela Equipa de Enfermagem



## INTRODUÇÃO

- Enquadramento legal das informações transmitidas
  - Direito ao acesso de informação (quando consentido pelo doente)
  - Direito à privacidade
- Ordem dos Enfermeiros tem orientações específicas sobre estas temáticas
- Os meios de comunicação da equipa de Enfermagem com a família existentes no SUMC
  - Dias úteis
  -
- Porquê a escolha deste tema?



## A FAMÍLIA DA PSC

- A prestação de cuidados de Enfermagem engloba não só os cuidados ao doente, como também os cuidados à família
- As situações que levam a PSC e familiares ao SU são maioritariamente inesperadas e inevitavelmente carregam muito stress, dor e incompreensão - ditando importantes desafios às famílias
- Sentimento de ansiedade e depressão podendo ainda levar a uma difícil aceitação e processo de luto
- O sofrimento causado por um evento crítico não afeta apenas a PSC; a doença de uma pessoa torna-se um assunto da família ou dos cuidadores informais
- Cuidar da família da PSC no SU reduz o sofrimento e a ansiedade da família e do doente

## COMUNICAÇÃO

- Uma competência inerente à Enfermagem
- É fundamental para a qualidade dos cuidados prestados e segurança dos utentes e das suas famílias
- "Apenas falar não é comunicar!" - transmitir informações poderá não criar a possibilidade de diálogo dos utentes e das suas famílias
- Meleis: a comunicação humana é "um processo de comportamento baseado em um sistema de troca de símbolos em que o significado é transmitido e interpretado entre aqueles que interagem"
- Importância da comunicação verbal e não verbal: a forma como esta é transmitida pode deixar

## COMUNICAÇÃO

- A comunicação deve ser considerada pela equipa de Enfermagem como um momento crucial e importante dos cuidados, com ênfase na escuta e valorização das necessidades da família da PSC e com respeito pelas diferenças culturais e religiosas

## COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PSC

- Frequentemente apresenta desafios devido a limitações de tempo, alterações emocionais de ambos os intervenientes e níveis variáveis de literacia em saúde
- Embora as necessidades de informação dos familiares sejam altas, eles também não devem ser sobrecarregados com informações irrelevantes ou excessivamente complexas



## COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PSC

- Fornecer informação à família da PSC é um processo importante para a desconstrução mental do motivo que levou à ida ao SU, aceitação do processo de doença e para a progressiva construção de um prognóstico de situação crítica
- É uma forma de diminuir o sofrimento da família, clarificando a compreensão da situação, fornecendo suporte emocional e reduzindo a ansiedade



## QUESTIONÁRIO 1

- Qual é a percepção dos Enfermeiros do SU do [redacted] sobre a transmissão de informações à família da PSC?
- Quais são as dificuldades dos Enfermeiros do SU d [redacted] relativamente à transmissão de informações à família da PSC?
- Qual é a percepção dos Enfermeiros do SU d [redacted] sobre a criação de um protocolo (com condições físicas e humanas) para a transmissão de informações à família da PSC, sobre a sua utilidade e sobre a sua exequibilidade?"



## RESULTADOS

- 52 respostas (67,5%) de livre e espontânea vontade (total de 77 Enfermeiros)
- Salienta-se:
  - 92,3% dos Enfermeiros acham muito importante a transmissão de informações à família da PSC no SU e os restantes 7,7% acham importante
  - 100% dos Enfermeiros acha pertinente haver formação direcionada à Equipa de Enfermagem sobre o protocolo e essa transmissão
  - 98,1% achou pertinente a criação de um protocolo para a transmissão de informações e apenas 1,9% (1 resposta) acha que não é pertinente essa criação
  - 88,5% dos Enfermeiros já transmitiu informações à família da PSC
  - 71,2% refere ter sentido dificuldades



## RESULTADOS - Dificuldades

- Informações a transmitir e os limites éticos, legais e deontológicos
- Ausência de um local apropriado
- Linguagem e postura a adquirir
- Falta de tempo e disponibilidade pessoal
- Falta de um protocolo instituído
- Comunicação de más notícias: gestão de emoções

## SUGESTÃO DE PROTOCOLO

- Circuito/Protocolo de comunicação de informações à família da PSC
  - Etapa 1: diagnóstico da situação
  - Etapa 2: elaboração do protocolo
  - Etapa 3: criação dos meios (espaço físico e formação) para a comunicação de informações à família da PSC
  - Etapa 4: avaliação de utilidade e exequibilidade do protocolo
- Alargamento do horário

## MÉTODO ASK – TELL – ASK

ASK → TELL → ASK

- Obter consentimento para transmitir informações
- Perceber o que a família já sabe e o que pretende saber

Informações de Enfermagem:

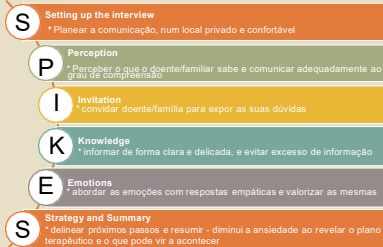
- ABCDE (atenção ao conforto/dor)  
- 14 Necessidades Fundamentais de Virginia Henderson: respiração, comer e beber, eliminação, mobilidade, dormir e descansar, vestir e despir, manter a temperatura corporal, higiene corporal, evitar perigos ambientais, COMUNICAÇÃO, valores e crenças, desenvolvimento de conquistas, atividades recreativas, adquirir conhecimento

- Verificar entendimento

## PROTOCOLO SPIKES

- Protocolo sequencial: denominado protocolo de más notícias
- Criado de forma a potenciar o diálogo durante a comunicação, fortalecendo a relação terapêutica e facilitar a tomada de decisão
- A mais conhecida e utilizada abordagem para comunicar notícias difíceis ao doente, em diferentes áreas da saúde, sendo também a mais citada na literatura
- Em alguns estudos, os profissionais consideraram que a utilização deste protocolo é uma mais-valia na redução dos níveis de stress quando têm que comunicar uma má notícia

## PROTOCOLO SPIKES (6 etapas)



## COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS

- Esta comunicação é caracterizada por qualquer informação dispensada ao cuidador/família com teor desagradável, relacionada com o doente, e que envolva uma mudança drástica numa perspetiva futura
- As emoções resultantes de um acontecimento traumático interferem com a clareza de pensamentos e com a memória



## COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS

- Pessoas que estejam emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara o que dificulta a interação e a comunicação
- Para melhorar as habilidades na comunicação destas notícias também a experiência trará muitos benefícios, pois apesar de cada caso ser único, é possível desenvolver competências nesta área aplicando técnicas de reflexão e crítica por parte do Enfermeiro e assim evitar erros passados

## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Preparar-se previamente ao contacto com o familiar, física e emocionalmente, pensando no que vai dizer e como, dando especial atenção à aparência (certificando-se que a farda não tem vestígios de sangue, por exemplo);
- Apresentar-se e certificar-se que está a falar com os familiares da PSC, sabendo especificamente com quem e certificando-se que é um convivente significativo
- Tentar saber o que a família já conhece da situação e partir dessa base

## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Sentar-se ou colocar-se ao mesmo nível dos interlocutores, mostrando disponibilidade para ouvir e informar, mas idealmente estarem todos sentados
- A postura é importante: devemos utilizar um tom de voz baixo e uma atitude corporal adequados ao que estamos a dizer



## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Não se deve evitar o contacto com o olhar ou até mesmo o contacto físico, como por exemplo segurar uma mão ou o ombro - pode muitas vezes ser apropriado
- É importante usar uma linguagem adequada, com palavras simples em vez de terminologia médica e ir direto ao assunto de forma empática e honesta, pois as pessoas querem saber de imediato o que se passa com o seu familiar, nomeadamente se está vivo ou morto



## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Em caso de morte, deve ser explicada de forma clara a causa da mesma, sempre que esta for conhecida
- Não se deve usar frases vagas e que deixem dúvidas - todas as informações que forem vagas podem ser uma esperança para os familiares (se a pessoa morreu utilize as palavras "morte", "morto" ou "morta" e certificando-se de que foram ouvidas)
- É sempre tranquilizante saber que o ente querido não tem/teve sofrimento adicional, portanto este deve de ser um tema abordado diretamente, mesmo quando não é colocada a questão



## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Ao ser questionado deve-se responder às perguntas de forma clara e sem escapatórias: não temos de saber a resposta a todas as questões médicas ou filosóficas que sejam colocadas, e não devemos ter receio de dizer que não sabemos a resposta! Não podemos dar diagnósticos médicos - devemos remeter a informação para a avaliação das necessidades humanas fundamentais: para aquilo que são as intervenções realizadas pela Enfermagem



## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Deve-se evitar que, no final, persistam dúvidas que possam levar a um sentimento de culpa futuro
- Explicar o percurso inexorável de algumas situações
- Tem de se preparar para a reação emocional dos familiares com quem estamos a lidar, não receando o silêncio

## PRÁTICAS FACILITADORAS

- Em casos mais particulares poderá surgir reações intensas, como choque emocional, raiva, culpa, negação, desequilíbrio emocional agudo ou estado dissociativo, e torna-se relevante estar preparado para tal e para respeitar formas de expressão específicas de grupos culturais ou sociais
- Permitir e encorajar a reação manifestada (chorar, estar sozinho, gritar etc.)
- Em caso de morte, e se for desejo da família, levar a ver o cadáver - as pessoas precisam de tempo, ou mesmo de ver o corpo, para interiorizarem a situação, principalmente um falecimento



APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO 1

## QUESTIONÁRIO SOBRE TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA [REDACTED]

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Identificação da Investigadora:** Joana dos Santos Pina Luís Marques

**Título do Estudo:** Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da [REDACTED]

### **Enquadramento:**

Chamo-me Joana Pina, sou Enfermeira no Serviço [REDACTED] estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

No âmbito da unidade curricular Metodologias de Investigação Aplicada, do referido curso, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação intitulado “Transmissão de informações à família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência: implementação de um protocolo de atuação”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Duarte.

Esta necessidade investigativa foi identificada com recurso ao *brainstorming* desenvolvido com alguns elementos da equipa de Enfermagem.

### **Explicação do estudo:**

O estudo tem como principais objetivos: avaliar a perceção da equipa de Enfermagem sobre a existência de dificuldades na transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência; avaliar a pertinência da criação de um protocolo de transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência; e avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de transmissão de informações à família de pessoa em situação crítica em serviço de urgência.

Tendo em consideração estes objetivos mencionados pretende-se desenvolver um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. O estudo tem uma duração previsível, aproximada, de um ano e meio, com data de término definida para setembro 2024.

Os dados serão recolhidos através do preenchimento, de forma autónoma, voluntária e aleatória, de questionários onde serão recolhidos dados de caracterização sociodemográfica, académica e profissional e dados sobre o parecer/opinião dos Enfermeiros acerca da transmissão de informações à família, assim como relacionados com a implementação do protocolo.

Com o preenchimento deste questionário não se prevêem riscos, prejuízos nem benefícios para o participante, sendo a participação voluntária, podendo o participante desistir a qualquer momento sem qualquer consequência.

Como investigador principal garanto a proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e o prazo de conservação dos mesmos será o tempo de duração do estudo. No final do estudo serão destruídos, pois são destinados exclusivamente a este fim.

Os dados recolhidos serão tratados com recurso ao programa informático SPSS e prevê-se com os mesmos produzir evidência científica, com a publicação de artigo.

Estes serão recolhidos [REDACTED] em 3 momentos distintos, com duração média aproximada de 5 minutos cada preenchimento. A recolha dos dados decorre entre maio de 2023 (após a aprovação da Comissão de Ética) e julho de 2024. Os dados recolhidos serão destruídos no final da investigação, visto serem recolhidos exclusivamente com este fim.

Este estudo mereceu parecer favorável da [REDACTED]

### **Condições e financiamento:**

Não há pagamento de deslocações ou contrapartidas aos participantes. O estudo é totalmente financiado pelo investigador principal.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**O preenchimento deste questionário demora cerca de 2 minutos.**

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Obrigada pela colaboração,

Joana Pina, Enfermeira no [REDACTED]

Email: [joana\\_pina@hotmail.com](mailto:joana_pina@hotmail.com). Contacto telefónico: [REDACTED]

Assinatura de quem pede consentimento: \_\_\_\_\_

(Joana dos Santos Pina Luís Marques)

### **Consentimento do participante**

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

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1º Parte – Caracterização Sociodemográfica, Académica e Profissional

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género: Masculino [ ] Feminino [ ]

### 6. Formação Académica

[ ] Bacharelato

[ ] Licenciatura em Enfermagem

[ ] Mestrado

Qual: \_\_\_\_\_

[ ] Doutoramento

Qual: \_\_\_\_\_

### 4. Tem especialidade?

Sim [ ] Não [ ] Área: \_\_\_\_\_

### 5. Experiência Profissional:

Por favor digite o nº de anos completos. Se tiver menos de 1 ano de experiência considere **0 anos** - \_\_\_\_\_

### 6. Experiência Profissional no Serviço de Urgência:

Por favor digite o nº de anos completos. Se tiver menos de 1 ano de experiência considere **0 anos** - \_\_\_\_\_

**2º Parte – Parecer dos Enfermeiros sobre transmissão de informações à Família da pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência**

**7. Alguma vez transmitiu informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

Sim [ ] Não [ ]

**8. Se sim, alguma vez sentiu dificuldades nessa transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

Sim [ ] Não [ ]

**8.1. Se sim, que dificuldades sentiu na transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

---

---

---

**9. Como considera a transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

Muito importante [ ]

Importante [ ]

Moderadamente importante [ ]

Pouco importante [ ]

Nada importante [ ]

**10. Acha pertinente haver formação direcionada aos enfermeiros sobre a transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

Sim [ ] Não [ ]

**11. Acha pertinente a criação de um protocolo para a transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?** (Como por exemplo, a criação de um gabinete de informações com condições físicas e humanas, um circuito do familiar da pessoa em situação crítica que pretende saber informações, ...)

Sim [ ] Não [ ]

Obrigada pela disponibilidade,

Joana Pina

## APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO 2

## **QUESTIONÁRIO SOBRE A COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Chamo-me Joana Pina, sou Enfermeira no [REDACTED] [REDACTED] estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

No âmbito do referido mestrado, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação intitulado “Comunicação de informações à família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência: implementação de um protocolo de atuação”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Duarte.

Esta necessidade investigativa foi identificada com recurso ao brainstorming desenvolvido com alguns elementos da equipa de Enfermagem. O estudo tem como principais objetivos: avaliar a perceção da equipa de Enfermagem sobre a existência de dificuldades na comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência; avaliar a pertinência da criação de um protocolo de comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência; e avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de comunicação de informações à família de pessoa em situação crítica em serviço de urgência.

Tendo em consideração estes objetivos mencionados pretende-se desenvolver um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. O estudo tem uma duração previsível de um ano e meio, com data de término definida para setembro de 2024.

Com o preenchimento deste questionário não se preveem riscos nem benefícios para o participante, sendo a participação voluntária, podendo o participante desistir a qualquer momento sem qualquer consequência.

Como investigador principal garanto a proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e o prazo de conservação dos mesmos será o tempo de duração do estudo. No final do estudo serão destruídos, pois são destinados exclusivamente a este fim.

Os dados recolhidos serão tratados com recurso ao programa informático SPSS e prevê-se com os mesmos produzir evidência científica, com a publicação de artigo.

O questionário é constituído por 2 partes, a primeira corresponde à caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos participantes e a segunda à avaliação

a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de comunicação de informações à família de pessoa em situação crítica em serviço de urgência.

**O seu preenchimento demora cerca de 2 minutos.**

Agradeço desde já a colaboração.

A investigadora principal Joana Pina ([joana\\_pina@hotmail.com](mailto:joana_pina@hotmail.com), 

Declaro ter lido e compreendido as informações enunciadas. Aceito participar nesta investigação através do preenchimento deste questionário, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço. A confidencialidade e o anonimato serão mantidos.

SIM [  ]      NÃO [  ]

## 1ª Parte – Caracterização Sociodemográfica, Académica e Profissional

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo:    Masculino [  ]    Feminino [  ]

### 3. Formação Académica

[  ] Bacharelato

[  ] Licenciatura em Enfermagem

[  ] Mestrado/Especialidade

[  ] Doutoramento

Qual: \_\_\_\_\_

#### 3.1. Se selecionou a opção Mestrado/Especialidade, indique qual?

Área:

[  ] Enfermagem Médico-Cirúrgica

[  ] Enfermagem de Reabilitação

[  ] Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

[  ] Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

[  ] Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Familiar
- Outra: \_\_\_\_\_

**3.2. Se selecionou a opção Douturamento, indique qual?**

\_\_\_\_\_

**4. Experiência Profissional:**

Por favor digite o nº de anos completos. Se tiver menos de 1 ano de experiência considere **0 anos** - \_\_\_\_\_

**5. Experiência Profissional no Serviço de Urgência:**

Por favor digite o nº de anos completos. Se tiver menos de 1 ano de experiência considere **0 anos** - \_\_\_\_\_

**2ª Parte – Utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de comunicação de informações à família de pessoa em situação crítica em serviço de urgência**

**6. Considera que a comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência, antes da implementação deste protocolo, eram prestadas com qualidade?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**7. A família da pessoa em situação crítica tem acesso a informações, de forma clara, objetiva e esclarecedoras da situação de saúde e necessidades da pessoa em situação crítica?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

8. Com a criação do protocolo de comunicação de informações, o serviço de urgência dispõe de recursos físicos e materiais para uma adequada comunicação de informações, segura e de qualidade, à família da pessoa em situação crítica?

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

9. Neste momento, o serviço de urgência dispõe de recursos humanos para uma adequada comunicação de informações, segura e de qualidade, à família da pessoa em situação crítica?

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

10. A criação do protocolo “Comunicação de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência” é uma mais-valia, na prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade à pessoa em situação crítica no serviço de urgência?

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

11. Esta formação permite melhorar o atendimento da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**12. Este protocolo permite melhorar a segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**13. Este protocolo (instrução de trabalho e formação) é uma ferramenta útil à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**14. O protocolo de trabalho é de fácil compreensão?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**15. O protocolo de trabalho é de fácil aplicação?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**16. Considera a criação e implementação deste protocolo como útil para a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

**17. Considera a criação e implementação deste protocolo como exequível na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente

Obrigada pela disponibilidade,  
Joana Pina

APÊNDICE VII – DOCUMENTO PARA PEDIDO DE APROVAÇÃO DO PROJETO  
PELA COMISSÃO DE ÉTICA



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO

CE [REDACTED]

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão  
de Ética Relativos a Estudos de Investigação**

Data: 02/04/2023

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos**. Se o item não se adequar ao estudo em causa, por favor escreva “não se aplica”.

**Título do estudo:**

Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da Un [REDACTED]

**Âmbito do estudo (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento, Pós Doc, Outro a definir)**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Identificação do(s) Proponente(s):**

Nome(s): Joana dos Santos Pina Luís Marques

**Instituição:**

[REDACTED]

OUTRA/QUAL: \_\_\_\_\_



**Investigador principal/orientador (anexar compromisso de honra):**

Investigador Principal: Enfermeira e Mestranda Joana Pina

Orientador: Professor Doutor Hugo Duarte

**Síntese dos fundamentos científicos do estudo**

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba não só os cuidados ao doente, como também os cuidados à família. Segundo Shajani e Snell (2019), o sofrimento causado por um evento crítico não afeta apenas a pessoa doente, a doença de um membro torna-se um assunto de família. Pela complexidade e exigência de cuidados, esta realidade é muitas vezes colocada em segundo plano, por se priorizar os cuidados (Cabete et al., 2019).

As situações que levam doentes críticos e familiares ao SU são inesperadas e inevitavelmente carregam muito stress, dor e incompreensão por todos. Segundo (Kreuz & Netto, 2021) as situações críticas são de elevada especificidade e ditam importantes desafios às famílias, provocando sentimentos de ansiedade e depressão e podendo ainda levar a uma difícil aceitação e processo de luto dos mesmos. Desta forma, o cuidar da família do doente crítico em SU reduz o sofrimento e a ansiedade da família e do doente. Concluo então que, esta intervenção por mim proposta, pode produzir ganhos em saúde para toda a população-alvo, à PSC e à sua família. Perante uma PSC a família tem necessidades específicas que são associadas à incerteza da situação em si, à imprevisibilidade da sua evolução, com risco de vida eminente, e ainda ao ambiente tecnológico desconhecido, tornando assim a comunicação uma das necessidades mais emergentes (Abdel-Aziz, 2017; Ahmed & Younis, 2017; Yildirim & Özlü, 2018).

Cabete et al. (2019) conclui que a família sente necessidade de informação sincera, clara e honesta, de criar uma relação de proximidade e confiança com os profissionais e com a possibilidade de exprimir os seus sentimentos e transmissão de uma esperança realista.

Explorando as bases de suporte da Enfermagem encontramos o direito do cliente e família a terem informação atualizada, clara e honesta, relacionada com o estado clínico, prognóstico e estratégias de cuidados, enquadrando-se no dever de informação, previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).



**Objetivos do Estudo:**

O projeto de investigação tem como principal objetivo implementar um protocolo de atuação para a transmissão de informações à família da Pessoa em Situação Crítica (PSC) no Serviço de Urgência (SU) da [REDACTED]

A este objetivo principal acrescenta-se ainda outros específicos, tais como:

- Avaliar a perceção da equipa de enfermagem do [REDACTED] sobre a pertinência da transmissão de informações à família da PSC no SU, assim como da existência de dificuldades na mesma;
- Criar um protocolo de atuação para a transmissão eficaz de informações à família da PSC no [REDACTED];
- Avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de atuação para a transmissão de informações à família da PSC no SU, pela equipa de Enfermagem do [REDACTED].

**Data prevista de início dos trabalhos:**

1 de dezembro de 2022

**Data prevista de fim dos trabalhos:**

30 de setembro de 2024

**Data prevista de início da recolha de dados:**

1 de maio de 2023 (após aprovação da Comissão de Ética)

**Data prevista de fim da recolha de dados:**

30 de julho de 2024

**Metodologia**

Tipo de estudo:

Estudo do tipo quantitativo, descritivo e correlacional

População e amostra/participantes:

Enfermeiros do Serviço de Urgência do [REDACTED]

Critérios de inclusão/exclusão dos participantes:

Critérios de Inclusão: Enfermeiros que prestem serviço no Serviço de Urgência do [REDACTED]



Locais onde decorre o estudo:

Serviço de Urgência do [REDACTED]

Procedimentos para a garantia de Confidencialidade:

Será garantida a proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e o prazo de conservação dos mesmos será o tempo de duração do estudo, sendo posteriormente destruídos.

Os dados recolhidos serão tratados com recurso ao programa informático SPSS.

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Com o preenchimento dos questionários não se preveem riscos nem benefícios para o participante, sendo a participação voluntária, podendo o participante desistir a qualquer momento sem qualquer consequência.

Junto anexo com questionário e o devido consentimento informado.

Se o estudo incidir sobre menores, juntar folha de consentimento para os representantes legais. **Não se aplica**

**Se a criança tiver idade inferior a 5 anos** - consentimento de ambos os pais ou representantes legais.

**Para participantes com idades  $\geq$  a 5 e  $<$  de 16 anos**

- Assentimento do participante
- Consentimento informado e esclarecido dos pais ou representantes legais.

**Há previsão de danos para os participantes no estudo?**

Sim

Não

**Em caso afirmativo indicar os riscos para os participantes:**

Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes:

**Não se aplica**



Se referiu algum risco do ponto anterior, especifique-o e justifique o porquê de não ser possível a sua eliminação:

**Não se aplica**

Indicação de eventuais procedimentos para monitorização e segurança dos participantes e/ou minimizar riscos:

**Não se aplica**

Medidas previstas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes (marcar o que se aplica):

- Indicação para apoio psicossocial
- Indicação para orientação educativa/formativa
- Outras (especificar) -

**Há previsão de benefícios para os participantes no estudo**

Explicitar em caso afirmativo:

Os benefícios para os participantes não surgem de forma direta, mas sim de forma indireta, inerente ao projeto. Com este prevê-se a melhoria da prática de cuidados de Enfermagem, em termos de uniformização e protocolização da transmissão de informações à família da PSC no SU, assim como na obtenção de formação acerca da temática, que será ministrada aos Enfermeiros.

**Custos de participação para os participantes no estudo e possível compensação:**

**Não se aplica**

<b>Utilização apenas para fins de investigação e publicação:</b>	
Sim	<input checked="" type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Outros Fins:	
<b>Inscrição na comissão nacional de proteção de dados:</b>	
Sim	<input type="checkbox"/> n.º _____
Não	<input checked="" type="checkbox"/>
Outros Fins:	

## Termo de Responsabilidade

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

**02/04/2023**

Eu abaixo assinado, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de Abril, DR Iª Série.

**Data: 02/04/2023**

**AProponent**

 \_\_\_\_\_

## ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Identificação da Investigadora:** Joana dos Santos Pina Luís Marques

**Título do Estudo:** Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da Unidade c [REDACTED]

### **Enquadramento:**

Chamo-me Joana Pina, sou Enfermeira no Serviço de Urgência [REDACTED] estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

No âmbito da unidade curricular Metodologias de Investigação Aplicada, do referido curso, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação intitulado “Transmissão de informações à família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência: implementação de um protocolo de atuação”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Duarte.

Esta necessidade investigativa foi identificada com recurso ao *brainstorming* desenvolvido com alguns elementos da equipa de Enfermagem.

### **Explicação do estudo:**

O estudo tem como principais objetivos: avaliar a perceção da equipa de Enfermagem sobre a existência de dificuldades na transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência; avaliar a pertinência da criação de um protocolo de transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência; e avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de

transmissão de informações à família de pessoa em situação crítica em serviço de urgência. Tendo em consideração estes objetivos mencionados pretende-se desenvolver um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. O estudo tem uma duração previsível, aproximada, de um ano e meio, com data de término definida para setembro 2024.

Os dados serão recolhidos através do preenchimento, de forma autónoma, voluntária e aleatória, de questionários onde serão recolhidos dados de caracterização sociodemográfica, académica e profissional e dados sobre o parecer/opinião dos Enfermeiros acerca da transmissão de informações à família, assim como relacionados com a implementação do protocolo.

Com o preenchimento deste questionário não se preveem riscos, prejuízos nem benefícios para o participante, sendo a participação voluntária, podendo o participante desistir a qualquer momento sem qualquer consequência.

Como investigador principal garanto a proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e o prazo de conservação dos mesmos será o tempo de duração do estudo. No final do estudo serão destruídos, pois são destinados exclusivamente a este fim.

Os dados recolhidos serão tratados com recurso ao programa informático SPSS e prevê-se com os mesmos produzir evidência científica, com a publicação de artigo.

Estes serão recolhidos no Serviço de Urgência [REDACTED] em 3 momentos distintos, com duração média aproximada de 5 minutos cada preenchimento. A recolha dos dados decorre entre maio de 2023 (após a aprovação da Comissão de Ética) e julho de 2024. Os dados recolhidos serão destruídos no final da investigação, visto serem recolhidos exclusivamente com este fim.

Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do [REDACTED]

### **Condições e financiamento:**

Não há pagamento de deslocações ou contrapartidas aos participantes. O estudo é totalmente financiado pelo investigador principal.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas. Obrigada pela colaboração,

Joana Pina, Enfermeira no Serviço de Urgência [REDACTED].

Email: [joana\\_pina@hotmail.com](mailto:joana_pina@hotmail.com). Contacto telefónico: [REDACTED]

Assinatura de quem pede consentimento: \_\_\_\_\_

(Joana dos Santos Pina Luís Marques)

## Consentimento do participante

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

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO II

### Ética na Investigação

#### Compromisso de honra do Orientador / Investigador Responsável

Eu, Hugo Miguel Santos Duarte, Docente Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, orientador da Mestranda Joana dos Santos Pina Luís Marques, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, declaro sob compromisso de honra que a investigação *“Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência de [REDACTED]”* foi planificada em total conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas vigentes.

Data: 28/03/2023

Assinado por: **HUGO MIGUEL SANTOS DUARTE**  
Num. de Identificação: 13858254  
Data: 2023.03.28 16:46:09+01'00'



Assinatura: \_\_\_\_\_

### **ANEXO III**

**PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM:  
TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA D**

**1º Turma do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de  
Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE**



Joana dos Santos Pina Luís Marques

Leiria, março de 2023

**1º Turma do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de  
Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE**

**PROJETO  
DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

**Mestranda:** Joana dos Santos Pina Luís Marques Nº: 5220174

**Unidade Curricular:** Metodologias de Investigação Aplicada

**Docente Responsável:** Doutora Maria dos Anjos Dixe

**Professor Orientador:** Doutor Hugo Duarte

Leiria, março de 2023

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

APA - *American Psychological Association*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem



OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SU – Serviço de Urgência

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA .....</b>	<b>7</b>
<b>2. PERCEBER O PROBLEMA .....</b>	<b>9</b>
<b>3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS .....</b>	<b>14</b>
<b>4. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES .....</b>	<b>15</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO 1

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Fluxograma do projeto .....	16
---	----

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Cronograma do projeto .....	17
---	----

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito da unidade curricular de Metodologias de Investigação Aplicada, integrado no 1º curso do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde de Leiria. Foi-nos proposto a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que pudesse ser aplicado no serviço onde trabalhamos. A escolha do tema é a “Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência [REDACTED]

[REDACTED] tendo surgido após um pequeno *brainstorming* com a Equipa de Enfermagem e com o Enfermeiro-Chefe responsável pelo serviço. A pertinência do mesmo ergueu-se pela necessidade expressa, de forma global, em transmitir informações à família da PSC no SU, lacuna identificada na prática de cuidados atual.

Para o desenvolvimento deste trabalho as principais questões de investigação levantadas são “Qual é a perceção dos Enfermeiros do SU do [REDACTED]

[REDACTED] sobre a transmissão de informações à família da PSC?”, “Quais são as dificuldades dos Enfermeiros [REDACTED] relativamente à transmissão de informações à família da PSC?” e “Qual é a perceção dos Enfermeiros [REDACTED] sobre a criação de um protocolo (com condições físicas e humanas) para a transmissão de informações à família da PSC, sobre a sua utilidade e sobre a sua exequibilidade?”. Para ter uma resposta sólida a algumas destas questões de investigação iniciais desenvolvi um questionário que foi aplicado à nossa população-alvo, os Enfermeiros do [REDACTED]

Cabete et al. (2019) descrevem que ao longo do ciclo vital o ser humano experiencia desafios e mudanças com os quais precisa de saber lidar, mobilizando os seus recursos de forma a manter a sua saúde e bem-estar. É sabido que qualquer alteração de saúde que ocorra com um familiar, fazendo com que este tenha de receber assistência num SU, provoca grande instabilidade e ansiedade em toda a família. Os mesmos autores reforçam ainda que a promoção de um ambiente confortável e privado durante a visita da família ao SU, assegura o bem-estar da mesma (Cabete et al., 2019). Desta forma vêm reforçar a importância de não nos esquecermos de alguns aspetos relevantes da nossa prática clínica, salientando o domínio relacional. O ambiente do SU é particular e é onde tantas vezes a urgência e a complexidade dos cuidados justificam que se priorize a dimensão tecnológica dos mesmos.

Este é um estudo que considero bastante relevante porque, além de ser um défice sentido no serviço e uma das principais temáticas a causar dificuldades à Equipa de Enfermagem do SU [REDACTED] é uma competência importante a ser desenvolvida pelos Enfermeiros. Fontes et al. (2017) refere que o “enfermeiro é agente ativo na comunicação de informação ao

doente/família, sendo a competência de comunicação indispensável e essencial a ser adquirida na formação dos profissionais, de forma a ser desenvolvida cada vez mais de forma mais natural e eficiente”.

De forma a dar respostas às questões de investigação enunciadas, pretende-se realizar um estudo do tipo quantitativo, descritivo e correlacional.

O principal objetivo deste projeto de investigação passa por implementar um protocolo para a transmissão de informações à família da PSC no SU. A este objetivo principal acrescenta-se ainda outros específicos, tais como: avaliar a perceção da equipa de enfermagem do SU do [REDACTED] sobre a pertinência da transmissão de informações à família da PSC, assim como da existência de dificuldades na mesma; criar um protocolo para a transmissão eficaz de informações à família da PSC no SU; e avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo para a transmissão de informações à família da PSC no SU.

Relativamente à metodologia utilizada foi tido como população-alvo os Enfermeiros do SU do [REDACTED] e como amostra os Enfermeiros inquiridos em 3 momentos diferentes, através de questionários realizados e aplicados. Com o preenchimento dos questionários não se preveem riscos nem benefícios para o participante, sendo a participação voluntária. Será garantida a proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e o prazo de conservação dos mesmos será o tempo de duração do estudo. Os dados recolhidos serão tratados com recurso ao programa informático SPSS.

Quanto à sua estruturação este trabalho é constituído por esta introdução inicial e posteriormente será identificado e descrito o problema. Numa fase seguinte, para perceber o problema, foi realizada pesquisa, revisão bibliográfica e fundamentação teórica, em livros e bases de dados online. No terceiro capítulo serão formulados os objetivos iniciais. Depois disso, serão planeadas as tarefas/atividades a desenvolver, recorrendo a um fluxograma e a um cronograma. Para terminar, são apresentadas as considerações finais. Como apêndices, será incorporado o questionário 1 que será aplicado aos Enfermeiros do SU [REDACTED], após aprovação da Comissão de Ética do Hospital.

## 1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba não só os cuidados ao doente, como também os cuidados à família. Pela complexidade e exigência de cuidados, no SU particularmente no domínio relacional, esta realidade é muitas vezes colocada em segundo plano, por se priorizar os cuidados (Cabete et al., 2019). A escassez de informações transmitidas à família do doente crítico, e a falta de um protocolo para tal (circuito, recursos físicos e humanos), é um problema do SU de ████████ sentida não só pelos familiares e doentes, como também pelos profissionais de saúde. Desta forma este é o desvio identificado relativamente a uma norma esperada, a existência de tal; como podemos comprovar mais a frente pela perceção da Equipa de Enfermagem.

Esta necessidade investigativa foi identificada com recurso ao *brainstorming* desenvolvido com alguns elementos da equipa de Enfermagem do SU do ████████. É um problema com o qual nos deparamos no nosso dia-a-dia e de agravamento progressivo.

As situações que levam doentes críticos e familiares ao SU são inesperadas e inevitavelmente carregam muito stress, dor e incompreensão por todos. Segundo (Kreuz & Netto, 2021) as situações críticas são de elevada especificidade e ditam importantes desafios às famílias. Estas provocam sentimentos de ansiedade e depressão podendo ainda levar a uma difícil aceitação e processo de luto dos mesmos. Desta forma, o cuidar da família do doente crítico em SU reduz o sofrimento e a ansiedade da família e do doente. Concluo então que, esta intervenção por mim proposta, pode produzir ganhos em saúde para toda a população-alvo, a PSC e a sua família.

O problema identificado encontra-se centrado no doente, pois a família é considerada uma extensão do doente e, segundo Shajani e Snell (2019), o sofrimento causado por um evento crítico não afeta apenas a pessoa doente, pois a doença de um membro torna-se um assunto de família.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001), e seguindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a minha temática encontra-se incluída nos quatro conceitos pelos quais emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

No conceito de saúde, OE (2001, p. 8) refere que “a saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.” No conceito de pessoa, encontra-se descrito que “A pessoa é um ser social (...), os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve” (OE, 2001, p. 8). Quanto ao conceito ambiente este é onde “as

“... pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos. (...) Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente.” (OE, 2001, p. 9). Para terminar, no conceito de cuidados de enfermagem, a OE (2001) refere que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal (...) de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). (...) As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.” (p. 10).

Quanto aos seis enunciados descritivos enumerados pela OE (2001), nomeadamente: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem, o problema identificado encaixa-se, de forma geral, em todas as categorias. Salienta-se, de forma mais explícita, na satisfação do doente, na promoção da saúde e na organização dos cuidados de enfermagem.

Para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Foco é uma área de atenção relevante para a enfermagem. Dentro de todos os focos descritos, o problema explicitado engloba-se em vários. Salienta-se o Apoio Emocional; a Comunicação “Comportamento Interativo: Dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.” – e dentro desta a Comunicação Efetiva; o *Coping* “Atitude: Gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” – e dentro deste o *Coping* do Prestador de Cuidados Efetivo e o *Coping* Familiar Efetivo; a Crise Familiar “Crise: Desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”; e Papel “Característica: Interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamento esperadas por terceiros” – e dentro deste o Papel de Apoio Emocional, Espiritual, Familiar e Social e o Papel Profissional “Interagir de acordo com as responsabilidades dos deveres profissionais(...)” (CIPE, 2018, pp. 8-94).

Quanto ao Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem portugueses, que viabilizam a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores, e consultando o core de focos, não existe nenhum que seja implícito no meu problema. Poderá ser adaptado o foco “Tomar conta”, descrito como o “Risco de stress do prestador de cuidados por tomar conta - Taxa de efetividade na prevenção” (OE, 2007, p. 15).

## 2. PERCEBER O PROBLEMA

Antes do início da pandemia, as informações no SU do [REDACTED] eram dadas à família da PSC nos horários da visita, 15 minutos cada sessão, [REDACTED]. Após março de 2021, com o aparecimento da SARS-CoV2 nos hospitais portugueses, foram cessadas as visitas no SU e iniciou-se o confinamento. Foi um grande período de instabilidade e foram necessários vários ajustes em toda a dinâmica dos serviços, principalmente no SU. As informações transmitidas à família do doente crítico não foram exceção e foi uma das áreas que fez suscitar mais reclamações no SU. Passou a existir um método em que havia um período de inscrições para as mesmas e, posteriormente e quando oportuno, a equipa médica realizava contacto com a família. Os problemas começaram a aumentar quando o fluxo de trabalho era tanto que deixou de ser possível, em alguns turnos, realizar essas chamadas e algumas famílias passaram algum tempo sem informação dos seus familiares que permaneciam no SU. Hoje em dia o problema encontra-se melhorado, mas ainda não se encontra totalmente resolvido, sendo assim visto como um projeto de melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem para desenvolver no SU do [REDACTED].

De forma a investigar a perceção da Equipa de Enfermagem do SU do [REDACTED] acerca do problema descrito, foi desenvolvido uma sessão de *brainstorming* com grande parte da Equipa sobre a transmissão de informações à família da PSC no SU.

Com a finalidade de clarificar o nosso problema, que passa pela insuficiente transmissão de informações à família da PSC que permanece no SU, recorreu-se a revisão bibliográfica sobre a mesma, assim como das adversidades que daí advém.

A situação de doença crítica de um elemento da família muitas vezes desencadeia uma crise familiar, comprometendo as transições familiares no ciclo vital da família. Perante uma PSC a família tem necessidades específicas que são associadas à incerteza da situação em si, à imprevisibilidade da sua evolução, com risco de vida eminente, e ainda ao ambiente tecnológico desconhecido, tornando assim a comunicação uma das necessidades mais emergentes (Abdel-Aziz, 2017; Ahmed & Younis, 2017; Yildirim & Özlü, 2018).

Como descrito em vários artigos analisados e reforçado por Sá e Velez (2021), cuidar da família no SU torna-se uma tarefa desafiante para a Enfermagem pelo desafio do contexto e pelas suas particularidades. Em alguns locais a evidência revela as experiências e as necessidades da família analisadas através da mesma, contudo pouco é conhecido sobre as experiências e a perceção dos Enfermeiros.

Tal como acontece em parte neste projeto de investigação, Sá e Velez (2021, pp. 3-7) fizeram um estudo para compreender a experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à família no

SU, que engloba a transmissão de informações. Desse estudo qualitativo realizado através de entrevistas em profundidade a 11 enfermeiros, entre outras conclusões, percebeu-se que se salientaram 8 dimensões que ilustram em si a essência do fenómeno de cuidar da família da PSC no SU, na perspetiva do enfermeiro. Essas dimensões dividiram-se em “Sentir-se responsável”; “Acolher, inicialmente, a família”; “Hospedar a família no serviço de urgência”; “Estar, plenamente, presente”; “Aconchegar no sofrimento”; “Dançar, com a família, numa situação-limite”; “Confortar, pautadamente, com a informação”; e “Deixar-se tocar, com cuidado, pela vivência da família”. Entre todas, saliento uma dimensão que considero de extrema importância que surge porque a família da PSC tem necessidades específicas “Confortar, pautadamente, com a informação”. Para Hsiao et al., (2017) e Yildirim e Özlü, (2018) a comunicação é descrita como uma das necessidades mais emergentes. Sá e Velez (2021) afirmam que através da transmissão de informação à família é ainda realizada, por vezes, uma articulação com outros profissionais de saúde, que são responsáveis pelo diagnóstico e prognóstico da situação e, nessas situações, o enfermeiro advoga pelos familiares.

Recorrer a um SU com um familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado. Assim é-lhe exigido a utilização de competências e recursos que até à data dos acontecimentos eram frequentemente desconhecidos. Desta forma, fornecer informação à família da PSC é um processo importante para a desconstrução mental do motivo que levou à ida ao SU, aceitação do processo de doença e para a progressiva construção de um prognóstico de situação crítica (Barreto et al., 2019). É ainda referido que uma forma de diminuir o sofrimento da família, clarificando a compreensão da situação, fornecendo suporte emocional e reduzindo a ansiedade é através da comunicação eficaz, pois o sofrimento não afeta somente a pessoa doente, sendo que a doença de um membro torna-se um assunto de família (Shajani & Snell, 2019).

Refletindo ainda no estudo anteriormente descrito, de Sá e Velez (2021), e indo ao encontro das ideias das autoras, emerge a importância do desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica com a família da PSC, com o fornecimento correto e fidedigno de informações. Isto serve de alicerce a um dos objetivos deste projeto de melhoria contínua – englobado no protocolo final – a formação dos Enfermeiros do SU do [REDACTED]

Os enfermeiros no SU praticam as suas intervenções terapêuticas num ambiente de stress, desconforto, insegurança e ansiedade, sendo-lhes muitas vezes exigido que mantenham uma postura de suporte, ajuda incondicional, resolução atempada de situações críticas e graves. As relações terapêuticas mantidas, muitas vezes, por conversações são significativas tanto para o enfermeiro como para a família, originando mudanças nas estruturas espirituais e

biopsicossociais dos intervenientes (Wright & Leahey, 2013). Os mesmos referem ainda que uma comunicação eficaz do Enfermeiro para com a família permite clarificar a compreensão da situação, reduzir a ansiedade e fornecer suporte emocional, fazendo assim diminuir o seu sofrimento.

Cabete et al. (2019) também conclui que a família sente necessidade de informação sincera, clara e honesta, de criar uma relação de proximidade e confiança com os profissionais e com a possibilidade de exprimir os seus sentimentos e transmissão de uma esperança realista.

Sá e Henriques (2021) realizaram uma revisão integrativa da literatura em que os resultados demonstram a importância do enfermeiro intervir na comunicação com a família quer a nível verbal, quer a nível não verbal. É destacado que a nível da comunicação verbal a transmissão de informação assume considerável importância (Almaze & De Beer, 2017; Barndt, 2018; Blackburn et al., 2019; Briggs, 2017; Caswell et al., 2015; Ganz et al., 2019; Hoffmann & Olsen, 2018; Kalocsai et al., 2018; Lukmanulhakim et al., 2016; Pecanac & King, 2019) sendo um aspeto veiculado por vários autores. Esta surge principalmente para clarificar questões sensíveis, como é o caso da ressuscitação cardiopulmonar, situações de fim de vida, a doação de órgãos e a cessação de medidas terapêutica, mas também como parte de um acolhimento formal à família (Barndt, 2018; Blackburn et al., 2019; Briggs, 2017; Hoffmann & Olsen, 2018; Kalocsai et al., 2018; Lukmanulhakim et al., 2016).

Dentro das características informativas, alguns autores fortalecem a ideia de que o enfermeiro é capaz de transmitir informação atualizada e regular a família da PSC (Almaze & De Beer, 2017; Briggs, 2017; Caswell et al., 2015) utilizando uma linguagem perceptível e acessível à compreensão do familiar (Briggs, 2017; Caswell et al., 2015; Lukmanulhakim et al., 2016; Kalocsai et al., 2018; Pecanac & King, 2019; Warrillow et al., 2015). Esta transmissão de informações permite, a maioria das vezes, esclarecer dúvidas face à anteriormente veiculada pelos outros profissionais da equipa.

Refere Sá e Velez (2021), que os profissionais de saúde que estão na primeira linha de ação são os enfermeiros, e são com estes que a PSC e a sua família contactam primeiro, tornando-os, assim, os responsáveis pela manifestação do acolhimento neste contexto.

Ainda analisando o artigo desenvolvido por Sá e Rodrigues (2021) estas descrevem que um dos estudos analisados para a sua revisão, realizado por Adams et al., (2015), chega a conclusão que os enfermeiros que estabelecem uma relação eficaz com a família da PSC sentem menos ansiedade e mais confiança, aumentando também a satisfação com eles e com o trabalho. Outros dois estudos, realizados por Ganz et al. (2019) e Lukmanulhakim et al. (2016) concluem que sendo a efetividade da comunicação mais elevada, diminui os níveis

de ansiedade e stress da família. Acerca do descrito, e concordando com as autoras, faz-nos refletir que cuidar da família é também uma forma de cuidar da PSC e do próprio enfermeiro.

Sá et al. (2015) referem no seu estudo que os enfermeiros consideraram a PSC e a sua família como uma unidade e em consequência o doente e a família consideraram os enfermeiros como parte integrante do sistema familiar neste momento de crise que se encontra a ser vivenciado por todos.

Assim, diversos autores mencionam o apoio emocional, enquanto intervenção terapêutica de enfermagem, na comunicação com a família da PSC (Almaze & De Beer, 2017; Barndt, 2018; Briggs, 2017; Caswell et al., 2015; Ganz et al., 2019).

Nos artigos analisados por Sá e Henriques (2021) deparou-se com a importância de ter uma atitude empática perante a família em sofrimento (Caswell et al., 2015; Kalocsai et al., 2018; Pecanac & King, 2019), de ter uma postura diferenciadora salientada pela genuinidade e sinceridade (Hoffmann & Olsen, 2018), não escondendo emoções nem a verdadeira situação à família. Reforça-se ainda a importância de ter tempo para a interação com a família (Hoffmann & Olsen, 2018; Lukmanulhakim et al., 2016; Mendonça Rezende et al., 2014), dando disponibilidade de si ao outro.

Redley et al. (2019) realizaram um estudo em três zonas distintas (Austrália, Taiwan e África do Sul) sobre as necessidades da família da PSC em SU, sendo que a comunicação foi salientada em todos eles. Este estudo, além de uma amostra significativa de cerca de 374 familiares conta com grandes diferenças culturais. Torna-se interessante perceber que, mesmo com heterogeneidade cultural e entre 40 itens disponibilizados pelos investigadores (apesar de não serem todos utilizados em todos os países), a comunicação com a Equipa foi distinguida em todos os países como uma necessidade da família da PSC.

Petrinec e Daly, (2016) referem que baixos padrões de qualidade comunicacional com a equipa de saúde estão associados ao stress pós-traumático vivenciado pelos familiares da PSC. Reforça assim a ideia que se torna impreterível que se proporcionem condições aos Enfermeiros para o desenvolvimento desta comunicação com a família, tanto a nível de tempo e disponibilidade, como em condições físicas, sendo exemplo uma sala apropriada para tal.

Explorando as bases de suporte da Enfermagem encontramos o direito do cliente e família a terem informação atualizada, clara e honesta, relacionada com o estado clínico, prognóstico e estratégias de cuidados, enquadrando-se no dever de informação, previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).

Cuidar da PSC e da sua família requer dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, o desenvolvimento de competências comportamentais e relacionais de forma a responderem de forma apropriada às necessidades identificadas.

Analisando o Parecer do Conselho Jurisdicional 8/2008 da OE (2018) surgem algumas conclusões importantes: o cliente tem direito à confidencialidade sobre toda a informação clínica e elementos significativos que lhe respeitem, como descrito no nº9 da Carta dos Direitos do Doente Internado; Apenas deve ser partilhada informação de acordo com a vontade expressa do cliente, devendo este decidir que informação quer que seja partilhada e com que elementos, de acordo com o nº1 do Artigo 4º da Lei n.º 12/2005; Em consequência da relação terapêutica que estabelece com quem cuida, baseada na confiança, o enfermeiro está sujeito ao segredo profissional, como dispõe o Artigo 85º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros; Em situações de perda de autonomia, a família tem direito a informação sobre a situação do doente, sem prejuízo da confidencialidade sobre informação que deva ser preservada; Os cuidados de enfermagem baseiam-se não apenas na interação do enfermeiro com o cliente, como também na interação enfermeiro/família; Salieta-se que o enfermeiro só deve fornecer informação respeitante aos cuidados de enfermagem, como disposto na alínea a) no Artigo 84º do Código Deontológico, respeitando o Artigo 91º do mesmo, sobre os limites impostos.

Encontra-se publicado em Diário da República e descrito no Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018), no Artigo 3º, referente as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (p. 19359), também se encontrando descrito a pertinência de estabelecer uma relação terapêutica eficaz e adequada com a pessoa e família e demonstrando competências específicas em técnicas de comunicação, entre outras, dando assim ainda mais relevo ao desenvolvimento deste projeto de investigação dentro deste mestrado.

### 3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

O projeto de investigação tem como principal objetivo implementar um protocolo de atuação para a transmissão de informações à família da PSC no SU.

A este objetivo principal acrescenta-se ainda outros específicos, tais como:

- Avaliar a perceção da equipa de enfermagem do SU do [REDACTED] sobre a pertinência da transmissão de informações à família da PSC no SU, assim como da existência de dificuldades na mesma;

- Criar um protocolo de atuação para a transmissão eficaz de informações à família da PSC no SU do [REDACTED]

- Avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de atuação para a transmissão de informações à família da PSC no SU, pela equipa de Enfermagem do SU do [REDACTED]

#### 4. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

Iniciou-se este projeto por realizar um *brainstorming* com a Equipa para se perceber se existia um problema comum à maioria dos profissionais. Daí surgiu o problema de investigação. Posteriormente recorri a uma pesquisa para revisão da literatura, para estar mais familiarizada com o tema e sustentar a problemática com evidência científica.

Após nova sessão de *brainstorming* com a maioria da Equipa de Enfermagem do SU concluiu-se que a opinião geral colhida desde o primeiro dia coincidia: grande parte das causas e das dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na transmissão de informações à família da PSC no SU passam essencialmente por, como referido anteriormente, não saber que tipo de informações podem/devem transmitir, os limites do discurso e a linguagem correta a ser utilizada, a gestão de emoções, a falta de um local apropriado para o devido efeito, a disponibilidade/tempo por parte dos profissionais e a falta de existência de um protocolo instituído.

No mês seguinte à elaboração deste projeto de investigação pretende-se que o mesmo seja submetido à comissão de ética do [REDACTED] e que seja aplicado um questionário, com conseguinte análise e discussão dos resultados.

O principal objetivo deste projeto é implementar um protocolo para a transmissão de informações à família da PSC no SU. Este protocolo, idealmente, pretende incluir a criação de um circuito para os familiares, a criação de um espaço adequado para o efeito e ser ministrada formação à Equipa de Enfermagem sobre o mesmo (tendo especial atenção as respostas aos questionários com as principais dificuldades sentidas e tentando dar resposta às mesmas). No final deve ser avaliada a sua utilidade e exequibilidade.

Quanto à criação de um espaço adequado pretende-se que seja realizado num gabinete que se encontra sem utilização neste momento, e que se encontra junto à entrada do SU e da sala de espera. Desta forma seria prático criar um circuito para a família ter acesso às informações dos utentes que se encontram no SU, sem ter acesso direto à área de tratamentos e onde se encontram os doentes. Deseja-se que o espaço seja confortável, acolhedor e que permita privacidade.

Com a formação ministrada aos Enfermeiros pretende-se que seja uniformizado as informações a serem transmitidas, esclarecidas dúvidas e tentar balizar o discurso dentro dos limites da profissão. Desta forma também será possível a partilha de experiências e sentimentos entre os elementos da equipa, fortalecendo capacidades. Neste momento será efetuada a aplicação de um segundo questionário, com questões acerca da formação.

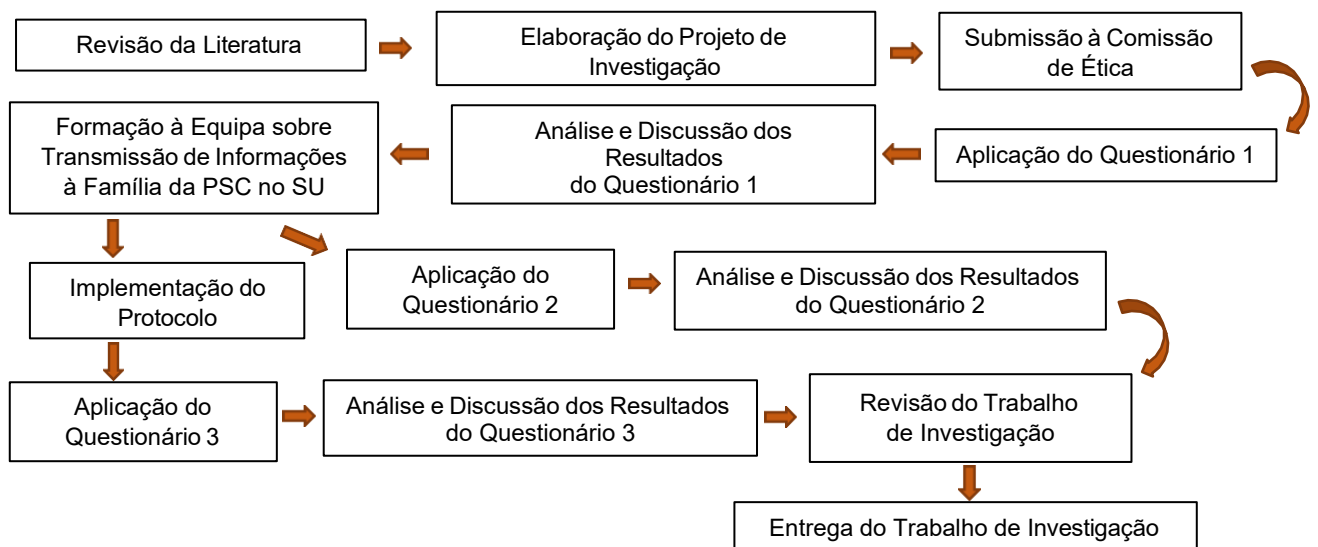
No fim de implementado o protocolo prevê-se a aplicação de um novo questionário (questionário 3), com análise e discussão dos resultados.

Para finalizar, será realizada uma revisão do trabalho de investigação e a sua submissão.

Como indicadores/variáveis que serão utilizadas para a avaliação da evolução do projeto temos a avaliação da perceção dos Enfermeiros, a avaliação da formação ministrada e a avaliação da utilidade e da exequibilidade do protocolo implementado.

Todas as tarefas serão realizadas e implementadas pela investigadora principal, com o apoio das Chefias e da Equipa do SU do [REDACTED] assim como do orientador do Projeto, Professor Doutor Hugo Duarte.

De seguida apresenta-se o fluxograma do projeto:



**Figura 1 – Fluxograma do projeto**

Apresenta-se ainda o cronograma do projeto:

**Quadro 1 – Cronograma do projeto**

	2023												2024	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV
Revisão da Literatura														
Elaboração do Projeto de Investigação														
Submissão à Comissão de Ética														
Aplicação do Questionário 1														
Análise e Discussão dos resultados do Questionário 1														
Formação à Equipa sobre Transmissão de Informações à família da PSC no SU														
Aplicação do Questionário 2														
Análise e Discussão dos resultados do Questionário 2														
Implementação do Protocolo														
Aplicação do Questionário 3														
Análise e Discussão dos resultados do Questionário 3														
Revisão do Trabalho de Investigação														
Entrega do Trabalho de Investigação														

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto destina-se a ser aplicado no SU do [REDACTED]. Através de um *brainstorming* no serviço percebeu-se que as reduzidas informações que são transmitidas à família da PSC, atualmente, causam transtorno tanto aos profissionais como aos doentes e familiares. De forma a perceber melhor a dimensão do problema, após uma revisão da literatura, realizou-se nova sessão de *brainstorming* com os Enfermeiros do SU do [REDACTED]. Destes resultados preliminares concluiu-se que a grande maioria da Equipa de Enfermagem já transmitiu informações à família da PSC no SU e que as acha muito pertinentes. Também grande parte da mesma referiu sentir dificuldades nessa transmissão. A totalidade dos Enfermeiros referiu achar pertinente haver formação direcionada a Equipa de Enfermagem sobre essa transmissão e a criação de um protocolo para a transmissão de dados (principal objetivo do projeto).

Concluiu-se ainda, através da revisão da literatura, que a deslocação ou internamento de um familiar no SU, provoca desequilíbrio em todo o seio familiar, incitando tensão e ansiedade. O utente deve ser visto como um todo, incluindo-se assim a sua família. Por conseguinte, esta merece a nossa melhor atenção na prestação de cuidados de enfermagem a par do doente.

Desenvolver uma comunicação eficaz é muito importante, mas necessita que sejam desenvolvidas e aperfeiçoadas técnicas de comunicação terapêutica. Vamos assim ao encontro dos principais objetivos deste projeto – a criação de um protocolo para a transmissão de informações à família da PSC no SU, que inclui não só a criação do próprio circuito, como a criação de formação para os Enfermeiros e um espaço adequado e acolhedor. Desta forma conseguimos clarificar a situação, reduzir a ansiedade da família e fornecer suporte emocional, levando à diminuição do seu sofrimento.

Este trabalho tornou-se importante para refletir sobre a temática e para a delimitação dos passos subsequentes, como é possível analisar no cronograma desenvolvido.

Através de pesquisa em bases de dados foi possível analisar alguns estudos encontrados, mas continua a existir um défice dos mesmos em Portugal, principalmente através da perceção dos enfermeiros. Foi uma dificuldade sentida, o que motivou ainda mais a criação da sessão de *brainstorming* junto da Equipa, e desta forma ter uma perceção ainda mais realista do meu dia-a-dia.

Este projeto, e esta temática, ainda se encontram em desenvolvimento. Fica assim a ideia que é um assunto que tem muito por onde ser explorado, e que assim acontecerá com o desenrolar do tempo.

O acesso a informação atualizada é um direito do cliente e da família, previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros. Cabe aos Enfermeiros, e principalmente aos Enfermeiros Especialista, lutar por este direito.

Com este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem pretende-se, tal como a descrição o indica, melhorar os cuidados de enfermagem prestados no SU do [REDACTED] produzindo ganhos em saúde na PSC e na família/comunidade. Após o protocolo implementado, este resultado considera-se possível. Apesar de se encontra em desenvolvimento e sempre em constante modificação e melhoria, foi possível identificar algumas lacunas que serão corrigidas oportunamente, nas fases seguintes. No final de todas as tarefas realizadas, o projeto irá ser avaliado quanto à sua utilidade e exequibilidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Aziz, A. L., Ahmed, S. E. S., & Younis, G. A. E. (2017). Family needs of critically ill patients admitted to the intensive care unit: Comparison of nurses and family perception. *American Journal of Nursing Science*, 6(4), 333-346. <http://doi.org/10.11648/j.ajns.20170604.18>
- Adams, A. M. N., Mannix, T. & Harrington, A. (2015). Nurse's communication with families in the intensive care unit: a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(2), 70-80. <http://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Almaze, J. P. B. & De Beer, J. (2017). Patient-and-family-centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care*, 33(2), 59-65. <http://doi.org/10.7196/317>
- Barndt, S. N. (2018). Death in Trauma: The Role of the ACNP in Patient Advocacy and Familial Support in End-of-Life Care Decision-Making. *Journal of Trauma Nursing*, 25(3), 171-176. <http://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000363>
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L., & Marcons, S. S. (2019). Presence Of The Family During Emergency Care: Patient And Family Living. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 28(2), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150>
- Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30-45. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>
- Briggs, D. A. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 32(2), 41-48. [http://doi.org/10.7748/ns\\_2017.e10812](http://doi.org/10.7748/ns_2017.e10812)
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S. da, Matos, M. M. S. de, Patrica, H. M., Silva, A. R. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R. & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(35). <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018) *CIPE® - Português*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz M. R. (2007). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-95. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Ganz, F. D., Yihye, G. & Beckman, N. (2019). Family-centered communication and acute stress in Israeli intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 28(4), 274-80. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019562>
- Hoffmann, E. & Olsen, P. R. (2018). Like an ace up the sleeve: an interview study of nurses' experiences of the contact with relatives in a somatic emergency ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1207–1214. <https://doi.org/10.1111/scs.12566>
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y. C., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Kalocsai, C., Amaral, A., Piquette, D., Walter, G., Dev, S.P., Taylor, P., Downar, J. & Gotlib Conn, L. (2018). "It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients. *BMC Health Services Research*, 18(1), 533. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3341-1>
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos. Editora CVR.
- Lukmanulhakim, Suryani & Anastasia, A. (2016). The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(12), 5456-5462. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20164228>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. (2008). *Parecer CJ – 8 / 2008*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer8\\_2008\\_%20informacoes\\_telefonicas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º429/2018 do Diário da República: II Série, n.º135. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf)
- Pecanac, K. & King, B. (2019). Nurse-family communication during and after family meetings in the intensive care unit. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(2), 129-137.  
<http://doi.org/10.1111/jnu.12459>
- Petrinec, A. B. & Daly, B. J. (2016). Post-traumatic stress symptoms in post-ICU family members: review and methodological challenges. *Western Journal of Nursing Research*, 38(1), 57-78.  
<http://doi.org/10.1177/0193945914544176>
- Sá, F. L., Botelho, M. A. & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/23757>
- Sá, F. L. & Henriques, H. M. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 109-123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Sá, F. L., & Velez, M. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21007>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention (7th ed.)*. F. A. Davis Company.
- Warrilow, S., Farley, K. J., & Jones, D. (2015). Ten practical strategies for effective communication with relatives of ICU patients. *Intensive Care Medicine Journal*, 41(12), 2173-6.  
<http://doi.org/10.1007/s00134-015-3815-0>
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families – A Guide to Family Assessment and Intervention (6th edition)*. F.A. Davis Company.
- Yildirim, T., & Özlü, Z. K. (2018). Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nursing Midwifery Studies*, 7(1), 33-38. [https://doi.org/10.4103/nms.nms\\_100\\_17](https://doi.org/10.4103/nms.nms_100_17)

**ANEXOS**

ANEXO I – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA, DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA UNIDADE HOSPITALAR

## Parecer do Centro de Investigação do Centro Hospitalar:

FW: Projeto de Melhoria dos Cuidados - Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da Unidade de t

CA

Responder

De:

Enviada: 14 de setembro de 2023 19:40

Para: - Secretariado CA

Cc:

Assunto: RE: Projeto de Melhoria dos Cuidados - Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência

Boa tarde,

O parecer do Centro de Investigação:

Trata-se de um estudo não clínico, observacional, por aplicação de questionário aos profissionais do

Tem parecer positivo da CES do

Recomenda-se aprovação para implementação no CHO".

Com os melhores Cumprimentos,

Director do Centro de Investigação do

Assistente Hospitalar de Otorrinolaringologia

Doutorado em Medicina - Investigação Clínica pela Faculdade de Ciências Médicas/UNL

## Parecer do Conselho de Administração do Centro Hospitalar:

Assunto FW: Projeto de Melhoria dos Cuidados - Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da



Pedido de Parecer Comissão Ética

2 MB



FW: Projeto de Melhoria dos Cuidados - Transmissão de Informações à Famíl... (210 KB)

Item do Outlook



Parecer CES.pdf

136 KB

De: Secretariado CA -

Enviado: 28 de setembro de 2023 19:28

Para: Joana dos Santos Pina Luís <5220174@my.ipleiria.pt>

Assunto: FW: Projeto de Melhoria dos Cuidados - Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da Unidade

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Exm.ª Senhora

Enf.ª Joana Pina

O Conselho de Administração, após pareceres da Comissão de Ética para a Saúde e do Centro de Investigação, deliberou autorizar a aplicação do Projeto. Mais deliberou que as conclusões do estudo, após o seu término, deverão ser remetidas a este Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar:



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE 1979-2019



DATA ENTRADA CES  
04/04/2023

NOSSA REFERÊNCIA  
Nº: 16/CES/2023

DATA PARECER CES  
02/06/2023

### Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde



**Assunto:**

Pedido de Parecer acerca da realização do Estudo “Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência da [REDACTED] realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

**Proponentes:**

Investigador Principal: Enfermeira e Mestranda Joana dos Santos Pina Luís Marques.

Orientador: Professor Doutor Hugo Duarte – Professor Adjunto Escola Superior de Saúde de Leiria (Instituto Politécnico de Leiria).

**Objetivos:**

Objetivo Principal:

- Implementar um protocolo de atuação para a transmissão de informações à família da Pessoa em Situação Crítica (PSC) no Serviço de Urgência (SU) da [REDACTED]

Objetivos específicos:

- Avaliar a perceção da equipa de enfermagem do SU do [REDACTED] sobre a pertinência da transmissão de informações à família da PSC no SU, assim como da existência de dificuldades na mesma;

- Criar um protocolo de atuação para a transmissão eficaz de informações à família da PSC no SU do [REDACTED]
- Avaliar a utilidade e exequibilidade da implementação do protocolo de atuação para a transmissão de informações à família da PSC no SU, pela equipa de Enfermagem do SU do [REDACTED]

**Destinatários:**

Enfermeiros que prestem serviço no Serviço de Urgência do [REDACTED]

**Metodologia:**

Estudo do tipo quantitativo, descritivo e correlacional. Relativamente à metodologia utilizada foi tido como população-alvo os Enfermeiros do SU do [REDACTED] e como amostra os Enfermeiros inquiridos em 3 momentos diferentes, através de aplicação de questionários onde serão recolhidos dados de caracterização sociodemográfica, académica e profissional e dados sobre o parecer/opinião dos Enfermeiros acerca da transmissão de informações à família, assim como relacionados com a implementação do protocolo.

**Aspetos éticos e deontológicos:**


A investigadora compromete-se a assegurar os princípios éticos inerentes à investigação científica, nomeadamente o direito à proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Refere-se ainda, que com o preenchimento do questionário não se preveem prejuízos nem benefícios para o participante, sendo a participação voluntária, podendo o participante desistir a qualquer momento sem qualquer consequência.

Assim, e atendendo às devidas questões éticas e de garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, a Comissão de Ética para a Saúde [REDACTED] concorda com a realização do presente projeto de investigação.

Sugere-se que seja solicitado e remetido ao Exmo. Conselho de Administração do CHO um resumo dos resultados obtidos no final da presente investigação.




À consideração do Exmo. Conselho de Administração

 02 de junho de 2023

O Relator

  
-----

A Comissão de Ética para a Saúde do 

  
-----

