

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem

**Pedro Miguel Carvalho Correia**

**Orientador:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

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

Leiria, de maio de 2022

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem

Apresentado para obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Pedro Miguel Carvalho Correia Nº 5190765

**Orientador:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

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

Leiria, de maio de 2022

## **AGRADECIMENTOS**

Venho expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a construção e realização desta etapa formativa.

Em primeiro lugar, à minha esposa, por tudo aquilo que representa na minha vida, por todo o seu apoio e compreensão ao longo desta etapa.

À minha irmã e família por tudo o que representam e pelo apoio que sempre demonstraram.

Expresso ainda a minha mais sincera e profunda gratidão à Sra. Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe por toda a disponibilidade e pela preciosa ajuda na orientação deste percurso formativo.

A todos vós, o meu Muito Obrigado!

## RESUMO

O presente relatório é o resultado formal da conclusão do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria sendo constituído por duas partes. A primeira tem como objetivo descrever e analisar de forma sistematizada e reflexiva as atividades e experiências vivenciadas nos diversos contextos de Ensino Clínico: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e serviço de hemodialise conducentes à aquisição de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica, com vista à obtenção do grau de Mestre.

Este relatório é apresentado e baseado nos domínios de competência do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica da Ordem dos Enfermeiros, documentados no Regulamento 429/2018. Analisa e confronta ainda a experiência dos ensinamentos clínicos com os documentos oficiais da DGS, OE, sociedades internacionais e evidência científica mais recente e atual. É, portanto, demonstrativo do percurso formativo e inerente construção da identidade de um enfermeiro especialista.

A fim de dar cumprimento ao desenvolvimento de competências de investigação, na segunda parte encontra-se o trabalho de investigação sobre “A violência no serviço de urgência na perceção dos Enfermeiros “é um tema que, quer a nível investigativo quer no contexto prático, tem pouca evidência realçando assim, a importância da intervenção da enfermagem nesta temática.

**Palavras-chave:** Competências; Enfermeiros; Pessoa em situação crítica; Serviço de Urgência; Violência no Local de Trabalho

## **ABSTRACT**

This report is the formal result of the conclusion of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Specialization in Nursing for Person in Critical Situation, taught at the Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, consisting in two parts. The first aims to describe and analyze in a systematic and reflective way the activities and experiences lived in the different contexts of Clinical Teaching: Emergency Department, Intensive Care Unit and Hemodialysis Service, leading to the acquisition of specialized skills in the area of the person in critical situation, with a view to obtaining a Master's degree.

This report is presented and based on the domains of competence of the nurse specialist in the person in critical condition of Ordem dos Enfermeiros, documented in Regulation 429/2018. It also analyzes and compares the experience of clinical teaching with official documents from the DGS, OE, international societies and the most recent and current scientific evidence. It is, therefore, demonstrative of the formative path and inherent construction of the identity of a specialist nurse.

In order to comply with the development of research skills, the second part contains the research work on “Violence in the emergency department in the perception of nurses” is a topic that, both at an investigative level and in a practical context, has little evidence thus highlighting the importance of nursing intervention in this issue.

**Keywords:** Critically Patient; Emergency Department; Nurses; Skills; Violence in the workplace



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

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

**ANA** – *American Nurse Association*

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BPS** – *Behavioural Pain Scale*

**CCOT** – *Critical Care outreach team*

**CV** – Cateter Vesical

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EC** – Ensino clínico

**EMI** – Emergência Médica Intra Hospitalar

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**EPSC** – Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

**ERS** – Entidade Reguladora da Saúde

**ESICM** – *European Society of Intensive Medicine*

**ESPEN** – *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

**EVA** – Escala Visual Analógica

**HD** – Hemodiálise

**HER +** - *Health Event & Risk management*

**HFAR** – Hospital das Forças Armadas

**HVFX** – Hospital de Vila Franca de Xira

**IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**ICN** – *Internacional Council of Nurses*

**ISBAR** – *Identificacion, Situacion, Background, Assessment, Recommendation*

**JCI** – *Joint Commission International*

**KPC** – *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

**MAR** – Medicação de Alto Risco

**MET** – *Medical emergency team*

**MRSA** – *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OSHA** – *Occupational Safety and Health Administration*

**PBCI** – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

**PCR** – Paragem Cardiorrespiratória

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**RASS** – *Richmon Assessment Sedation Scale*

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**RRT** – *Rapid response team*

**SHD** – Serviço de Hemodialise

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SO** – Sala de observação

**SPCI** – Sociedade Portuguesa De Cuidados Intensivos

**SPSS** – *Statistical Package for Social Sciences*

**SU** – Serviço de Urgência

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

**UP** – Úlceras por Pressão

**VVAVC** – Via Verde de AVC

**VVC** – Via Verde Coronária

**VVS** – Via Verde de Sepsis

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO</b> .....	13
<b>1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO</b> .....	13
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS .....	13
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA .....	15
1.3. SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA .....	17
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b> .....	17
2.1. CUIDADO À PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA .....	18
2.2. RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE/EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS .....	26
2.3. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO .....	28
<b>3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	30
3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	31
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	33
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	36
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	38
<b>CONCLUSÃO</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41
<b>PARTE II – A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	50
Introdução .....	52
Enquadramento .....	52
Questão de investigação .....	54
Metodologia .....	54
Resultados .....	55
Discussão .....	62

Conclusão .....	66
Referências Bibliográficas .....	68
<b>ANEXOS</b> .....	<b>72</b>
<b>ANEXO I – Questionário Online (GoogleForms)</b> .....	<b>73</b>

## INTRODUÇÃO

O presente documento foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com relatório do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica do Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde remetendo-se para a sua defesa em prova pública com vista à obtenção do grau de Mestre assim como para obtenção de título de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, de acordo com o parecer favorável emitido pela Ordem dos Enfermeiros (Despacho 8925/2020). O mesmo visa explicar o processo de desenvolvimento de competências de especialista num processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, possibilitando a construção de conhecimento próprio de enfermagem baseado e articulado na evidência científica e as demais instituições como sejam a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Direção-Geral da Saúde (DGS). Encontra-se estruturado em duas partes distintas: a primeira desenvolve o relatório final tendo por base uma metodologia crítico-reflexiva sobre as oportunidades e experiências vivenciadas nos contextos de ensino clínico (EC) em comparação com os referenciais da disciplina de Enfermagem e a segunda compreende um estudo de investigação sobre a violência no serviço de urgência na percepção dos enfermeiros.

A primeira parte encontra-se dividida em três capítulos: o primeiro refere-se à caracterização dos locais de EC, onde são apresentados os locais de EC e a justificação para a sua escolha na tomada de decisão para o processo formativo. Os mesmos foram realizados entre o período de 2020 a 2021 em contextos de Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Hemodialise (SHD). O ensino clínico de urgência foi realizado no SU do Hospital das Forças Armadas no período de 09 de setembro a 13 de novembro de 2020; o ensino clínico de cuidados intensivos foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX) no período de 15 de setembro de 2020 a 29 de janeiro de 2021; finalizando o processo formativo prático o último ensino clínico de opção foi realizado no SHD do Hospital de Vila Franca de Xira no período de 15 outubro de 2021 a 29 de dezembro de 2021. Os dois capítulos seguintes referem-se ao processo reflexivo sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica (EPSC) e as competências comuns do enfermeiro especialista. No processo reflexivo destes capítulos pretende-se expor situações vivenciadas durante os ensinamentos clínicos relacionadas com o tema em questão e confrontar de forma argumentativa com os mais recentes artigos científicos existentes acerca dos temas abordados, com os

padrões de qualidade de cuidados de enfermagem especializada em EPSC da OE, entre outros.

Nestes capítulos, cada subcapítulo é nomeado da mesma forma que os domínios de competências específicas apresentados no Regulamento 429/2018 relativos à Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e no Regulamento 140/2019 relativos às competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Compreender o cuidar exige que o enfermeiro especialista estenda a sua área de ação de forma a não negligenciar nenhuma área do cuidar. As teorias de enfermagem são a melhor configuração para a realização do respetivo direcionamento. Do ponto de vista do doente crítico, dado o seu ponto de partida ser a transição de um estado de saúde para um estado de doença, a teoria das transições de Meleis parece ser a que melhor empodera o enfermeiro especialista para a compreensão na situação crítica. Desta forma, o relatório

tem assim por base esta teoria como motor do pensamento e das conceções sobre o cuidar ajudando a ajustar e analisar as intervenções de enfermagem de forma a integrar todas as necessidades da pessoa em situação crítica.

Na segunda parte desenvolve-se um trabalho de investigação sobre “a violência no serviço de urgência na perceção dos Enfermeiros “. Os incidentes de violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência são uma preocupação atual das várias entidades. Os serviços de urgência são na sua plenitude ambientes de elevado stress para doentes, acompanhantes e profissionais de saúde, proporcionando situações de insegurança e violência. A violência no local de trabalho é um fator de transtorno psicológico e físico que leva a ausências no local de trabalho, a uma diminuição no desempenho e empenho dos enfermeiros e conseqüentemente a uma diminuição de rendimento. É um tema que, quer a nível investigativo quer no contexto prático, tem pouca evidência realçando assim, a importância da intervenção da enfermagem nesta temática.

O documento encontra-se estruturalmente construído com base no Guia de elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei, 2018) e nas normas para a citação e referenciação da *American Psychological Association* 7ª edição (2020).

A elaboração do artigo na parte II é de acordo com as normas da Revista Científica de Enfermagem Referência, com exceção para o texto justificado.

## PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

### 1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

O EC é considerado como um importante momento de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a consolidação e desenvolvimento de novos conhecimentos, ou seja, de um saber contextualizado (Simões et al., 2008), sendo os contextos de EC o local indicado para a construção de saberes e atitudes profissionais, permitindo relacionar a teoria com a prática (Alarcão & Rua, 2005). Assim as escolhas dos locais de ensino clínico foram assentes no processo de tomada de decisão, pilar importante no desenvolvimento do enfermeiro especialista, de forma consciente tendo em consideração a minha visão pessoal sobre o enfermeiro especialista, sobre os fatores facilitadores no meu processo de aprendizagem e os locais que me poderiam enriquecer/capacitar a minha prática de cuidados na minha área de intervenção, o serviço de urgência.

Os diversos contextos de EC revelaram-se bastante desafiante para mim, proporcionando-me um vasto conjunto de experiências das quais resultaram diversos momentos, não só de aprendizagem, mas também de consolidação de conhecimentos já existentes e de partilha com as equipas multidisciplinares.

#### 1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Numa urgência hospitalar a prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos, constitui uma das realidades mais exigentes e desafiadoras, na dimensão em que a instabilidade persistente deste contexto da prática leva a que os enfermeiros desenvolvam determinadas competências, atitudes e condutas singulares de quem procura conhecer continuamente o estado da pessoa a cuidar, de prever e detetar prematuramente as complicações e garantir uma intervenção rápida e adequada. É, portanto, um “(...) misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado” (Alminhas, 2007, p.14). O atendimento ao doente crítico exige uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intra-hospitalar (Ferreira et al., 2008). O reconhecimento deste problema levou à criação das Salas de Emergência. Estas são um local fundamental dos SU que concentra meios logísticos e recursos humanos altamente diferenciados capazes de dar resposta ao doente crítico emergente, isto é, com “situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p.7).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015, n.p.), o serviço de urgência é uma “unidade funcional clínica de um estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde a indivíduos que acedem do exterior com alteração súbita ou agravamento do estado de saúde, a qualquer hora do dia ou da noite durante 24 horas”.

O SU do Hospital das Forças Armadas é uma das instituições integradas no ramo das Forças Armadas localizado em Lisboa. É atualmente um serviço que se encontra dividido em duas áreas: a Urgência Geral e a Urgência Covid. Sendo que ambas são interdependentes.

No que concede à estrutura física do SU, este é composto por uma sala de espera onde os utentes, após realizarem a admissão aguardam pela triagem, e posteriormente, pela observação médica. O SU dispõe de uma sala de triagem, uma sala de emergência, uma sala de ortopedia e de pequena cirurgia, um corredor para macas, um balcão/sala de tratamento com cadeirões, uma sala de observação (SO) e dois gabinetes médicos. Também existem espaços de “apoio”, nomeadamente gabinetes de apoio, salas de arrumos, instalações sanitárias e copa. A sala de emergência dispõe de uma unidade e o SO dispõe de capacidade para 6 utentes.

Este SU apresenta grandes limitações a nível físico, sendo por vezes necessário realizar ajustes e reestruturação de espaços de acordo com o nível de afluência de utentes.

A nível humano, a equipa de enfermagem é constituída por 30 enfermeiros, dos quais dois são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Dos 30 enfermeiros, um desempenha o cargo de chefia, um de segundo elemento e cinco desempenham funções de responsável de turno.

No que diz respeito à organização de cuidados, o método de trabalho utilizado é o individual, o qual preconiza a prestação de cuidados globais e individualizados por um enfermeiro a um determinado número de utentes (Costa, 2004), não inviabilizando o trabalho de equipa entre os diversos elementos presentes. Este método torna-se facilitador da relação enfermeiro-pessoa, permitindo a implementação de um processo de enfermagem que promova a melhoria contínua da qualidade dos registos efetuados, valorizando também as competências de cada profissional. Os registos de enfermagem, são realizados de forma informatizada no programa “*Glintt*” permitindo a partilha de dados entre os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar.

Os objetivos definidos para este EC procuraram a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências em diferentes domínios, que me irão permitir intervir como futuro Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente do doente crítico.

## 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Numa UCI a prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos, constitui uma das realidades mais exigentes e desafiadoras, na dimensão em que a instabilidade persistente deste contexto da prática leva a que os enfermeiros desenvolvam determinadas competências, atitudes e condutas singulares de quem procura conhecer continuamente o estado da pessoa a cuidar, de prever e detetar prematuramente as complicações e garantir uma intervenção rápida e adequada. É, portanto, um “(...) misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado” (Alminhas, 2007, p.14). O atendimento ao doente crítico exige uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intra-hospitalar (Ferreira et al., 2008).

A UCI do Hospital de Vila Franca de Xira é uma unidade polivalente, que dispõe de oito unidades, em *open space*, capacitadas para a prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco, respeitando a sua privacidade. Situa-se no piso dois, próximo do Bloco Operatório e do Serviço de Urgência, serviços que mais transferência de doentes fazem para esta unidade. Contudo, esta unidade também dá apoio a doentes de todos os serviços do hospital, assim como de outras instituições do país, desde que a transferência tenha previamente sido acordada com o médico de serviço.

Esta unidade, de acordo com a classificação das áreas onde se prestam cuidados intensivos referenciadas no Diário da República n.º 172, 2ª Série (2018, p. 25017), enquadra-se nas unidades de nível III, que “correspondem aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas (...)”. Os doentes internados na UCI são doentes críticos, uma vez que “a 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).

A estrutura física da UCI é constituída por um conjunto de espaços físicos, nomeadamente: uma sala ampla dividida em oito *boxes*, sala de trabalho de enfermagem, gabinete da enfermeira chefe, sala de reuniões, gabinete do diretor do serviço, salas para armazenamento de equipamentos e material de consumo clínico, copa, vestiários, wc's, sala dos sujos e limpos, gabinete do secretário de unidade e sala de espera de visitas.

Em relação aos recursos humanos, o serviço possui uma estrutura própria constituída por uma vasta equipa médica de especialistas em medicina interna e intensiva; uma

vasta equipa de enfermagem com formação em área de medicina intensiva com vários enfermeiros especialistas na área de reabilitação e médico cirúrgica. A tempo parcial colabora os técnicos de fisioterapia e algumas especialidades como sejam cardiologia ou especialidades do foro cirúrgico.

Os recursos materiais presentes no serviço são uma mais-valia para o bom funcionamento do mesmo e para a qualidade dos cuidados prestados, destacando-se o material para monitorização invasiva, de ventilação invasiva, o equipamento de infusão/perfusão e o equipamento para técnicas dialíticas.

Estão disponíveis a nível informático, a partir da intranet da instituição: sistemas de informação que permitem a requisição de reparações a equipamentos do serviço, a gestão de *stock* de medicamentos em parceria com o serviço farmacêutico, os pedidos de alimentação e de materiais, o *B-SIMPLE*® – onde é elaborado o processo do doente e posteriores registos.

Em relação ao método de trabalho utilizado este desenvolve-se segundo o método individual em que cada elemento é responsável pela prestação de cuidados individualizados aos doentes pelos quais é responsável. Parreira (2005, p .25) refere que “O método de trabalho explicitado proporciona uma prestação de cuidados com maior nível de personalização, confere maior autonomia ao enfermeiro e facilita o ensino, mas requer maior dotação de pessoal e dificuldade na sua adequação ao regime de horário rotativo”.

Objetivando a organização do serviço e a especificidade dos doentes, este método de prestação de trabalho é o que melhor se adequa à realidade do serviço, pois favorece a relação enfermeiro-doente e permite um conhecimento mais profundo de cada doente, sendo este cuidado como um todo, em que as necessidades não são fracionadas (Frederico & Leitão, 1999).

A enfermeira chefe e o enfermeiro responsável de turno desenvolvem competências fundamentais de gestão no seio do serviço uma vez que gerem os recursos humanos e materiais do serviço, fazem a interligação entre as equipas multidisciplinares, supervisionam as práticas e procuram motivar todos os membros de equipa a manter uma boa relação interpessoal para a melhoria dos cuidados prestados.

A escolha da UCIP para realização desta etapa de mestrado prende-se com facto de ter tido um contato prévio com a unidade, no âmbito transferência de doentes dentro da instituição. A organização da unidade e a multiplicidade de valências existentes foram as principais razões de escolha.

### 1.3. SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

O SHD do Hospital de Vila Franca de Xira recebe doentes em regime de ambulatório e doentes das unidades de internamento do próprio hospital. Encontra-se dividido em duas áreas distintas face ao plano de contingência atual para o controle da doença COVID-19. Assim, existe a área COVID com limitação para quatro doentes e a área NÃO COVID para 21 doentes.

Os doentes de ambulatório fazem parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e estão inseridos numa plataforma informática (Gestão Integrada da Doença), gerida e centralizada com o Hospital Curry Cabral.

A gestão dos doentes de internamento a realizar hemodiálise neste serviço é feita pela equipa médica e pela enfermeira chefe.

A norma das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, publicada em Diário da República nº 233 de 2 de dezembro de 2014, define o número mínimo de enfermeiros para as unidades de diálise. De acordo com esta norma o número de enfermeiros deve ser ajustado à realidade de cada organização, referenciando como recomendação a existência de um enfermeiro por cada quatro doentes em diálise. Neste serviço, esta dotação é diariamente tida em conta e gerida com a equipa de enfermeiros do serviço e consulta externa.

A escolha do serviço de hemodiálise (HD) do HVFX para realização desse etapa de mestrado prende-se com o fato de até á data não ter tido qualquer contacto formativo num serviço de atuação de uma área tão específica e em falta no meu percurso profissional.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) e sua família são cuidados de elevada qualificação prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou diversas funções vitais em risco imediato, dando resposta às necessidades afetadas, mantendo as funções vitais com o objetivo de prevenir complicações e limitar incapacidades futuras, tendo em vista a recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem assim a observação da pessoa de uma forma contínua, de forma a detetar complicações precocemente e a intervir sobre as mesmas de uma forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 11) a definição de competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

As competências específicas do enfermeiro especialista em EPSC serão explanadas, de acordo com o enunciado no Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República. Pretendem explorar de uma forma reflexiva, a forma como foram desenvolvidas e exploradas no decurso dos ensinamentos clínicos.

## 2.1. CUIDADO À PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Qualquer que seja a pessoa que vivencie processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, necessita obrigatoriamente de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, maximizando os resultados e a recuperação total da pessoa. Inevitavelmente o enfermeiro é o elemento de referência na admissão hospitalar do doente. Enquanto especialista em EPSC, o mesmo torna-se o elemento crucial em todo o percurso da pessoa em situação crítica, face às suas competências teórico-práticas, desenvolvidas no âmbito da compreensão dos processos de declínio orgânico e treino de resposta aos mesmos de forma precisa e eficiente. Ao enfermeiro é exigido a aplicação de um extenso conjunto de habilidades para observar a condição clínica do doente. As observações são baseadas na compreensão das necessidades humanas e das funções bio fisiológicas, usando-as através da observação, quer da avaliação clínica quer da monitorização técnica, de modo a reconhecer focos de instabilidade (Alastalo et al., 2017) neste sentido ao longo dos ensinamentos clínicos o meu foco de atuação foi sempre baseado na procura de ferramentas e instrumentos que auxiliassem a minha tomada de decisão.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, indo em conta aos objetivos definidos, foi dada uma maior importância à prestação de cuidados a doentes em estado crítico, do foro médico e cirúrgico. No serviço de urgência a maioria das situações presenciadas e que requereram o meu foco de atenção e atuação foram insuficiências respiratórias contraídas maioritariamente por *SarsCov-2*, os doentes politraumatizados, os doentes com bradi e taquidisritimias, enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC). No serviço de cuidados intensivos tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente além da avaliação e monitorização eletrocardiográfica contínua, da monitorização de pontos hemodinâmicos, gasimetria arterial, saturação venosa de oxigénio, capnografia contínua nos doentes ventilados e terapia de substituição renal contínua. Também associado aos cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva, a avaliação e interpretação de modos e parâmetros ventilatórios. No serviço de HD do HVFX, o foco de atuação recaiu sobre o doente internado ou proveniente do serviço de urgência, nomeadamente sala de reanimação, com necessidade de técnica dialítica de emergência. A abordagem ao doente em cada um dos respetivos ensinamentos

clínicos foi baseada de uma forma sistematizada, facilitando a gestão de tempo e o reconhecimento precoce da deterioração clínica, mais concretamente falando, a “*golden hour*”. Para isso, a abordagem sistemática de acordo com o algoritmo “*Airway/Breathing/Circulation/Disability/Exposure*” (ABCDE) assume e revela-se de extrema importância. Apesar da sua maior expressão ser a abordagem ao doente politraumatizado, esta abordagem é amplamente aceite por especialistas em medicina de emergência e melhora os resultados, ajudando os profissionais de saúde a focarem-se nos problemas clínicos com maior risco de vida. Num cenário agudo, o uso da metodologia ABCDE pelos membros da equipa, pode economizar tempo valioso e melhorar o desempenho da mesma (Thim et al., 2012). Este é um método de avaliação e de registo de enfermagem usado na sala de reanimação do Hospital das Forças Armadas (HFAR), alargado ao restante serviço, que facilita a rápida avaliação e realização de registos completos e sistematizados.

Os sinais vitais, do meu ponto de vista, além da abordagem sistematizada, constituíram uma importante ferramenta ao longo dos ensinamentos clínicos, uma vez, que foram demonstrativos de serem fontes de informação que facilmente nos permitem perceber o grau de deterioração dos doentes. Nos três ensinamentos clínicos, os serviços são dotados de sistemas de monitorização de rotina que atribuem pontuações, estratificando assim o risco de deterioração e o nível de monitorização exigido ao doente. Se não existirem obstáculos a esse nível, estes revelam-se úteis na assistência aos doentes e é um bom recurso para a gestão dos doentes após a triagem, por exemplo, nos casos de sobrelotação em que a primeira observação clínica é demorada (Wuytack et al., 2017). Os serviços baseiam-se no “*National Early Warning Score*” e foi demonstrativo de ser uma ferramenta muito importante, no entanto, a nível de urgência deverá sempre ser adaptada nomeadamente a nível da ampliação dos limites de parâmetros vitais de forma que reflita a deterioração do doente de uma forma mais fidedigna. Ao enfermeiro EPSC, cabe dominar este tipo de ferramentas de forma a antecipar focos de instabilidade e prevenção de complicações, pois a ferramenta, não é mais do que uma estratificação de risco que pode traduzir sinais de choque e consequente atuação perante esse cenário. Classicamente o choque é definido como uma condição em que o aporte de oxigénio é inadequado perante as necessidades do doente, o que significa que existe uma inadequação da utilização do oxigénio a nível celular, seja por uma diminuição da quantidade existente ou uma incapacidade de utilização do mesmo pela célula (Dell’Anna et al., 2019). Este processo irá manifestar-se exteriormente com alterações dos sinais vitais que continuam a ser a forma mais simples, económica e que mais informação fornece sobre o estado clínico do doente. Por exemplo, o pulso e frequência respiratória e respetivas características, são frequentemente desvalorizados e, no

entanto, são dos sinais mais precoces de deterioração (Kellet & Sebat, 2017). O enfermeiro no serviço de urgência deve ser detentor de todas as competências que lhe permitam identificar precocemente focos de instabilidade e choque desde o momento da admissão hospitalar, até à alta ou transferência para outro serviço. Por este motivo defendo que todos os enfermeiros do serviço de urgência, nomeadamente o alocado ao posto de triagem, deveria ser ocupado por enfermeiros EPSC pelo enquadramento legal das competências do especialista, ao contrário do que é observado em grande maioria dos serviços de urgência.

A nível de UCI e serviço de HD, ao contrário do que acontece no serviço de urgência, a monitorização de sinais vitais mais invasiva assume um papel mais preponderante e complexo. No ensino clínico de UCI e HD desenvolvi competências nas áreas de monitorização contínua, curvas hemodinâmicas e posterior relacionamento com a observação clínica propriamente dita do doente, percebendo que quanto maior é a especificidade da área de cuidado mais específica é a monitorização. Assim o objetivo da monitorização hemodinâmica é que permita uma análise de tendências e se possa avaliar intervenções realizadas de forma a prevenir e tratar a hipoperfusão tecidual (Booker, 2015). Como enfermeiro, a monitorização hemodinâmica e o desenvolvimento de competências na área da vigilância e deteção de focos de instabilidade foi um desafio muito interessante para uma atuação precoce e controlo de falência, no entanto, quando inevitavelmente a falência ocorre, tornando-se numa situação de emergência é fundamental o enfermeiro EPSC ser detentor de algoritmos para que consiga proceder à “apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” como é referido no enunciado de prevenção de complicações nos padrões de qualidade referentes à EPSC da OE (2017b). Neste sentido, os algoritmos de paragem cardiorrespiratória (PCR), bradi e taquidisritmia, e hipercaliémia, foram os que mais frequentemente foram usados e observados nos campos de estágios. Como forma de responder perante estas situações, procurei a aquisição de formação complementar (Suporte Avançado de Vida, *International Trauma Life Support*) que me permitiram atuar de uma forma mais segura e eficaz. Nos contextos de estágio, por parte das equipas, sempre houve a preocupação e programação da realização de práticas simuladas de cenários de intervenção urgente ao doente, como sejam, situações de PCR. Situações emergentes como PCR, traumas, choques hemorrágicos podem gerar bastante confusão, nervosismo e conflito, afetando a eficiência da reanimação, não sendo por si só suficiente o domínio dos algoritmos, mas também o treino da equipa e treino in situ. Afinal é esse treino que permite melhorar os *insights*, a autoconfiança, a destreza e conseqüentemente o tempo de atuação (Perkins et al., 2021). Também é verdade que o treino melhora a *performance* não só individual, mas também da equipa. O trabalho de equipa tem efeitos na *performance* em

cenários críticos, devendo ser reconhecido e enfatizadas medidas que melhorem este aspeto (Schmutz et al., 2019). O treino do trabalho de equipa permite não apenas a melhoria do desempenho técnico da equipa em situações de emergência, mas também do comportamento e competências não técnicas, que assumem um papel de importância crescente no treino em contexto crítico e de crise (Murphy et al., 2016).

A gestão de protocolos complexos para a prevenção de complicações foi um aspeto trabalhado, nos contextos de ensinos clínicos, tive a oportunidade de aplicar e consultar protocolos instituídos como sejam, a Via Verde de AVC (VVAVC), Via Verde Coronária (VVC). Estes, fazem parte de uma estratégia organizada para uma abordagem e tratamento adequado, célere e planeado. A aplicação destes protocolos revela decréscimo da taxa de mortalidade e morbilidades associadas (DGS, 2017b). Jauch et al. (2013) afirmam que a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de AVC na fase aguda é crucial para uma melhoria do outcome neurológico. Por parte dos enfermeiros e médicos do SU, nota-se uma visão muito positiva sobre o valor destes. Lamentavelmente não houve a oportunidade de acompanhar os doentes desde o início de ativação da VVAVC ou VVC, restando-me apenas a oportunidade de prestar cuidados iniciais acabando os mesmos por serem transferidos para outras unidades hospitalares ou serviços mais diferenciados. No decorrer do EC constatei ainda que o SU não tem instituída a Via Verde de Sepsis (VVS). A evidência científica atual considera que uma intervenção precoce e adequada contribui significativamente para melhorar o prognóstico dos doentes com sépsis, sépsis grave e choque séptico (Levy et al., 2015). A DGS (2017c) na norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, indica que todos os serviços de urgência devem ter equipas de sépsis constituídas no mínimo, por um médico e um enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

A Via Verde Trauma não está implementada no SU, provocando constrangimentos na abordagem ao politraumatizado o que acaba por não melhorar o prognóstico da pessoa vítima de trauma.

Os ensinos clínicos na UCI e no serviço de HD foram marcados pela existência de diversos protocolos de atuação, interdependentes, como sejam os protocolos de perfusão de insulina, gestão de nutrição do doente crítico, de perfusão de medicação vasoativa e vasodilatadora que permitem o controlo das variáveis, que frequentemente se encontram alteradas no doente crítico.

No serviço de HD, a otimização do balanço hidroeletrólítico é um foco de atenção permanente de cuidados, que tive oportunidade de treinar e compreender a sua importância no contexto do doente renal crónico e crítico. É importante que neste processo de otimização de balanço se compreenda os fenómenos inerentes que

rapidamente conduzem o doente a um quadro de instabilidade, sendo por isso crucial que o enfermeiro tenha competência na gestão de protocolos de forma a prevenir as complicações a elas associadas.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica é um elemento importante nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EPSC. A avaliação da dor é considerada um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados nos dois hospitais onde tive oportunidade de estagiar. O serviço de urgência tem instituída a avaliação da dor através de quatro escalas: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala de Expressões Faciais e Escala Qualitativa. Está preconizado para avaliação da dor no SU, o mínimo de uma avaliação por episódio, no entanto, nem sempre a dor é avaliada de forma correta, um ambiente de urgência marcado por uma elevada afluência promove a adoção de metodologias de trabalho que resultam em falhas de avaliação e reavaliação da dor. Esta reflexão assume uma maior dimensão quando se verifica que a “dor” é a queixa mais apresentada na triagem nos SU's (Guedes et al., 2015).

Na UCI é utilizada a *Behavioural Pain Scale* (BPS) em doentes sedados juntamente com a avaliação da *Richmon Assessment Sedation Scale* (RASS). A BPS, segundo Teixeira & Durão (2016), é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico pela avaliação da adaptação ventilatória, movimentos do corpo e expressão facial. Doentes, enfermeiros e famílias identificam a dor como um dos maiores problemas para os doentes em UCI. Barr et al. (2013) concluíram que os doentes em UCI experienciam dor em repouso, nos cuidados e durante procedimentos. Infelizmente, o controlo da dor é frequentemente inadequado, com 71% dos doentes a recordarem a dor e desconforto durante a sua estadia na UCI (Stites, 2013). Dor não controlada, não causa só desconforto físico e psíquico ao doente, podendo levar a ansiedade, interferir no sono e contribuir para a resposta fisiológica em *stress* (Glowacki, 2015).

O verdadeiro desafio surge, nos doentes com sedação profunda em que as escalas comportamentais não são exequíveis. Neste caso, a construção de protocolos na área da dor com base nos documentos de referência da área, é uma estratégia adotada pela UCI no sentido de melhorar a abordagem ao doente. Na identificação de sinais de presença de dor, pode aplicar medidas farmacológicas (através de ajuste de terapêutica analgésica) e não farmacológicas (alternância de decúbitos no leito, massagem de conforto) para o alívio da mesma. A evidência comprova que em UCI todos os procedimentos são considerados dolorosos, ainda que na sua maioria não estejam associados a dor severa (Devlin et al., 2018) por este motivo, deve ser adotada uma estratégia de analgesia preventiva, antes de qualquer procedimento além das perfusões já existentes, tal como foi observado na UCI. A mobilização também é uma ação

importante na promoção do bem-estar do doente. Uma intervenção precoce promove a diminuição de incidência de úlcera por pressão e promove uma otimização da ventilação mecânica em doentes com patologia pulmonar grave como seja a *SarsCov-2*. Ao focar a importância desta avaliação, percebi que esta é uma intervenção desafiante pelos diversos fatores que a interferem como sejam o estado de consciência alterado, a incapacidade para falar, níveis de sedação, alterações cognitivas, entre outros.

A gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e família requerem que o enfermeiro seja detentor e domine algumas técnicas de comunicação que ajudem a minimizar o impacto negativo que as mudanças forçadas possam provocar. Estes são inclusive elementos importantes referidos nos padrões de qualidade de cuidados especializados em EPSC no que respeita à satisfação do cliente (OE, 2017b). Uma comunicação eficaz, clara e fluída é um elemento facilitador no processo de transição de saúde-doença para o doente e família. No decorrer dos ensinamentos clínicos foi notório por grande parte dos enfermeiros um desconforto na comunicação com a família, principalmente no serviço de urgência em que apenas existe um contacto casual e muitas vezes rápido. Penso que este facto deveria ser trabalhado juntos das equipas capacitando-as e oferecendo-lhe ferramentas para uma comunicação mais eficaz e fluente.

Tanto no SU como na UCI estão instituídos protocolos *SPIKES* e locais próprios para a comunicação de más notícias, transmissão de informações, salvaguardando a transmissão de informações por corredores ou espaços comuns das instituições.

A gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e família insere-se na procura do enfermeiro maximizar os níveis de satisfação da pessoa e bem-estar, minimizando o impacto negativo da mudança de ambiente e gerindo a relação com a pessoa/família em situação crítica (OE, 2017). O serviço de urgência é dos contextos onde foi mais notória a necessidade de se desenvolver esta temática. O SU é um serviço por definição, movimentado, com uma afluência e rotação elevada de doentes e um dos contextos em que se torna mais clara a necessidade de gerir tempos de contato com a pessoa, de forma que se sinta a disponibilidade, mas sem negligenciar a vigilância de situações críticas. Hermann et al. (2019) concluí que o humanismo na interação com o doente num SU poderá ser difícil devido ao ambiente rápido e rotação elevada de doentes, mas pode ser demonstrado pela valorização de comportamentos básicos. O enfermeiro deve adotar comportamentos que guiem o doente à adesão que na minha perspetiva será o ponto crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Deve o enfermeiro optar por uma comunicação empática, assertiva baseada na honestidade e na clarificação de tudo o que está a acontecer ao doente, gerindo assim as suas expectativas.

Para além da comunicação empática e assertiva, o humor poderá ser um recurso ao qual se pode recorrer, de forma criteriosa, pois é lhe reconhecida a capacidade de promover o bem-estar, lidar com situações difíceis, reduzir tensão, *stress* e desconforto e até mesmo a dor (Sousa & José, 2016). Assim no contexto do doente crítico, em situações previamente avaliadas, o uso do humor poderá ajudar a aliviar a tensão natural do momento, a estabelecer a relação e assim a preparar terreno para trabalhar com a pessoa e família no seu processo de saúde. Quando combinado com a competência científica e em conjunto com a compaixão, o humor, oferece uma dimensão humanizante demasiado valiosa para ser esquecido (Dean & Major, 2008).

Após o momento crítico e estabilização do doente é muito importante não se esquecer a pessoa. Sabendo que a primeira abordagem “ABCDE” é crucial para a manutenção fisiológica da vida é necessário posteriormente dar primazia ao ABCD horizontal do cuidar digno tal como refere Chochinov (2007) referindo-se a “*Attitude*”, “*Behaviour*”, “*Compassion*” e “*Dialogue*”. É, portanto, importante refletir sobre a forma como no SU, se faz a aproximação da pessoa, o *rebouclage* e consolidação emocional do cuidado, tal como sugere Simões et al. (2012) no âmbito dos cuidados continuados.

A nível da UCI e serviço de HD o ambiente tecnológico em que o doente se encontra inserido pode facilmente retirar o foco na pessoa pelo que é importante explicar ao doente todo o ambiente tecnológico levando a que a relação terapêutica surja de uma forma mais natural. Como enfermeiro penso que a explicação sobre todos os estímulos externos que envolvem a pessoa doente atua como redutor de ansiedade e permite progressivamente direcionar a atenção para a promoção da relação e a assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

A visita alargada e a presença de familiares/pessoa significativa em ambientes críticos com o cenário pandémico que atualmente vivenciamos, de certa forma perde importância no contexto de atuação. No entanto, a evidência hoje demonstra-nos que, por exemplo, assistir à ressuscitação cardiopulmonar de um familiar, é extremamente facilitador no processo de luto, assim como a liberdade de visita numa unidade proporciona aos doentes mais segurança, tranquilidade e facilita a comunicação/troca de informação para com toda a equipa multidisciplinar. Segundo Tigulini e Melo (2002, p.2) “a família não deve ficar fora da esfera de atenção, de respeito e de cuidados por parte de enfermagem. É ao enfermeiro que manifesta os seus medos e angústias, tendo este um papel fundamental como elo entre o doente e a família”. Ao longo dos ensinamentos clínicos foi sempre notória a vontade e necessidade dos familiares permanecerem nestes locais. A minha função foi sempre no sentido da educação sobre a sua função no acompanhamento durante a permanência no SU ou na visita ao familiar em contexto de UCI. Assim, cabe ao enfermeiro especialista a reflexão e o trabalho extra uma vez

que a sua atuação tem de incidir sobre a pessoa/família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica. Defendo ainda que deve existir uma maior envolvimento dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar nestas questões com desenvolvimento de projetos na área com publicação de resultados.

Os ambientes críticos marcados por situações de transições abruptas no binómio saúde/doença tanto do indivíduo como do seu núcleo familiar, exigem ao enfermeiro especialista a compreensão de todas as dinâmicas de transições e a sua preparação para assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

Compreender as reações emocionais, refletir sobre elas, vai permitir estabelecer uma relação terapêutica mais firme e diferenciadora enquanto enfermeiros. No meu ponto de vista o ambiente clínico remete-se para um tipo de teoria de enfermagem que se classifica como a teoria das transições de Afaf Meleis, visto caracterizar-se por uma panóplia de mudanças, que fazem com que os utentes/famílias estejam em constante mudança/transição. Meleis e Trangenstein (1994) citada por Silva (2007, p.13) “definiram Enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar”. O mesmo autor refere ainda que “Esta definição apresenta num conceito central, o conceito de Transição. Assim o Enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença que é parte do contexto sociocultural e que vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação”. Meleis (2005) citada por Silva (2007, p.14) assume que: “as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. Por outro lado, as transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o conceito de si num contexto social”. Aplicando a teoria das transições de Meleis, o enfermeiro especialista em EPSC, consegue uma melhor compreensão das diferentes reações emocionais com que se pode deparar em contexto de situação crítica, permitindo-lhe assim, manter o foco no outro, entender as necessidades da pessoa e família de forma a conseguir ajudar a realizar a passagem pelo momento crítico de uma forma mais tranquila, adaptativa e preparada para a ação. A nível de SU, o medo e a raiva são das primeiras emoções a manifestarem-se e trazem aos profissionais grandes desafios. Costa et al. (2020) refere que em ambientes de crise, a perceção da pessoa/família como estando em “perigo” (por vezes real outras vezes não), ativam na pessoa emoções de raiva traduzindo-se em comportamentos não adequados de agressividade verbal. Compreender o fenómeno de aparecimento da raiva, característico nestes ambientes, permite ao enfermeiro adotar um comportamento profissional de afastamento e recorrer a técnicas

de descalonamento comportamental. Estes fatores preditores de violência e agressão no SU levam ao desenvolvimento do trabalho de investigação.

Ao nível do UCI as emoções mais percecionadas foram a frustração, tristeza, ansiedade e a expectativa. É importante que o enfermeiro, enquanto especialista, desenvolva competências que auxiliem a família a perceber e a encontrar estratégias de adaptação de forma a diminuir o impacto na qualidade de vida do doente e da família.

## 2.2. RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE/EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS

A DGS (2010b) recomenda elaboração de um Plano de Emergência Médica a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, de acordo com o Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde, emanado na orientação n.º 007/2010.

Os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos em duas unidades hospitalares distintas, ambos os planos identificam e avaliam os riscos/vulnerabilidades das regiões que abrangem e descrevem a reorganização da unidade hospitalar em caso de catástrofe. Identificam ainda as funções de cada elemento na organização das equipas em situação de catástrofe. O objetivo principal dos planos de emergência visa garantir uma atuação eficaz em caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, uma das competências atribuídas a este domínio é a conceção dos planos de emergência e catástrofe, e articulação como nível estratégico. Ambos os planos foram elaborados com a participação estratégica de vários elementos dos vários setores dos hospitais. O conhecimento dos planos assume extrema importância para cada elemento estar preparado para a possibilidade de atuação e intervenção em situação de catástrofe. Os planos são ativados de forma gradual de acordo com a cadeia de comando e assenta em três fases: alerta, alarme e execução. Após a sua ativação a triagem dos doentes é realizada de acordo com os princípios da triagem START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) em que todos os doentes admitidos são avaliados de acordo com algoritmo que permite a avaliação do doente até 60 segundos. Nesse sistema, são utilizados os critérios como deambulação, frequência respiratória, preenchimento capilar, pulso radial e obediência a comandos. Ao examinar cada critério, o doente será triado de acordo com a prioridade vermelha, amarela, verde ou preta (Bazyar et al, 2019). Para aplicação deste plano, cada SU tem os seus respetivos kits de catástrofe devidamente enumerados de forma sequencial. Estes kits são constituídos por: impresso de catástrofe numerado; quatro pulseiras com as respetivas cores de acordo com os

algoritmos de triagem primária e secundária; requisições de análises, sangue, e exames de imagem; envelope e impresso de espólio numerado; e etiquetas numeradas.

Da reflexão que pode realizar com os enfermeiros orientadores, a divulgação dos planos e a criação de procedimentos de atuação não parecem ser suficientes, pois os enfermeiros possuem escassez de conhecimento e falta de preparação nesse âmbito. Esta evidência vem confirmar a lacuna da preparação dos enfermeiros perante a catástrofe, realçando que o treino é uma forma efetiva para aquisição de competência e conhecimento, tal como é, a divulgação do plano de catástrofe do local de trabalho. O treino simulado permite melhorar a confiança, familiaridade com a reposta à catástrofe, assim como, permite perceber quais as necessidades formativas para preparação em catástrofe (Labrague et al., 2018). Apesar das iniciativas crescentes de preparar os enfermeiros para quaisquer desastres, as evidências sugerem falta de preparação na resposta a desastres, como descrevem Labrague et al. (2018). Os enfermeiros devem estar munidos de competências e habilidades para lidar com uma situação de catástrofe e satisfazer as necessidades das comunidades que servem (Loke & Fung, 2014).

Outra particularidade de interesse de reflexão neste domínio de competência é sobre a equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar (EMI) existente no Hospital de Vila Franca de Xira. Trata-se de uma equipa formada por médico e enfermeiro adictos ao serviço de UCI com formação específica e cursos certificados dirigidos para as funções que desempenham, tais como curso de Suporte Avançado de Vida e Trauma. A EMI é ativada telefonicamente através do número 2222 em casos de deterioração do doente conforme o apresentado pela DGS (2010a) na Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO e segue um modelo *reactive outreach* baseado em sistemas de resposta que incluem a existência de uma equipa dedicada aos doentes críticos ou em risco de se tornarem críticos em qualquer espaço do hospital, que podem-se encontrar na literatura denominadas por “*Medical emergency team*” (MET), “*Rapid response team*” (RRT) e “*Critical Care outreach team*” (CCOT) (Peberdy et al., 2007).

Nas situações de exceção estão ainda incluídas as práticas forenses e preservação de provas, assim o enfermeiro deve também prestar cuidados de forma a preservar os vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Gomes (2017) verificou que existe um elevado desconhecimento referente à preservação de vestígios forenses, assim como, ausência de protocolos sobre a preservação de vestígios na assistência à vítima na população de enfermeiros de SU estudada. Apesar da existência de protocolos específicos de atuação no SU os procedimentos são desconhecidos pela maioria dos enfermeiros no serviço, que referem deter um baixo nível de conhecimento sobre as abordagens de casos e evidências forenses, nomeadamente na identificação de provas periciais de recolha,

armazenamento e entrega às autoridades competentes. Por exemplo, no EC constatou-se que apesar de no protocolo de vítima de abuso sexual referir que a roupa de uma vítima deveria ser guardada em saco de papel, a mesma foi guardada em saco de plástico, danificando assim as eventuais provas. Como enfermeiro especialista em EPSC penso que poderá ser de extrema importância o desenvolvimento de formação contínua e de outros projetos que assegurem os corretos cuidados às vítimas.

### 2.3. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

É imperativo que os profissionais de saúde tenham conhecimentos atualizados e demonstrem competências sobre normas de prevenção e controlo de infeções.

O ato de cuidar da pessoa em situação crítica exige cada vez mais tecnologia e, com isso, técnicas e procedimentos invasivos que, se por um lado constituem o suporte vital do doente, por outro aumentam em muito o risco de infeção. Os procedimentos invasivos como a ventilação invasiva, com conseqüente aspiração de secreções, a utilização de dispositivos intravasculares como os cateteres venosos centrais (CVC) e os cateteres arteriais, cateteres de hemodiafiltração, entre outros, são riscos potenciais para o doente (Silva, 2014). Neste sentido, a reflexão recai sobre as práticas e planos existentes em cada um dos EC, de forma a integrar a forma como se poderá concretizar a participação na conceção de planos e definição de estratégias de prevenção, tal como a forma de assumir a sua liderança de implementação e atribuir poder de capacitação às equipas (OE, 2017). O aumento crescente das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são um problema crescente e de extrema importância nos cuidados de saúde com implicações nas unidades de saúde e na comunidade, com o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde, como se encontra descrito no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) (DGS, 2018).

O enfermeiro especialista na PSC, deve sustentar a sua atuação através da construção e organização de planos que visem o seu cumprimento nos serviços onde exercem funções baseados no Programa Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência. Devem optar por estratégias que permitam facilmente sinalizar falhas e corrigir as mesmas com vista a melhorar as práticas. Entre estas estratégias destaca-se a realização de auditorias ou a correta execução de cada um dos feixes de intervenção.

O risco de infeção cruzada no SU é um problema de saúde pública, especialmente em casos de epidemia, como tal, os profissionais de saúde devem higienizar as mãos e utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) (Hertzberg et al., 2018). A prevenção da transmissão cruzada de IACS é um objetivo a concretizar através de precauções

básicas de controlo de infeção (PBCI) e de um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas (DGS, 2018). Apesar do serviço de urgência não ser dotado de um quarto de isolamento com variância de pressões, ao longo do estágio foi notório o esforço por parte da equipa de enfermagem para minimizar ao máximo a cadeia de transmissão de infeção, adotando medidas como colocação do doente numa *box* isolada com sinalética e folhetos informativos sobre a atuação perante o tipo de isolamento dando assim cumprimento à recomendação da Norma n.º 029/2012 da DGS (DGS, 2012) que refere que doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação. Também ao contrário do que acontece na maioria das instituições, pude constatar que o sistema informático *Glintt*®, possibilita a identificação precoce dos doentes portadores de microorganismos de alerta máximo, conforme o disposto na norma nº 004/2013 (DGS, 2013). Assim com este conhecimento torna-se possível o isolamento imediato destes doentes, diminuindo assim, a probabilidade de infeção cruzada.

Relativamente à descontaminação de superfícies e equipamentos, existe uma planificação diária e uma preocupação acrescida pelo atual cenário pandémico, havendo uma crescente sensibilização e responsabilização por parte de todas as categorias de profissionais.

Contrastando com o SU, na UCI e no serviço de HD, na admissão, todos os doentes são submetidos a rastreio séptico com colheita de sangue para hemoculturas, zaragatoa nasal para pesquisa de *Staphylococcus aureus resistente à Meticilina* (MRSA) e perianal para pesquisa de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), urocultura e colheita de expetoração se assim se justificar. O objetivo é, portanto, a vigilância, a monitorização e a deteção precoces de focos de infeção no doente e assim fornecer dados para a vigilância epidemiológica. A prevenção da transmissão cruzada de IACS é um objetivo a concretizar através de PBCI e de um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas (DGS, 2018). Durante o ensino clínico na UCI e no serviço de HD pude constatar a preocupação do uso das PBCI como a colocação dos doentes com maior risco de transmissão de infeções no quarto de isolamento ou em unidade de doente mais resguardada, higienização das mãos com solução antisséptica de base alcoólica disponível junto do doente e em pontos estratégicos do serviço, utilização de equipamentos de proteção individual adequados aos cuidados a prestar, manuseamento seguro da roupa ou recolha segura de resíduos conforme indicação da Norma n.º 029/2012 da DGS (2012).

Relativamente aos feixes de intervenção recomendados para as unidades hospitalares, sobre a Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015d),

Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2015c) e Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2015b), os enfermeiros na UCI cumprem eximamente as ações contempladas nos mesmos de forma integrada e agrupadas. A aplicação dos feixes de intervenções agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, conforme referidos nos documentos da DGS, obtendo maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma delas individualmente. O enfermeiro especialista que desenvolve a sua atividade nesta área deverá por isso, ter a consciência que os feixes de intervenção de prevenção de infeção emanados pela DGS assumem uma importância ainda maior. Assim, no que respeita às intervenções de enfermagem nesta área, as auditorias e revisões periódicas dos mesmos são um pilar de atuação. Nos 3 serviços de ensino clínico foi possível constatar que mensalmente são realizadas auditorias à higienização das mãos. Na UCI pode constatar que são realizadas observações mensais das práticas relacionadas com a manutenção do CVC, identificação diária dos doentes com tubo endotraqueal, CVC e o preenchimento de uma *checklist* com os feixes de intervenção sempre que se coloca CVC ou cateter vesical (CV), conforme o indicado nas normas n.º 022/2015 (DGS, 2015d) e n.º 019/2015 (DGS, 2015b), respetivamente.

No âmbito desta competência, cabe ao enfermeiro especialista em PSC, a responsabilidade de conceder e planificar estratégias com vista a redução das infeções que poderão ocorrer na prestação de cuidados, com o objetivo de eliminar ou diminuir essas mesmas infeções através da realização de momentos de observação, supervisão das circunstâncias de adesão às boas práticas e melhoria através dos momentos de formação continua.

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

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003, p.11) “a definição de competência refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. O enfermeiro especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento 140/2019 do Diário da República). As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentes em quatro domínios de competências serão abordadas seguidamente.

### 3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

De acordo com Barbosa et al. (2014, p.46) “O dever ético e legal dos profissionais de saúde tem origem justamente na garantia da privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes, mantendo, desse modo, o sigilo das informações”.

Os enfermeiros, são frequentemente confrontados com problemas ético-legais. A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), define no artigo 8º, que todos os enfermeiros devem adotar uma postura e conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015), devendo o enfermeiro “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015, p.85).

Enquadrado nesta temática, a nível do SU existiu um tema com elevada relevância, a presença da família/prestador de cuidados/ pessoa significativa no serviço de urgência. A presença da pessoa significativa é de extrema importância junto dos utentes, uma vez que proporciona aos utentes mais segurança, tranquilidade e facilita a comunicação/troca de informação para com toda a equipa multidisciplinar. No SU do Hospital das Forças Armadas, dado o contexto atual pandémico e pelas próprias limitações físicas do serviço, os familiares não podem permanecer junto dos utentes após a avaliação médica. Depois desta avaliação, permanecem na sala de espera, até que haja algum tipo de informação. Estas questões colocam em causa o cumprimento da Lei nº 15/2014, acerca do direito ao acompanhamento do utente. É importante ressaltar que nesta lei está previsto, no artigo 31º, a adaptação dos serviços para a aplicação da mesma, permitindo assim que os doentes usufruam do direito ao acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento do serviço em questão. Contudo, o acompanhamento do doente é um direito do próprio e não do familiar, sendo por vezes presumido erradamente o seu consentimento. A Lei nº 15/2014, artigo 12º refere que o cidadão tem o “direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada” (2014, p.2129) e apenas nos casos em que não é possível essa declaração, pode através de serviços técnicos “solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o paciente invocados pelo acompanhante” (2014, p.2129). O direito ao acompanhamento implica ainda o cumprimento de deveres do acompanhante referidos no artigo 15º da mesma lei.

Questões relacionadas com o consentimento em ambientes críticos são outra problemática, alvo de reflexão. O consentimento informado é “um direito do doente que tem direito a participar, recusar ou até mesmo não querer ser informado”, devendo “haver tempo para que a informação possa ser transmitida de forma correta e enquadrada num ambiente calmo e tranquilo” (Vicente, 2014, p.328). Neste âmbito,

dado o contexto emergente no doente crítico esta premissa é geradora de confusão uma vez que muitas vezes impera o consentimento presumido em benefício dos direitos de beneficência e não-maleficência. Refletindo sobre este facto concluo que o importante será perceber que nem todas as situações são urgentes/emergentes e que o doente deve ter direito de autodeterminação, sendo um dever meu enquanto profissional informá-lo sobre a sua condição de saúde de forma a obter o seu consentimento.

O direito à informação que “garante a efetiva autonomia do indivíduo na sua tomada de decisão e, conseqüentemente na sua autodeterminação, sem a qual não existe respeito pela dignidade humana” (Frutuoso, 2012, p.78), foi outro tema passível de reflexão ao longo dos EC no contexto do doente crítico. A nível do SU o acesso a informações é o principal fator gerador de conflito e ansiedade, no entanto é importante ressaltar que o “titular do direito à informação é o paciente. (...) A família, em princípio não deve receber informação, sem o consentimento do paciente” (Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2009, p.25). No SU do HFAR, as informações são prestadas pelo médico responsável pelo doente, não havendo um gabinete de referência para realizar a ponte profissional de saúde – doente, por um lado, acarreta um trabalho acrescido para a equipa, mas por outro existe verdadeiramente transmissão de informação sobre o estado de saúde do doente.

Os ambientes lotados do serviço de urgência, com limitações estruturais evidenciam as questões do direito à privacidade e respeito pela intimidade presente o artigo 86º do Decreto-Lei nº104/98 do Estatuto OE. Apesar de no despacho nº10319/2014, artigo 20º sobre Estrutura Física e Recursos Materiais referir que as áreas de circulação, nomeadamente os corredores, se devem manter livres, sem estacionamento de doentes ou macas, neste SU constantemente se verificava uma situação contraditória. Segundo Dias et al. (2013, p.450) “A privacidade consiste no conjunto de informações sobre uma pessoa, que pode decidir mantê-las sob seu exclusivo controle ou comunicá-las, decidindo em que medida e a quem, quando, onde e em que condições o outro poderá acessá-las”.

A dinâmica e as limitações do serviço de urgência levam a que muitas vezes os doentes tenham de permanecer em maca no corredor, sem qualquer tipo de condições em caso de atuação perante uma situação crítica ou mesmo de privacidade do utente dada a inexistência de *boxes* definidas ou cortinas entre os doentes. A minha atuação passou por encontrar estratégias para ultrapassar esta dificuldade e conseguir manter a privacidade e dignidade dos doentes, principalmente nos momentos de prestação de cuidados que envolvam a exposição corporal. Este foi tema de reflexão junto do enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar. A nível da UCI as próprias instalações físicas não comprometem a privacidade e autonomia do utente. Todas as camas são

divididas por *boxes* em vidro e entre elas por cortinas e todas as unidades possuem módulos onde podem estar os equipamentos e materiais necessários a cada doente. A equipa de enfermagem é muito atenta a este facto, percebendo que apesar de sedo-analgésico, o doente compreende, indo ao encontro de alguns estudos que demonstram que o comprometimento de algumas cerebrais e sensoriais não implicam necessariamente na inexistência perceptual, estando a diferença na possibilidade de expressão do que é percebido (Pott et al., 2013).

A privacidade física do doente a nível do serviço de HD, foi outro dilema que se colocou, pelo facto de ser um espaço em *open space*. Para assegurar a privacidade do doente, sempre houve, o cuidado da utilização dos biombos disponíveis quando a prestação de cuidados e expor ao mínimo possível o corpo do doente.

Considero assim, que todos os momentos contribuíram positivamente para o meu desempenho pessoal e profissional de forma construtiva nesta temática.

### 3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Atualmente a procura pela qualidade na prestação de cuidados de saúde, tem vindo a ser uma preocupação crescente, surgindo vários programas de controlo da qualidade, com a finalidade de avaliarem a qualidade dos serviços prestados para uma melhoria contínua.

De acordo com Ribeiro et al. (2008, p.7) “Qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Por conseguinte, as associações profissionais da área da saúde têm um papel fundamental na criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões para cada um dos domínios específicos”.

O Hospital de Vila Franca de Xira é um hospital com creditação Joint Commission International (JCI) e, portanto, o serviço de HD e UCI possuem objetivos que fomentam a segurança do doente e que pretendem refletir boas práticas e reduzir os erros e eventos adversos, associados à prestação de cuidados. Estes serviços são dotados de muitos protocolos de atuação, permitindo a melhoria dos cuidados por se encontrarem assentes na prática baseada na evidência, evitando práticas imperitas, negligentes ou imprudentes. Citando Netto et al. as vantagens da utilização de protocolos passam por: “maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado (...)” (2016, p.71). Por outro lado, na opinião dos autores supracitados, os protocolos melhoram a qualificação dos profissionais, que, por sua vez, se reflete na melhoria da tomada de decisão assistencial, na facilidade para a incorporação de novas tecnologias, numa maior inovação do cuidado, assim como no uso mais racional dos recursos disponíveis. Além disso, ainda referem que estes instrumentos permitem uma maior transparência e um maior controle dos custos. Salientam também como vantajoso

os protocolos uma vez que “(...) facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado” (Netto et al., 2016, p.71).

A criação e aplicabilidade de protocolos é uma mais-valia em serviços tão específicos e tão diferenciados, pelo que enquanto enfermeiros não nos devemos esquecer que o seu desenvolvimento faz parte das nossas obrigações. De acordo com o REPE, artigo 9º, alínea 4.f), “participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos”, e – artigo 9º, alínea 6.c), “os enfermeiros contribuem (...) para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente: propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados” (p.103).

Nos EC, primando a cultura de segurança para o doente, a identificação dos doentes é sempre realizada através de dupla verificação. “as falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para o doente” (DGS, 2011, p.3), de forma a garantir segurança na administração de terapêutica e na realização de procedimentos ao doente certo. Sobre a transição de cuidados, transferência de responsabilidades e melhoria da comunicação os serviços adotam a metodologia ISBAR (*Identificacion, Situacion, Background, Assessment, Recommendation*) que vai ao encontro da Norma nº 001/2017 (DGS, 2017a).

Relativamente à sinalização da medicação de alto risco (MAR) e LASA conforme o disposto nas normas nº 020/2014 (DGS, 2014) e nº 014/2015 (DGS, 2015a) apenas se verificou na UCI e no serviço de HD. No SU observou-se que apenas a identificação da medicação dos carros de emergência foi realizada segundo esta norma. Refletindo sobre a temática penso ser importante, como oportunidade formativa, a construção de procedimentos específicos a nível do SU para preparação e administração de medicação priorizando o início pelos MAR, tal como sugere a norma nº 014/2015 da DGS (2015a).

No que concerne à avaliação do risco de queda e úlcera por pressão, a sua avaliação é transversal nos 3 campos de ensino clínico, permitindo assim, identificar precocemente o risco, registá-lo e estabelecer estratégias preventivas.

Relativamente à avaliação de desenvolver úlceras por pressão (UP) é aplicada a Escala de *Braden* para estratificar o risco. A UP é um indicador da qualidade dos cuidados prestados, sendo a avaliação do risco fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o

sucesso das estratégias de prevenção. O registo e a caracterização das úlceras de pressão permitem ainda uma monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, levando ao estabelecimento de medidas de tratamento adequadas e consequentemente melhorias nos cuidados aos doentes. A sua avaliação e reavaliação desde o momento de admissão é um ganho para os serviços e instituições pois elimina o risco de assumir as responsabilidades por úlceras provenientes de outras unidades de saúde hospitalares.

A nível da avaliação do risco de queda, é aplicada a Escala de *Morse* para estratificar o risco. Em contexto hospitalar, a ocorrência de quedas representa um sério problema, com impacto importante na redução da longevidade e qualidade de vida o que leva cada vez mais à exigência de implementação de estratégias preventivas. As estratégias de prevenção devem enfatizar a educação, o treinamento, a criação de ambientes mais seguros, a priorização da pesquisa relacionada com quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos. A necessidade de atualização da formação em serviço da equipa de saúde constitui um requisito para a prevenção de quedas em internamento hospitalar, considerando que a avaliação e a aplicação de instrumentos requerem tempo, perícia e julgamento clínico, descrito na Norma nº 008/2019 (DGS, 2019). Nos locais de EC foi possível objetivar que sempre que exista ocorrência de um evento dessa natureza existe disponível a plataforma HER+ (*Health Event & Risk Management*) onde é possível registar a ocorrência da mesma. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017) sublinha a importância da existência de mecanismos fortes para monitorizar os eventos adversos e promover a partilha e aprendizagem, no sentido de melhorar a segurança do doente. Verificou-se uma clara adesão nas equipas no registo de todos os eventos.

No que concerne à transmissão de informação foi possível objetivar uma comunicação segura através da utilização da ferramenta ISBAR de acordo com o preconizado na norma nº 001/2017 da DGS (2017a). A sua utilização é de fácil aplicação e permite uma diminuição significativa de erros e lacunas relacionados com a mesma, em momentos de transição de cuidados que podem colocar a segurança do doente em risco.

Como estratégias contributivas para a melhoria contínua dos cuidados pude ainda constatar através dos meus enfermeiros orientadores que ao planear os cuidados desde a admissão até à eventual alta os doentes eram atendidos de acordo com a análise da situação efetuada pelo mesmo. Parreira (2005, p.25) refere que “O método de trabalho explicitado proporciona uma prestação de cuidados com maior nível de personalização, confere maior autonomia ao enfermeiro e facilita o ensino, mas requer maior dotação de pessoal e dificuldade na sua adequação ao regime de horário rotativo”.

Do meu ponto de vista, esta metodologia de trabalho apresenta várias vantagens, contribuindo para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, para a qualidade de cuidados e satisfação dos utentes. O enfermeiro obrigatoriamente assume maior responsabilidade e autonomia, desempenhando funções mais específicas que lhes permite ter uma relação mais próxima com os utentes, sendo os cuidados mais eficazes e eficientes.

### 3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No domínio da gestão existe por parte do enfermeiro especialista uma adequação dos recursos às necessidades de cuidados, apostando na promoção da qualidade dos mesmos. Este encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite, face às conceções de cuidados que defende, ser agente de mudança (Soares, 2017). O exercício de funções de gestão em enfermagem é essencial para garantir a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser validado e certificado pela OE, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional (Regulamento n.º 76/2018 – Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018 - OE, 2018).

Perspetivando Mororó et al. (2017) a gestão de enfermagem pode ser entendida em duas dimensões. A dimensão assistencial com foco de intervenção do enfermeiro nas necessidades dos cuidados ao doente e a dimensão administrativa direcionada e vocacionada para a organização dos recursos humanos e do trabalho. É notória a interligação e complemento destas dimensões, na articulação e integração do gerir e do cuidar. Nesta perspetiva e como forma de cumprir o objetivo “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” no domínio da competência da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748), em alguns dos meus turnos, tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros coordenadores dos serviços.

A gestão dos cuidados de enfermagem exige uma correta compreensão dos recursos humanos existentes e do seu nível de competências, pelo que, o conhecimento, cálculo e aplicação das dotações seguras deve preparar o serviço para uma prestação adequada de cuidados, no sentido de “atingir índices de segurança e de qualidade de cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização de saúde” (OE, 2014, p.5) Neste sentido após o cálculo das dotações seguras em cada serviço de ensino clínico, com base das fórmulas da “Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2014) publicadas em Diário da República no Regulamento 743/2019, conclui-se que os serviços estão com as dotações subdotadas.

Exemplificando o caso da UCI o rácio é de dois doentes para um enfermeiro invariavelmente. Sendo uma unidade nível III e seguindo a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem presente no Regulamento 743/2019 do Diário da República, o rácio de uma unidade de nível III seria de um enfermeiro para um doente.

No SU o enfermeiro coordenador, é nomeado pela chefia de enfermagem e deve ser detentor de perfil e competências para essa função. De acordo com o Parecer Conjunto CE e MCEEMC 10/2017, o enfermeiro com funções de coordenador de turno/responsável de turno deve possuir um conjunto de competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço (OE, 2017a). Tal permitir-lhe-á ser líder de conhecimento, nas capacidades e nas habilidades centradas no core da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras. No SU é o elemento responsável por observar e participar na liderança da equipa, tendo em atenção o bom funcionamento do serviço; participar na elaboração do plano diário de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais; observar a mobilização de recursos humanos, consoante as necessidades do serviço em situações de maior complexidade; observar a orientação e supervisão dos cuidados de enfermagem; gerir equipamentos, materiais de consumo clínico e medicamentos; observar o registo e contabilização de estupefacientes; gerir os processos de transferência dos utentes. O enfermeiro coordenador constitui um pilar fundamental para a dinâmica do serviço e para a própria equipa. Ajuda a equipa, possibilitando melhorar o espírito de equipa, criar espírito de entreajuda, preparar a equipa para novos compromissos e responsabiliza-os pelo processo.

Na UCI e no serviço de HD a gestão do serviço é realizada pelos respetivos enfermeiros chefes, com apoio do enfermeiro coordenador. O coordenador tem a função de assistir às passagens de turno médica e de enfermagem e assim criar uma ponte de comunicação entre as equipas o que leva a uma adequação dos planos de atuação a desenvolver no turno. Tem ainda funções como gestão de *stock* de matérias e medicação e ajuda de forma indireta na prestação de cuidados com a articulação com outras equipas multidisciplinares ou serviços. Sempre que possível, a função de enfermeiro coordenador é atribuída a um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, preferencialmente na área de EPSC, tal como defende o parecer nº 15/2018 da mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico cirúrgica preconiza 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na UCI.

No entanto, devido ao número reduzido de enfermeiros especialistas, essa recomendação acaba por não ser cumprida.

### 3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A formação e a aquisição de competências na profissão de enfermagem deve ser vista como um processo contínuo de aprendizagem através das nossas próprias experiências e a sua respetiva partilha, das experiências e conhecimentos de outros profissionais e pela disponibilidade/facilidade no acesso a base de dados científicas como referenciais teóricos que justificam a prática. Neste âmbito, o enfermeiro especialista deve conduzir a sua intervenção desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade bem como uma prática clínica baseada na evidência científica (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

No decurso dos EC, a construção da aprendizagem profissional teve sempre por base referenciais como os padrões de qualidade da OE, *guidelines* e documentos emanados por sociedades de referência como a Sociedade Portuguesa De Cuidados Intensivos (SPCI), a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), a *European Society of Intensive Medicine* (ESICM) ou a *NCS Med School*, de forma a obter a mais recente evidência científica acerca dos temas discutidos. Para além do desenvolvimento de competências na área técnico-científica é também fundamental, minha perspetiva, o desenvolvimento emocional. O controlo da emoção torna-se essencial no contexto de atuação em que o enfermeiro é frequentemente submetido a situações complexas, como sejam as questões éticas ou até mesmo o limiar da vida humana. Estas situações emocionalmente desafiantes implicam que seja realizado um trabalho emocional que requer a gestão das próprias emoções e das dos outros (Hutchinson et al., 2017), assim, torna-se importante o desenvolvimento de maturidade emocional como estratégia para melhorar o raciocínio clínico e a tomada de decisão em contextos desafiantes e complexos (Hutchinson et al., 2017).

O EC no serviço de HD, foi um serviço de atuação específico no qual a prestação de cuidados foi diferente da minha experiência e ambiente habitual de atuação, obrigando-me a refletir e a colocar-me em posições nunca antes experienciadas. A reflexão e o meu autoconhecimento foram fundamentais para distinguir os momentos de atuação ou de apenas permanecer numa posição de observador. Através da reflexão foi possível comparar práticas, melhorar lacunas e identificar oportunidades de melhoria preparando-me e capacitando-me para uma atuação plena no serviço de HD.

Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e nos desenvolvemos como pessoas, e como profissionais. O enfermeiro

especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2017).

## CONCLUSÃO

Os ensinamentos clínicos demonstram ser momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito do percurso formativo. Assim, o presente relatório é demonstrativo da forma como o enfermeiro especialista em EPSC presta cuidados altamente qualificados à pessoa em situação crítica nos ensinamentos clínicos realizados, através de descrição de situações vivenciadas e reflexão com base nos documentos regentes das áreas discutidas. Foram abordados e confrontados com a evidência científica os aspetos relativos aos quatro domínios de competência comum do enfermeiro especialista e as três áreas de domínio específico do cuidado crítico. Realizou-se ainda a articulação com os padrões de qualidade do cuidado especializado demonstrando a reflexão sobre a prática clínica à luz dos enunciados descritos.

O presente relatório não só permitiu a dissertação acerca do percurso formativo, mas também permitiu a abertura de novas áreas de reflexão com a possibilidade de construção de novos pensamentos e formas de atuação permitindo uma melhoria contínua na prestação de cuidados ao doente crítico.

As dificuldades e constrangimentos, durante este percurso, prenderam-se nomeadamente com a conciliação do tempo, o local de trabalho, o atual cenário pandémico e o cumprimento das datas de entrega dos trabalhos. No entanto tudo foi superado e considero que estes desafios nos tornam mais fortes e ambiciosos.

A título de conclusão torna-se apraz referir que a pessoa em situação crítica constitui verdadeiramente o foco dos cuidados do enfermeiro especialista, e este deve estar preparado, ao nível das suas competências para proporcionar cuidados de excelência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382
- Alastano, M., Salminen, L., Lakanmaa, R., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors – Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Alminhas, S. (2007). *Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência – Revista nº75*. Formasau
- Barbosa, T., Gomes, L., Dias, O., Souza e Souza, L., Costa, S., & Rocha, A. (2014). O profissional de saúde e o segredo profissional: perspectivas da Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 13(1), 42-48
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., Davidson, J., Devlin, J., Kress, J., Joffe, A., Coursin, D., Herr, D., Tung, A., Robinson, B., Fontaine, D., Ramsay, M., Riker, R., Sessler, C., Pun, B., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bazyar, J., Farrohki, M., & Khankeh, H. (2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3). 482-494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>
- Booker, K. (2015). Hemodynamic monitoring in critical care. In Booker, K. (Ed.), *Critical Care Nursing: Monitoring and Treatment for Advanced Nursing Practice* (pp. 73-86). John Wiley & Sons, Inc
- Chochinov, H. (2007). Dignity and the Essence of Medicine: The A, B, C, and D of Dignity Conserving Care. *BMJ*, 334(7612), 184-187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Costa, A., Preto, L., & Barreira, I. (2020). Triagem e ativação da via verde do Acidente Vascular Cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(3), 96-101. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829>
- Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. 234-251

- Dean, R., & Major, J. (2008). From critical care to Comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1088-1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x>
- Dell'Anna, A., Torrini, F., & Antonelli, M. (2019). Shock: Definition and Recognition. In Pinsky, M., Teboul, JL., & Vincent, JL. (Eds.), *Hemodynamic Monitoring* (pp. 07-20). Textbook.
- Despacho n.º 8589/2018 (2018). Gabinete do Secretário de Estado e Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 172 de 06-09-2018), 25017. <https://dre.pt/dre/home>
- Despacho n.º 8925/2020 (2020). Instituto Politécnico de Leiria. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 182 de 17-09-2020), 256. <https://dre.pt/dre/home>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., ... 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/10.4037/ccn2015440>
- Dias, O., Gomes, L., Barbosa, T., Souza e Souza, L., Rocha, A., & Costa, S. (2013). Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Revista Bioética*, 21(3), 448-454.
- Direção-Geral da Saúde (2011). Orientação nº 018/2011. Assunto: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma nº 014/2015. Assunto: Medicamentos de alerta máximo. <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma nº 019/2015 atualizada a 30/05/2017. Assunto: “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma nº 021/2015 atualizada a 16/12/2017. Assunto: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2015d). Norma nº 022/2015 de 16/12/2015. Assunto: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Assunto: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 008/2019. Assunto: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2010a). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. Assunto: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2010b). Orientação n.º 007/2010 de 06/10/2010. Assunto: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013. Assunto: Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015. Assunto: Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto (norma n.º 015/2017 de 13/07/2017). <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Via Verde Sepsis no Adulto (norma n.º 010/2016 de 30/09/2016). <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistência aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgs.pt>

Direção-Geral de Saúde (2014). Norma nº 020/2014 atualizada a 14/12/2015. Assunto: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. <http://www.dgs.pt>

- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). Consentimento Informado – Relatório final. <https://www.ers.pt/pt/>
- ESSLei. (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria. <https://www.ipleiria.pt/esslei/>
- Ferreira, F., Andrade, J., Campello, G., Dias, C., & Granja, C. (2008). Sala de emergência - análise e avaliação de um modelo orgânico funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(7), 889-900.
- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. (1 ed.). Edição Sinais Vitais.
- Frutuoso, M. (2012). *O direito à informação e o direito de informar em contextos de saúde* [Master's thesis, Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20657>.
- Glowacki, D. (2015). Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33-41. <https://doi.org/10.4037/ccn2015440>
- Gomes, C. (2017). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/81407>
- Guedes, H., Souza, K. & Lima, P. (2015). Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcomes. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(4), 587–594. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0227.2592>
- Hermann, R., Long, E., Trotta, R. (2019). Improving patients' experiences communicating with nurses and providers in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(5), 523-530. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.001>
- Hertzberg, V., Wang, Y., Elon, L., Lowery-North, D. (2018). The Risk of Cross Infection in the Emergency Department: A Simulation Study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(06), 688-693. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.61>
- Hutchinson, M., Hurley, J. & Kozlowski, D. (2018). The use of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision-making: a qualitative, exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 600-610. <https://doi.org/10.1111/jocn.14106>

- Instituto Nacional de Estatística. (2015, October 28). *Módulo de conceitos – Serviço de Urgência*. <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=8547&lang=PT>
- Jauch, E., Saver, J., Adams, H., Bruno, A., Connors, J., Demaerschalk, B., Khatir, P., McMullan, P., Qureshi, A., Rosenfield, K., Scott, P., Summers, D., Wang, D., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *44*(3), 870-947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Kellett, J. & Sebat, F. (2017). Make vital signs great again – A call for action. *European Journal Internal Medicine*, *45*, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.018>
- Labrague, L., Hammad, K., Gloe, D., McEnroe-Petitte, D., Fronza, D., Obeidat, A., Leocardio, M., Cayaban, A., & Mirafuentes, E. (2017). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*, *65*(1), 41-53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Levy, M., Rhodes, A., Phillips, G., Townsend, S., Schorr, C., Beale, R., Osborn, T., Lemeshow, S., Chiche, J.D., Artigas, A., & Dellinger, R.P. (2015). Surviving Sepsis Campaign: Association Between Performance Metrics and Outcomes in a 7.5-Year Study. *Critical Care Medicine*, *43*(1), 3-12. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000723>
- Lei n.º 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 57 de 21-03-2014), 2129. <https://dre.pt/dre/home>
- Loke, A., & Fung, O. (2014). Nurses' Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(3), 3289-3303. <https://doi.org/10.3390/ijerph110303289>
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Braz da Silva, C., & Paiva de Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista da Enfermagem*, *30*(3), 323-332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Murphy, M., Curtis, K., & McCloughen, A. (2016). What is the impact of multidisciplinary team simulation training on team performance and efficiency of patient care? An integrative review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *19*(1), 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.10.001>

- Netto, J., Dias, M., & Goyanna, N. (2016). Uso de Instrumentos Enquanto Tecnologia para a Saúde. *Revista Rede Unida*, 2(1), 65-72. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p65-72>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). Parecer nº10/2017. Assunto: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Médico-Cirúrgica. 3ª Assembleia Extraordinária do Colégio de Especialidade de Médico Cirúrgica, Leiria. <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer nº15/2018. Assunto: funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Mesa do colégio da especialidade médico-cirúrgica. <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). In OE, (Ed.), *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (pp. 95-105). Ordem dos Enfermeiros.
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. OECD. <https://www.oecd.org/>
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. (1 ed.). Formasau, Formação & Saúde, Lda.
- Peberdy, M., Cretikos, M., Abella, B., DeVita, M., Goldhill, D., Kloeck, W., Kronick, S., Morrison, L., Nadkarni, V., Nichol, G., Nolan, J., Parr, M., Tibballs, J., Jagt, E., & Young, L. (2007). Recommended Guidelines for Monitoring, Reporting, and Conducting Research on Medical Emergency Team, Outreach, and Rapid Response Systems: An Utstein-Style Scientific Statement. *Resuscitation*, 75(3), 412-433. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.09.009>

- Perkins, G., Graesner, JT., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., & Nola, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 01-60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Pott, F., Stahlofer, T., Felix, J., & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-179. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028666004>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4745. <https://dre.pt/dre/home>
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359. <https://dre.pt/dre/home>
- Regulamento n.º 533/2014 (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 233 de 02-12-2014), 30250. <https://dre.pt/dre/home>
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 184 de 25-09-2019). <https://dre.pt/dre/home>.
- Regulamento n.º 76/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 21 de 30-01-2018), 3478. <https://dre.pt/dre/home>
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>
- Schmutz, J., Meier, L., & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), 01-16. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>

- Silva, A. (2007). *O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>
- Silva, M. (2014). *Prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central: procedimentos de enfermagem* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Coimbra.
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(6), 91-108.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 81-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965010>
- Soares, A. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas – Contributos para a Qualidade* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*, 22-32. [https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/992/1/enformacao\\_07\\_2016\\_Benef%c3%ad%cios%20do%20humor%20na%20sa%c3%bade.pdf](https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/992/1/enformacao_07_2016_Benef%c3%ad%cios%20do%20humor%20na%20sa%c3%bade.pdf)
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68-78. <https://doi.org/10.4037/ccn2013804>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(5), 135-145. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thim, T., Vinther, N., Krarup, Grove, E., Rhode, C., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*. 5(1), 117-121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

Tigulini, R., & Melo, M. (2002). A Comunicação entre Enfermeiro, Família e Paciente Crítico. *Brazilian Nursing Communication Symposium*.  
<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a113.pdf>

Vicente, J. (2014). *Consentimento Informado na Assistência Privada e Pública Hospitalar* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20117>

Wuytack, F., Meskell, P., Conway, A., McDaid, F., Santesso, N., Hickey, F., Gillespie, P., Raymakers, A., Smith, V., & Devane, D. (2017). The effectiveness of physiologically based early warning or track and trigger systems after triage in adult patients presenting to emergency departments: a systematic review. *BMC Emergency Medicine*, 17(38), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0148-z>

## PARTE II – A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

### Violência no serviço de urgência na perceção dos enfermeiros

Pedro Miguel Carvalho Correia\*; Maria dos Anjos Dixe\*\*

#### RESUMO

**Enquadramento:** Os incidentes de violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência são uma preocupação atual das várias entidades. Os serviços de urgência são na sua plenitude ambientes de elevado *stress* para doentes, acompanhantes e profissionais de saúde, proporcionando situações de insegurança e violência. A violência no local de trabalho é um fator de transtorno psicológico e físico que leva a ausências no local de trabalho, a uma diminuição no desempenho e empenho dos enfermeiros e consequentemente a uma diminuição de rendimento.

**Objetivo:** identificar e caracterizar o tipo de violência percecionada da amostra em contexto de serviço de urgência; descrever os fatores de risco para a ocorrência de violência, consequências e implicações da violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência; Identificar e planear estratégias para a promoção de não violência sobre os enfermeiros no serviço de urgência.

**Metodologia:** Estudo transversal, de natureza quantitativa numa população alvo constituída por enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência adulto do Hospital de Vila Franca de Xira, num total de 62 enfermeiros.

**Resultados:** Verificou-se que 72,6% dos enfermeiros foram vítimas de violência e 51,1% não notificaram os episódios de violência. O tipo de violência mais frequente foi a violência verbal (84,4%) seguida da violência física (51,1%). No serviço de urgência o local mais frequente de violência foi a sala de observação médica (51,1%) e o principal agressor foi o doente (68.9%). O turno em que ocorre maior violência foi o turno da noite (23h-08h) e a maioria dos agressores são do sexo masculino. O tipo de dano mais frequente foi ao nível da saúde mental e física (31,5%). Foram enumeradas pelos enfermeiros estratégias para a promoção da não violência do serviço de urgência.

**Conclusão:** A violência contra os enfermeiros no serviço de urgência é um problema real com consequências inerentes para os mesmos. A pertinência da temática será mais visível quanto maior a notificação dos episódios pelos enfermeiros. Emerge a necessidade de aplicação e implementação de projetos de prevenção do fenómeno.

**Palavras-chave:** violência no local de trabalho; enfermeiros; serviço de urgência

## ABSTRACT

**Background:** Incidents of violence against nurses in emergency services are a current concern of the various entities. Emergency services are in their fullness environments of high stress for patients, companions and health professionals, providing situations of insecurity and violence. Violence in the workplace is a factor of psychological and physical disorder that leads to absences in the workplace, a decrease in the performance and commitment of nurses and, consequently, a decrease in income.

**Objective:** To identify and characterize the type of violence perceived in the sample in the context of an emergency service; To describe the risk factors for the occurrence of violence, consequences and implications of violence on nurses in the emergency department; Identify and plan strategies to promote non-violence on nurses in the emergency department.

**Methodology:** Cross-sectional study, quantitative in nature, in a target population consisting of nurses who work in the adult emergency department of the Hospital de Vila Franca de Xira, in a total of 62 nurses.

**Results:** It was found that 72.6% of nurses were victims of violence and 51.1% did not report episodes of violence. The most frequent type of violence was verbal violence (84.4%) followed by physical violence (51.1%). In the emergency department, the most frequent place of violence was the medical observation room (51.1%) and the main aggressor was the patient (68.9%). The shift, in which the most violence occurs was the night shift (11pm-8am) and most aggressors are male. The most frequent type of damage was in terms of mental and physical health (31.5%). Strategies for promoting non-violence in the emergency department were listed by nurses.

**Conclusion:** Violence against nurses in the emergency department is a real problem with inherent consequences for them. The relevance of the theme will be more visible the greater the notification of episodes by nurses. The need to apply and implement projects to prevent the phenomenon emerges.

**Keywords:** Emergency Department; Nurses; Violence in the workplace

## **Introdução**

A violência entre pessoas e grupos está enraizada na história da humanidade. Nas últimas décadas assumiu especial atenção, sendo um problema atual em crescimento exponencial um pouco por todo o mundo. A sua erradicação constitui-se, deste modo como, um desafio à sociedade contemporânea e gerações emergentes. Segundo a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2015), a violência é considerada como uma violação dos direitos humanos, pois sendo eles, essenciais a todas as pessoas de uma sociedade, o seu desrespeito implica sempre uma violência. O *International Council of Nurses* (ICN, 2006) condena os atos de abuso e violência perpetrados contra qualquer pessoa, incluindo outros, profissionais de saúde, doentes, crianças, idosos e outros cidadãos a nível privado. A cada ano que passa, os índices das diversas formas de violência tendem a aumentar, levando os sectores sociais a desenvolver medo e insegurança. O ambiente de trabalho, enquanto espaço social, também é afetado intensamente pelo crescimento da violência. Assim, a violência no local de trabalho, nomeadamente nos serviços de urgência, é cada vez mais razão de maior debate devido aos efeitos negativos que envolvem os profissionais, vítimas de violência. A ocorrência de atos de violência poderá contribuir assim, para a insatisfação no local de trabalho, baixa produtividade, provocando uma diminuição das qualidades na prestação de cuidados.

Este estudo tem como objetivos: determinar os vários tipos de violência sentida pelos enfermeiros; identificar os principais intervenientes de violência sobre os enfermeiros; identificar os principais fatores potenciadores de violência; conhecer as principais consequências da violência; identificar na opinião dos enfermeiros as estratégias para a promoção da não violência contra os enfermeiros no serviço de urgência; definir um programa de intervenção para a promoção da não violência contra os enfermeiros no local no serviço de urgência.

## **Enquadramento**

Atualmente, e por diversos motivos, os serviços de urgência são as escolhas de primeira linha para os doentes do Serviço Nacional de Saúde, o que faz com que “a doença e os fatores de potencial risco de vida provocam estresse nos doentes, nos seus familiares e no pessoal do local de trabalho no setor da saúde. Este estresse pode agravar os fatores que conduzem á violência” (ICN, 2006, p.2). A DGS (2015) refere que não são só resultantes da violência as consequências físicas, mas também resulta em consequências psicológicas, e que o profissional de saúde agredido tem o direito de receber os respetivos cuidados de saúde, físicos e psicológicos.

O conceito de violência não é unânime, uma vez que a sua interpretação tem sido realizada em função de uma panóplia de contextos, onde é tido em conta a interpretação da vítima, do agressor e da cultura e sociedade onde encontram-se inseridos.

Pode considerar-se que em Portugal, existe alguma preocupação com a violência contra os profissionais de saúde, uma vez que a DGS considera a violência na Circular Informativa nº 15/DSPCS de 07/04/2006 como um problema grave, que afeta a saúde física e mental dos profissionais agredidos e dos que testemunham a violência, prejudicando o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados. Evidenciando que “A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho deve ser, portanto, considerada como uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, combatida” (DGS, 2006, p.3.).

De forma a assegurar-se uma prestação de cuidados de qualidade, por parte da equipa de enfermagem, é necessário garantir que existe um ambiente de trabalho considerado seguro e que os enfermeiros considerem que são tratados com respeito (ICN, 2006).

Também Santana & Santana (2016) referem que as agressões aos profissionais de saúde ultrapassam os aspetos físicos do ambiente, acabando por ter em contas as questões sociais, como as relações inter e intrapessoais e, portanto, a satisfação com a atividade desenvolvida. O dia a dia de um enfermeiro de serviço de urgência encontra-se muitas vezes relacionado com agressões, abusos e outras violências (Scaramal et al., 2017; Ribeiro et al., 2018; Tsukamoto et al., 2019).

Existe diversos tipos de violência, tal como violência ocupacional definida como exercício de força contra um trabalhador, que pode ou não causar danos físicos, ou o abuso verbal e o *bullying*, que resultam em abalos psicológicos e emocionais (Reichert, 2017). Tsukamoto et al. (2019), referem que a agressão psicológica, que normalmente é assumida de forma verbal, inclui a intimidação e até mesmo a violência sexual. Considera-se as agressões como empurrar, bater, chutar, cuspir, morder, etc., como comportamentos de violência física. De evidenciar que homicídio e violência também são agressões físicas.

Existe duas formas de caracterizar a violência no trabalho que envolve os profissionais de saúde: a violência externa e a violência interna.

A *violência externa* é provocada por desconhecido, em que não se conhece o cliente e o seu historial. É nomeada de “externa” uma vez que pode acontecer durante ações em comunidade para a promoção da saúde nas ruas, domicílios e também em atendimentos móveis de urgência (Pedro et al., 2017).

A *violência interna* ocorre entre os colaboradores da organização de saúde. Este tipo de violência pode acontecer quando parte de algum nível hierárquico superior, o que corresponde a abuso de poder, autoridade e assédio moral de administradores, gestores

de serviço, chefes de equipa, supervisores etc., ou pode ocorrer entre profissionais de saúde do mesmo setor (Pedro et al., 2017). As situações que causam os episódios de violência são diversas, podendo referir-se a questões relacionadas a falhas no atendimento do serviço de saúde pública, como a falta de estrutura, de medicamentos e de recursos humanos (Reichert, 2017; Scaramal et al., 2017; Tsukamoto et al., 2019). A violência contra os profissionais da saúde, em contexto hospitalar, origina consequências graves tanto para o desenvolvimento como para a saúde dos mesmos, tendo que ser compreendida como um problema de saúde pública (DGS, 2006). A existência de violência poderá refletir-se em comportamentos considerados autodestrutivos (fumar, consumir álcool excessivamente etc.), bem como no aparecimento de doenças crónicas, provocando ainda um aumento do sofrimento psíquico, causado pela incapacidade em enfrentar a situação vivenciada.

A verdade é que um grande número de episódios de casos de violência não é identificado, fazendo com que estas situações se tornem invisíveis dentro dos contextos de saúde hospitalares (Ribeiro et al., 2018), não se encontrando também desenvolvido um programa de monitorização e relato. Os enfermeiros são a categoria profissional que apresenta uma percentagem maior como vítimas de violência física, psicológica, verbal ou sexual em comparação com outros profissionais de saúde (Vieira, 2017). O desconhecimento destas situações não só acontece porque os profissionais não valorizam a sua denuncia, mas também porque existem outros fatores como “a falta de provas na ausência de lesões físicas, sistemas de relatórios extensos e desadequados, falta de apoio dos gestores de saúde, medo de vingança, culpa ou tratamento desfavorável por parte de gestores e/ou colegas” (ICN, 2017, p.1).

### **Questão de investigação**

Como é caracterizada e percebida a violência sobre os enfermeiros, num serviço de urgência e quais as estratégias a definir para a promoção da não violência?

A resposta a estas questões de investigação permitirá definir um programa de intervenção para a promoção da não violência contra os enfermeiros no serviço de urgência.

### **Metodologia**

Estudo transversal, quantitativo em que se aplicou um questionário (Santos & Henriques, 2021) construído especificamente, realizado no mês de abril de 2022 no SU do Hospital de Vila Franca de Xira, através da plataforma online *Google Forms*. A

população alvo deste estudo foi constituída por enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência adulto, num total de 62 enfermeiros. Para a seleção da amostra foi definido como critério de exclusão, os enfermeiros que não estejam a desempenhar funções no serviço de urgência, durante o período de colheita de dados (férias, licença e doença) e questionários que não estejam devidamente preenchidos.

Durante a construção do questionário aplicado, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de explorar a existência preliminar de um instrumento já desenvolvido que respondesse aos objetivos do estudo. Devido à especificidade dos objetivos estipulados, foi desenvolvido um questionário organizado em três partes: a primeira parte destina-se a uma caracterização sociodemográfica e profissional do participante; a segunda parte aponta para uma caracterização de violência no serviço de urgência; e a terceira parte, é feita uma identificação do agressor e identificação de estratégias para a promoção da não violência no serviço de urgência, contra os enfermeiros. Pretende-se então caracterizar a violência sobre os enfermeiros, em termos de tipologia, principais intervenientes, fatores desencadeantes e consequências nos cuidados prestados e nos enfermeiros, envolvendo os investigadores e os intervenientes através de um processo cíclico, de pensar-fazer-pensar para investigar e criar a mudança, através da implementação de estratégias.

O estudo obteve parecer favorável da comissão de ética e da autorização da Diretora de Enfermagem do Hospital de Vila Franca de Xira. Foram respeitados os direitos fundamentais redigidos pelo Código de Ética de Nuremberga e da Declaração de Helsínquia.

Após a colheita de dados procedeu-se à análise dos dados obtidos. Devido ao tipo de estudo que optamos, os procedimentos em forma de estatística permitem que se organize, interprete e transmita informações numéricas aos investigadores (Polit & Beck, 2011).

Os dados recolhidos foram organizados e inseridos numa base de dados, tendo posteriormente sido tratados informaticamente, através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Através deste processo foi possível obter uma análise descritiva, apresentando as distribuições de frequência e utilizadas médias de tendência.

## **Resultados**

A fim de facilitar a apresentação dos resultados os mesmos foram subdivididos em cinco temas: caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, fatores de risco para a ocorrência de violência, tipo de violência e perfil do agressor, consequências

e implicações da violência nos participantes e estratégias para a promoção da não violência.

a) Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A amostra do estudo foi de sessenta e dois (62) profissionais de saúde (enfermeiros), sendo que 47 são do género feminino (75,8%) e 15 são do género masculino (24,2%). Relativamente à formação académica verifica-se maior prevalência o grau de licenciado com 90,3%, seguido de 6,5% que possuem também uma pós-licenciatura e 3,2% (2) referiram outra formação. A maioria dos profissionais de enfermagem encontram-se caracterizados como enfermeiro nível I (71%) e enfermeiro nível II (21%), na escala de categoria profissional. Cinco dos profissionais (8,1%) consideram-se peritos.

Os 62 enfermeiros inquiridos têm uma média de idades  $30,7 \pm 7,6$  anos, trabalham como enfermeiros em média à  $7,0 \pm 6,6$  anos e no serviço de urgência à  $5,1 \pm 6,2$  anos.

b) Fatores de riscos para a ocorrência de violência

Relativamente à classificação da importância da violência no local de trabalho verificamos que a maioria dos profissionais (83,9%) classifica como muito importante a temática de violência no local de trabalho e os restantes como importante (16,1%).

As principais causas que os profissionais elegem como fatores de riscos para a ocorrência de violência são: demora no atendimento (19,27%) sendo de salientar que os inquiridos elencaram mais do que um fator (4,8 fatores) tal como é possível visualizar na tabela 1.

Tabela 1

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto fatores de riscos para a ocorrência de violência*

Fatores	(n)	%
Falta de segurança	48	15,95
Demora no atendimento	58	19,27
Longa duração do tratamento	10	3,32
Espera dos resultados complementares de diagnóstico	14	4,65
Presença de doentes do foro psiquiátrico	43	14,29
Movimentação de pessoas estranhas ao serviço	12	3,99
Abuso de substâncias	24	7,97
Nível de educação	30	9,97
Medo, ansiedade e raiva	27	8,97
Inexperiência do enfermeiro	3	1,00
Dotações inadequadas	31	10,30
Outro	1	0,33

Dos sessenta e dois inquiridos 39 (62,9%) referem que existe medidas e procedimentos de notificação, 19 referem que não sabem da existência de meios de notificação (30,6%) e 4 (6,5%) mencionam que não existem medidas de notificação no seu local de trabalho. Relativamente à participação em ações formativas de como lidar com um episódio de violência 71% nunca participaram, 11,3% participaram durante o seu curso de licenciatura, 1,6% participou a nível hospitalar, 6,5% participaram em outro local de trabalho e 9,6% participaram em outro contexto que não o local de trabalho.

c) Tipo de violência sofrida e perfil do agressor

Da totalidade dos enfermeiros respondentes 72,6% (45) referiram ter sofrido um incidente relacionado com a violência, pelo que a partir deste momento o *n* passou de 62 para 45.

48,9% (22) notificou a ocorrência do incidente por escrito ao contrário dos 51,1% (23), tendo realizado a notificação vários intervenientes e em vários locais tal como e possível ver na tabela 2.

Tabela 2

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à notificação da ocorrência do incidente*

	(n)	%
Chefia do serviço	1	4,5
Chefia do serviço, Registo do diário do doente	2	9,1
Chefia do serviço, Registo em HER+	1	4,5
Chefia do serviço, Registo em HER+, Queixa apresentada na PSP, Registo no diário do doente	1	4,5
Chefia do serviço, Registo em HER+, Queixa apresentada na PSP, Registo do diário do doente, Administração da instituição	1	4,5
Chefia do serviço, Registo em HER+, Registo do diário do doente	1	4,5
Queixa apresentada na PSP, Registo do diário do doente	3	13,7
Registo do diário do doente	7	32,0
Registo em HER+	2	9,1
Registo em HER+, Queixa apresentada na PSP	2	9,1
Registo em HER+, Queixa apresentada na PSP, Registo do diário do doente	1	4,5

Para a caracterização da situação sofrida pelo inquirido solicitamos ao participante para indicar se a situação a que se irá reportar era a última situação ou a situação que mais o marcou, sendo que a maioria irá, nas questões que a seguir se apresenta, referir a situação que mais o marcou (66,7%)

De acordo com as respostas dos 45 inquiridos, percebemos que na situação referenciada houve mais do que uma tipologia de violência (em média 2 tipos) sendo que o tipo de violência que prevalece é a violência verbal (84,4%), seguido da violência física (51,1%) e violência psicológica (46,7%). Dos 51,1% que referem terem sofrido violência física, 33,9% sente que sofreu um ataque. Dos 46,7% que sofreram violência psicológica, 37% sentiram-se intimidados, 12,9% acham que sofreram uma agressão moral e 3,2% uma pressão moral. As opções menos referidas foram violência física com objeto (17,8%), dano contra bens da instituição (8,9%) e assédio moral (4,4%), como se pode ver na tabela 3.

Tabela 3

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao tipo violência sofrido*

	(n)	%
Física	23	51,1
Psicológica	21	46,7
Verbal	38	84,4
Física com um objeto	8	17,8
Física com arma branca	0	0,0
Dano contra bens da instituição	4	8,9
Contra propriedade pessoal	0	0,0
Assédio moral	2	4,4
Assédio sexual	0	0,0
Abuso sexual	0	0,0

Dos 23 inquiridos que responderam que sofreram violência física 91,3% (21) acha que sofreu um ataque.

O agressor identificado em 68,9% (31) foi o doente e 31,1% (14) o familiar ou acompanhante do doente.

Relativamente ao seu perfil do agressor verificamos que o agressor é maioritariamente do sexo masculino, aparentemente etilizado, História de doença neurológica ou psiquiátrica (tabela 4).

Tabela 4

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao perfil do agressor*

	(n)	%
Feminino	4	8,9
Feminino, Sem história de doença neurológica ou psiquiátrica, nem aparentemente etilizado	6	13,3
Masculino	13	28,9
Masculino, Aparentemente etilizado	2	4,4
Masculino, Aparentemente etilizado, História de doença neurológica ou psiquiátrica	2	4,4
Masculino, História de doença neurológica ou psiquiátrica	8	17,8
Masculino, Sem história de doença neurológica ou psiquiátrica, nem aparentemente etilizado	10	22,2

Os períodos com mais episódios de violência relatados são das 23h às 08h, o correspondente ao turno da noite, assinalado por 55,6% (25) seguindo-se o horário da manhã com 33,3% (15) de relatos. O horário com menos episódios de violência foi o horário da tarde com 11,1% (5).

Os locais onde ocorrem mais situações de violência são: sala de observação médica (23, 51,1%), triagem (12; 26,6%), sala de tratamentos (6; 13,3%), outros (4; 8,9%) que incluem circuito de doente respiratório e internamento geral.

Perante o episódio de violência o maior número de enfermeiros defendeu-se (22,2%), sendo que 6,7% referiu que não teve qualquer reação (tabela 5).

Tabela 5

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao tipo de reação realizada aquando da violência sofrida*

	(n)	%
Defendeu-se	10	22,2
Defendeu-se, Iniciou processo judicial	2	4,4
Defendeu-se, Procurou ajuda	1	2,2
Defendeu-se, Procurou ajuda, Reportou a amigos/familiares/colegas	2	4,4
Defendeu-se, Reportou a amigos/familiares/colegas	1	2,2
Fingiu que nada aconteceu	1	2,2
Fingiu que nada aconteceu, Reportou a amigos/familiares/colegas	2	4,4
Iniciou processo judicial	1	2,2
Procurou ajuda	5	11,1
Procurou ajuda, Reportou a amigos/familiares/colegas	1	2,2

Tabela 5

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao tipo de reação realizada aquando da violência sofrida (continuação)*

	(n)	%
Reportou a amigos/familiares/colegas	2	4,4
Reportou a um superior	4	8,9
Reportou a um superior, Defendeu-se	1	2,2
Reportou a um superior, Defendeu-se, Iniciou processo judicial	2	4,4
Reportou a um superior, Defendeu-se, Procurou ajuda	2	4,4
Reportou a um superior, Defendeu-se, Procurou ajuda, Iniciou processo judicial	2	4,4
Reportou a um superior, Procurou ajuda	1	2,2
Reportou a um superior, Reportou a amigos/familiares/colegas	1	2,2
Sem reação	3	6,7
Sem reação, Reportou a um superior	1	2,2

d) Consequências e implicações da violência

71,1% (32) dos inquiridos referiram que a violência era evitável e 26,7% referiu que houve lesões decorrentes dessa situação de violência.

Como implicações na vida pessoal e profissional, 31,5% das respostas são referentes a consequências na sua saúde física e mental, sendo a menor implicação o absentismo (tabela 6).

Tabela 6

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto às consequências e implicações da violência*

	(n)	%
Absentismo por doença	1	0,9
Quebra na produtividade	9	8,1
Menor satisfação pessoal	31	27,9
Mudança de local de trabalho	2	1,8
Saúde física e mental	35	31,5
Desempenho profissional	19	17,1
Qualidade dos cuidados	13	11,7
Outro	1	0,9

57,8% dos enfermeiros vítimas de violências não notificaram o incidente ao contrario dos 42,2%. Para a não notificação concorreu a falta de tempo e não saber como notificar tal como poderemos ver na tabela 7.

Apesar dos vários respondentes não terem notificado, e numa escala de 0 a 5 a notificação é considerada muito importante ( $3,5 \pm 0,75$ ).

Tabela 7

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto às razões da não notificação*

	(n)	%
Considerarei parte do trabalho	5	20
Considerarei parte do trabalho, Falta de tempo	2	8
Considerarei parte do trabalho, Não sabia a quem recorrer, Não sabia como notificar	1	4
Considerarei parte do trabalho, Não sabia como notificar	1	4
Falta de tempo	4	16
Falta de tempo, Não sabia como notificar	3	12
Não considerarei importante	1	4
Não considerarei importante, Considerarei "parte do trabalho", Não sabia como notificar	1	4
Não considerarei importante, Falta de tempo	1	4
Não considerarei importante, Não sabia a quem recorrer, Não sabia como notificar	1	4
Não sabia como notificar	4	16
Outro	1	4

e) Estratégias para a promoção da não violência

Dado que a totalidade do questionário foi respondido apenas pelos que sofreram agressão as estratégias identificadas foram sugeridas apenas por estes.

Como estratégias para a promoção da não violência no local de trabalho, as mais mencionadas foram: aumento da presença de segurança/força policial (27%); aumento de rácios enfermeiro-doente (14,5%); disposição física do serviço de urgência (11,3%); participação em ações de formação sobre violência e gestão de conflitos (10,1%); existência de betoneiras de emergência em todos os locais de prestação de cuidados (9%); melhoria nas estratégias de comunicação (7,9%); diminuição do tempo de espera para atendimento (6,7%); existência de consequências judiciais para o agressor (5,7%); criação de urgência psiquiátrica (4,5%) e com 1,1% a necessidade de existirem estratégias de entretenimento na sala de espera, colocação de equipamentos de

videovigilância e sinalização dos agressores (tabela 8). De referir que a maioria das estratégias são organizacionais.

Tabela 8

*Distribuição das respostas dos inquiridos quanto às estratégias identificadas para a diminuição da violência no SU*

	(n)	%
Presença de segurança/força policial	24	27
Criação de urgência psiquiátrica	4	4,5
Entretenimento nas salas de espera	1	1,1
Diminuição do tempo de espera	6	6,7
Melhoria da comunicação entre pares	7	7,9
Existência de betoneiras de emergência	8	9
Melhoria de rácios na prestação de cuidados	13	14,5
Formação sobre violência e gestão de conflitos	9	10,1
Equipamentos de videovigilância	1	1,1
Consequências judiciais para o agressor	5	5,7
Sinalização dos agressores	1	1,1
Melhoria da disposição física do SU	10	11,3

## Discussão

Durante a realização deste trabalho de investigação deparámo-nos com dificuldades e limitações relacionadas com o número limitado de trabalhos científicos publicados acerca da temática. A discussão crítica do mesmo será em grande medida focada na interpretação dos dados recolhidos, efetuando uma síntese dos mesmos.

Na amostra do estudo, prevalece o género feminino (75,8%) em relação aos enfermeiros (24,2%). Esta caracterização encontra-se de acordo com os dados revelados pela OE (2018) onde apresentam o resultado de membros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, sendo 60.737 do género feminino e 13.175 do género masculino.

A maioria dos enfermeiros (71%) elegíveis para o questionário, afirma nunca ter participado numa formação sobre a temática. Em 2006, a DGS propôs uma panóplia de estratégias com o objetivo de diminuir a violência, com o principal enfoque na prevenção a três níveis: macro (sociais, políticas e legais), meso (inclui normativas com linhas orientadoras para dirigentes, profissionais e utente de saúde, com ênfase nas condições de trabalho e de acessos aos serviços de saúde) e micro (envolvendo procedimentos

de segurança, métodos de notificação, formação no âmbito da comunicação e gestão de conflitos). A verdade é que dos três níveis implementados, o que apresenta maior falha é o micro, uma vez que a percentagem de participação dos profissionais de saúde em formações é incrivelmente baixa (DGS, 2006).

Diversos estudos demonstram que uma grande proporção de profissionais de saúde, afirma não ter recebido formação de gestão de conflitos no âmbito da violência e agressão (Xing et al., 2015).

A maioria dos enfermeiros (72,6%) afirmam ter sido vítimas de violência no seu local de trabalho e 27,4% assinalam nunca terem tido um incidente relacionado com a violência no mesmo âmbito. A percentagem de enfermeiros que não assinalaram serem vítimas de violência no local de trabalho pode estar relacionado, como referido pela OE (2009), com o facto de nem todos os profissionais possuírem o mesmo entendimento de violência, existindo, portanto, uma variação do seu significado, quer temporal, quer espacialmente. A não notificação ou o facto dos enfermeiros nunca terem tido um episódio de violência pode remeter-nos para uma cultura de aceitação em torno da violência no local de trabalho (Comeskey, 2016), ou apenas, para a associação a atos de agressão física, que deixa um dano palpável, para diferenciar da violência invisível (Heloani, 2003).

Dos 45 enfermeiros vítimas de violência, 26 (57,8%) referem que não notificaram por escrito a ocorrência do incidente, divergindo com o relatório da DGS (2015), que refere que os enfermeiros foram os que mais notificações de violência apresentaram.

A não notificação do incidente acontece por não saberem como notificar (11), falta de tempo (10) ou consideraram “parte do trabalho” (10). Pompeii et al. (2015) refere no seu estudo que apenas 19% dos eventos de violência foram relatados em sistemas de relatórios oficiais. De acordo com Kvas e Seljak (2014), o principal motivo referido pelos profissionais para não comunicarem estes incidentes, é o facto de que apesar de se relatar o caso, isso não mudaria nada. Quando notificado, 15 dos enfermeiros, registaram em diário do doente, seguido de 9 que notificaram em plataforma de incidentes HER+. A opção menos representativa e referida, com apenas uma (1) notificação foram as notificações à administração da instituição sobre o incidente. De acordo com Copelande & Henry (2017) e à semelhança do referido pelos mesmos, verifica-se que a maior parte dos enfermeiros notificam os atos de violência em diário do doente, no entanto, esses dados não são contemplados nem extraídos para estudos de incidência ou de prevalência de violência.

Palagi et al. (2015) refere que, a enfermagem é a categoria profissional mais atingida pela violência no local de trabalho, por ser o grupo de profissionais que interage mais tempo com o utente e acompanhante, com mais proximidade e por prestarem cuidados diretos em situações de *stress* e sofrimento. Facto que se verifica neste serviço em que os enfermeiros estão 24 horas num espaço aberto e em contacto direto com os utentes e respetivos acompanhantes. Da totalidade dos enfermeiros, independentemente de terem ou não sofrido de violência, verificou-se que as quatro principais causas que os enfermeiros elegem como fatores de riscos para a ocorrência de violência são: demora no atendimento (19,27%); falta de segurança (15,95%); presença de doentes do foro psiquiátrico (14,29%) e dotações inadequadas (10,30%). Tal como é mencionado pela *American Nurse Association* (ANA, 2002), onde os três principais fatores de risco são o ambiente, a dinâmicas de trabalho e as características das vítimas. Nestes três fatores encontram-se inseridas o deficiente acompanhamento de doentes do foro psiquiátrico, a falta de seguranças treinados, os longos períodos de espera, poucos profissionais disponíveis para a quantidade de trabalho existente, entre outros.

A violência verbal foi a opção mais selecionada com 84,4%, seguida da violência física (51,1%) e violência psicológica (46,7%). Este facto remete-nos para Pompeii et al. (2015) uma vez que relata a existência de elevado risco de violência contra enfermeiros enquanto prestadores de cuidados diretos. Muitas vezes a prestação de cuidados nem sempre acontece de forma eficaz, limitando-se, ao cuidar técnico, o que, de acordo com Palagi et al. (2015), pode levar ao descontentamento do utente.

Os períodos com mais episódios de violência relatados são das 23h às 08h, o correspondente ao turno da noite, assinalado por 55,6%. O horário com menos episódios de violência foi o horário da tarde com 11,1%. Comparando os resultados do estudo com o relatório da DGS (2015), os resultados quanto ao período de maior violência são diferentes, uma vez que, o relatório refere que 44% das notificações ocorrem entre as 08h e as 13h59m, englobando 256 episódios relatados.

Quanto aos locais onde existe maior prevalência de violência destaca-se a sala de observação médica com 51,1% sendo que esta é um local onde os doentes permanecem a aguardar decisão clínica e eventual internamento, durante horas ou até mesmo dias, o que potencia o ato de violência. Palagi et al. (2015) refere no seu estudo resultados semelhantes enumerando como fatores contribuintes a falta de pijamas, recursos humanos e a sobrelotação de serviços. O posto de triagem surge com a segunda maior representatividade (26,6%) e de acordo com Palagi et al. (2015) um dos fatores desencadeantes de comportamentos violentos nestes postos, deve-se ao facto de ser um setor sobrelotado que leva a uma demora nos tempos de espera para

atendimento mesmo antes de entrarem para o próprio serviço. Quando são chamados, são os elementos da triagem os primeiros a receber os utentes e as famílias.

Perante o episódio de violência para 71,1% dos enfermeiros o episódio era evitável e em 26,7% ocorreu lesão como consequência do episódio de violência.

Como implicações na vida pessoal e profissional, 31,5% dos enfermeiros referem que as suas saúdes físicas e mentais ficaram afetadas. Renker et al. (2015), refere que a violência tem como consequências, faltas ao trabalho, diminuição da produtividade, custos de assistência médica e psicológica para os profissionais e compensações por indemnizações. Tem custos relacionados com a diminuição da satisfação dos utentes, aumentos de queixas e alterações na reputação do hospital. A verdade é que a violência física não é único tipo de violência que impede o enfermeiro manter as suas capacidades profissionais. A violência psicológica pode ter consequências tão ou mais graves, podendo despoletar crises de ansiedades e depressões (Fonseca, 2012).

Do estudo é possível verificar que o principal agente agressor com 68,9% são os utentes, seguindo-se do familiar dos utentes com 31,1%. De acordo com os resultados divulgados no relatório da DGS (2015), as pessoas que mais agridem são os utentes (53, 7%) seguido dos familiares dos utentes (22,2%) sendo, portanto, consistente com o estudo realizado.

O agressor é referido por 77,7% dos enfermeiros como sendo na sua maioria do sexo masculino, O agressor com estado aparentemente etilizado é referido por 8,8% dos enfermeiros. Agressor com história de doença neurológica ou psiquiátrica, é assinalado por 22,2% e sem doença neurológica ou psiquiátrica nem etilizado é assinalado por 35,5% dos enfermeiros. Se para os doentes que recorrem à urgência o facto de estarem etilizados ou com doença neurológica ou psiquiátrica poderá compreender-se, consideramos o valor de 35,5% bastante elevado de agressores sem apresentarem tais distúrbios.

A violência contra os enfermeiros é um problema crescente sobre o qual é fundamental atuar a nível preventivo e interventivo, devendo ser uma das prioridades mais importantes no campo da saúde pública. A definição de um programa de intervenção para a promoção da não violência torna-se uma ferramenta imprescindível com os hospitais a ter um papel preponderante na saúde pública e na saúde dos seus colaboradores, pois constituem a interface terminal do sistema nacional de saúde. Os países desenvolvidos têm um potencial crescente de violência no local de trabalho nos profissionais de saúde, desta forma, estratégias de prevenção, controlo e intervenção que lidam com a violência nos hospitais devem ser estudadas, recomendadas e

implementadas (Shi et al., 2017). Seguindo esta linha orientadora, perspetivando a *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) (2016) a melhor forma de redução da violência no local de trabalho é através da aplicação de um programa de prevenção de violência que abrange cinco pilares fundamentais: Compromisso de gestão e participação dos profissionais (estabelecimento de metas e objetivos, capacitar as equipas com recursos humanos adequados e apoios adequados, encorajar os profissionais a comunicar abertamente e a relatar preocupações sem medo de possíveis represálias); identificação de perigos e análise do local de trabalho (criação e aplicação de processos e procedimentos para que permitam identificar continuamente perigos e avaliar os riscos. Existência de uma avaliação inicial de perigos, reavaliações regulares, e reavaliações formais após incidentes); Prevenção e controlo de riscos (processos, procedimentos e programas deverão ser implementados com o intuito de eliminar ou controlar os perigos no local de trabalho, podendo assim, alcançar metas e objetivos na prevenção da violência no local de trabalho); Treino em segurança e saúde (capacitar os profissionais com formação ou treino em reconhecimento e controlo de perigos); Manutenção de registos e avaliação de programas (o registo permite identificar tendências ou padrões, de forma a avaliar métodos de controlo de risco, identificar necessidades de treino e desenvolver soluções para o programa).

De acordo com os dados obtidos, podemos constatar que a maioria das estratégias referidas pelos enfermeiros são índole organizacional, destacando-se a importância da aplicação de um programa de prevenção de violência, tal como referido pela OSHA.

## **Conclusão**

A violência na sociedade contemporânea é uma realidade recorrente. Nesta temática, somos convidados a analisar os fatores inerentes à violência, concretamente, os do local de trabalho. Os enfermeiros, unidades basilares das instituições de saúde, desenvolvem a sua ação no cuidado às pessoas com diferentes necessidades, sendo a individualidade de cada uma, um fator de possíveis reações a determinada situação. Tal combinação, torna-se pertinente se for contextualizada num serviço de urgência. O serviço de urgência, acomete sempre a um nível de complexidade assistencial, diferente de todos os outros serviços. Tal complexidade requer dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, um rigor, em gestão de tempo e produtividades acrescidos, deixando-os simultaneamente mais expostos às suas próprias vulnerabilidades. Neste local, a violência contra os profissionais de saúde é inaceitável,

encontrando-se consignada nas preocupações de diversos organismos de âmbito nacional e internacional.

Entrelaçada à violência surge a desinformação por parte dos enfermeiros que poderão considerar tais abusos como “parte do trabalho”, ignorando não só a violência física e psicológica sofrida, mas também a pressão moral e a discriminação que surgem nos mais diversos contextos de saúde.

Relativamente à proveniência da violência, pela complexidade dos processos humanos, a violência acontece não só na índole exterior (utentes, familiares e/ou acompanhantes), mas também, internamente por parte de colegas de trabalho, supervisores, superiores hierárquicos e outros profissionais de saúde. Estão associados à violência, fatores de diferentes ordens, categorizados em ambientais, relacionais (do doente e do profissional) e, ainda, os relacionados com as práticas de trabalho e características inerentes às vítimas e aos autores. Os espaços com pouca vigilância/segurança, espaços físicos reduzidos e, muitas vezes, a sobrelotação, conjugados com a morosidade de determinados procedimentos e/ou resultados de exames complementares de diagnóstico são catalisadores da violência em contexto de urgência. A estes, acrescem as condicionantes inalteráveis como o nível de educação, o sexo, os problemas de comunicação, a predisposição para violência e, não obstante, a inexperiência por parte do enfermeiro, por vezes sujeito a dotações inadequadas e sobrecarga horária. Os enfermeiros sujeitos a experiências de violência são conduzidos à perda de crença na capacidade/competência profissional. A conjugação dos diversos fatores pode conduzir a um aumento da taxa de absentismo, baixa moral e deterioramento das relações interpessoais.

Em relação à perceção que os enfermeiros têm sobre o facto de serem, ou não, vítimas de violência, depende em grande medida do conceito que os próprios têm de violência. Mesmos expostos às mesmas circunstâncias podemos verificar que uns considera ser vítimas de violência e outros não, o que poderá estar relacionado com o facto de não quererem pensar nesses episódios, pois, tal como refere Silva (2013, p.13) “são tantas as situações que são geridas e amenizadas que na sua maioria, vemo-nos na necessidade de as querer esquecer, para não perpetuarmos o nosso próprio sofrimento pessoal”.

Como proposta segure-se que este estudo seja largamente divulgado junto das entidades de chefia e direção hospitalar para dar a conhecer a existência deste fenómeno e das suas consequências na equipa de enfermagem e nos custos associados à instituição provocados pelo fenómeno da violência. A instituição deverá

ainda procurar investir em ferramentas de proteção dos profissionais de saúde tais como seja a presença de equipa de segurança, aumento de rácios, adequação da estrutura física da urgência e apostar na formação para a temática em causa.

Será necessário ainda equipas de intervenção específica na temática e criar ferramentas de fácil manipulação e que permitam notificar o relato em tempo real e de maneira simplificada ajudando assim os responsáveis na análise, favorecendo, consequentemente uma intervenção por uma equipa multidisciplinar e especializada na temática. A existência desta equipa iria inevitavelmente realizar um acompanhamento mais próximo junto do profissional envolvido no episódio de violência garantido o seu bem-estar e fornecer-lhe apoio levando a que haja um maior envolvimento do profissional e responsabilização para a notificação num futuro episódio de violência.

A aplicação de sanções aos agressores e a divulgação das mesmas seria uma medida importante para desmotivar o agressor e por outro lado transmitir maior segurança ao enfermeiro vítima de violência.

É necessário o envolvimento dos superiores hierárquicos na promoção de uma política de ações toleradas e consequências claras e específicas para o incumprimento das mesmas.

É ainda necessário o desenvolvimento, por parte dos serviços, de uma cultura baseada numa tolerância zero para comportamentos violentos, para isso, Ramacciati et al. (2016) diz-nos que poderá ser necessário alterar ou desenvolver comportamentos de relações interpessoais positivas como sejam a comunicação respeitosa, incluindo escuta ativa; respeito mútuo demonstrado por todos; honestidade, confiança e beneficência.

Em suma, a violência sobre os enfermeiros, torna-se para a enfermagem numa temática de extrema importância, não só por serem os enfermeiros as principais vítimas, mas também por ser um problema que requer ação tanto a nível preventivo como a nível interventivo. Pensamos que a complexidade do fenómeno e a sua interligação entre os vários fatores sugerem que o problema da violência no serviço de urgência só poderá ser efetivamente enfrentado com múltiplas estratégias baseadas na análise multidimensional do fenómeno e das intervenções.

### **Referências Bibliográficas**

- American Nurses Association. (2002). Preventing workplace violence. Occupational health and safety series. <https://www.nursingworld.org/ana/>
- Comeskey, M. (2016). Zero tolerance of violence towards nurses. New Zealand.

- Copeland, D. & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 65-77. <http://dx.doi.org/10.1097/JTN.0000000000000269>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Circular normativa n.º 15/DSPCS. Assunto: Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais. <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Circular normativa n.º 15/DSPCS. Assunto: Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais. <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Violência contra os profissionais de saúde. Notificação on-line 2014*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgs.pt>
- Fonseca, A. (2012). *Saúde do trabalhador: A violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar* [Master's thesis, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro]. Repositório Central da UNIRIO. <http://hdl.handle.net/unirio/12130>
- Heloani, R. (2003). Violência invisível. GV-Executivo. <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/34968/33750>
- International Council of Nurses. (2006). Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem, tomada de posição.
- International Council of Nurses. (2017). Prevention and management of workplace violence. ICN. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS\\_C\\_Prevention\\_mgmt\\_workplace\\_violence\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Prevention_mgmt_workplace_violence_0.pdf)
- Kvas, A., & Seljak, J. (2014). Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3), 344–351. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12106>
- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. U.S. Department of Labor. <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Dados estatísticos 2018. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018\\_acumulado\\_dadosestatisticos\\_nacional.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf)
- Palagi, S., Noguez, P., Amestoy, S. & Porto, A. (2015) Violência no trabalho: Visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência. *Revista de Enfermagem*, 9(11), 9706-9712. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201509>
- Pedro, D., Teles da Silva, G., Lopes, A., Campos de Oliveira, K., & Tonini, N. (2017). Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento

- produzido. *Saúde Debate*, 41(113), 618-629. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711321>
- Pompeii, L., Schoenfisch, A., Lipscomb, H., Dement, J., Smith, C., & Upadhyaya, M. (2015). Physical Assault, Physical Threat, and Verbal Abuse Perpetrated Against Hospital Workers by Patients or Visitors in Six U.S. Hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(11), 1194-1204. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.22489>
  - Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B., Lumini, E., & Rasero, L. (2016). Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emergency Medicine*, 8, 17–27. <http://dx.doi.org/10.2147/OAEM.S69976>
  - Reichert, C. (2017). Enough is Enough: Putting a Stop to Violence in the Health Care Sector. A Discussion Paper. Canadian Federation of Nurses Unions. <http://nursesunions.ca/research/enough-is-enough-safeworkplaces-for-all/>
  - Renker, P., Scribner, S., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work*, 51(1), 5-18. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-141893>
  - Ribeiro, I., Lima, M., & Musse, J. (2018). Violência Sofrida pelos Enfermeiros nas Instituições de Saúde: uma revisão integrativa. In Porto, C. (Ed.), *Cadernos de Graduação – ciências biológicas e da saúde* (pp. 161-172). Edunit
  - Santana, R., & Santana, J. (2016). Violence against children and adolescents as perceived by health personnel. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(4), 1-6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.7070>
  - Scaramal, D., Haddas, M., Garanhani, M., Nunes, E., Galdino, M., & Pissinati, P. (2017). Occupational Physical Violence in Urgency and Emergency Hospital Services: Perceptions of Nursing Workers. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170034>
  - Shi, L., Zhang, D., Zhou, C., Yang, L., Sun, T., Hao, T., Peng, Xiangwen, Gao, L., Liu, W., Mu, Y., Han, Y., & Fan, L. (2017). A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. *BMJ Open*, 7, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013105>
  - Silva, F. (2013). *Os enfermeiros e a agressividade no serviço de urgência – um pulsar latente* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16205>
  - Tsukamoto, S., Galdino, M., Robazzi, M., Ribeiro, R., Soares, M., Haddad, M., & Martins, J. (2019). Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e

- fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(4), 425-432.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900058>
- Vieira, G. (2017). Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42(8), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000004216>
  - Xing, K., Jiao, M., Ma, H., Qiao, H., Hao, Y., Li, Y., Gao, L., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., & Wu, Q. (2015). Physical Violence against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *PLOS ONE*, 10(11), 1-14.  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0142954>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Questionário Online (GoogleForms)

## Violência no Serviço de Urgência na Perceção dos Enfermeiros

O presente questionário insere-se no âmbito do curso de mestrado de enfermagem médico cirúrgica – área de especialização à pessoa em situação crítica, lecionado no Instituto Politécnico de Leiria.

O enfermeiro especialista deverá contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, identificando oportunidades que sejam relevantes para a investigação em saúde, nomeadamente na área da pessoa em situação crítica.

Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar no estudo “Violência na Urgência na Perceção dos Enfermeiros”, através do preenchimento do questionário que se segue, onde a demora média de resposta do mesmo é de 10 minutos.

O público-alvo deste estudo são enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência do Hospital de Vila Franca de Xira.

A recolha de dados será efetuada através desta plataforma online (Google Forms). Os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dele possam decorrer.

Será salvaguardado sempre o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações transmitidas pelos mesmos. A sua participação no estudo é voluntária, podendo recusar-se a participar ou a retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer justificação e sem quaisquer implicações.

O presente questionário encontra-se dividido em três partes:

- 1.ª – caracterização da equipa de enfermeiros do serviço de urgência;
- 2.ª – caracterização de violência no serviço de urgência pelo participante;
- 3.ª – caracterização de episódio de violência pelo participante.

Prevê-se terminar o estudo em maio 2022. Caso seja do seu interesse saber informações adicionais ou sobre os resultados obtidos deverá contactar o investigador através do email: [pedro.correia2@hvfx.min-saude.pt](mailto:pedro.correia2@hvfx.min-saude.pt).

Agradeço desde já a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,  
Pedro Correia

## Consentimento Informado

Ao preencher este questionário o participante declara que:

- Compreende a informação disponibilizada sobre o estudo;
- Aceita participar no estudo de livre vontade;
- Sabe que pode abandonar o estudo, sem qualquer prejuízo ou inconveniente;
- Sabe que as respostas recolhidas são anónimas e confidenciais, destinadas apenas a fins de investigação;
- Sabe que não será possível a sua identificação, nem o local de exercício profissional;
- Sabe que a divulgação dos resultados será salvaguardada qualquer informação que permita a ligação entre a resposta e o participante;
- Compreende que se tiver necessidade pode solicitar esclarecimento adicional sobre o estudo ou sobre a sua participação, através do email do investigador responsável.

Aceita participar depois de ter lido e entendido a informação acerca do estudo, \*

fornecida pelo investigador

Sim

Não

## PARTE I

Dados sociodemográficos

Idade (anos) \*

A sua resposta \_\_\_\_\_

Género \*

- Feminino
- Masculino

Formação académica (assinale apenas o nível mais elevado) \*

- Bacharelato em Enfermagem
- Licenciatura em Enfermagem
- Especialidade
- Outro

**Categoria profissional \***

- Enfermeiro nível I
- Enfermeiro nível II
- Enfermeiro perito

**Se respondeu outro, especifique:**

A sua resposta \_\_\_\_\_

**Tempo de serviço total (anos) \***

A sua resposta \_\_\_\_\_

**Tempo que exerce funções no SU (anos) \***

A sua resposta \_\_\_\_\_

## PARTE II

Caracterização da violência no serviço de urgência

A importância que atribui à violência no local de trabalho \*

- Sem importância
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

Qual(is) o(s) fator(es) de risco para a ocorrência de violência (assinale as opções pertinentes) \*

- Falta de segurança
- Demora no atendimento
- Longa duração do tratamento
- Espera dos resultados complementares de diagnóstico
- Presença de doentes do foro psiquiátrico
- Movimentação de pessoas estranhas ao serviço
- Abuso de substâncias
- Nível de educação
- Medo, ansiedade e raiva
- Inexperiência do enfermeiro
- Dotações inadequadas
- Outro

Se respondeu outro, especifique:

A sua resposta \_\_\_\_\_

Existem medidas/procedimentos de notificação no hospital \*

- Sim
- Não
- Não sabe

Participou em alguma ação de formação de como lidar com um episódio de violência \*

- Sim, durante a licenciatura
- Sim, neste hospital
- Sim, noutra hospital
- Sim, noutra lugar
- Nunca participei

### PARTE III

Caracterização de violência

Foi vítima de algum incidente relacionado com a violência contra enfermeiros \*  
no seu local de trabalho?

- Sim
- Não (terminou de preencher o questionário, obrigado pela colaboração)

### PARTE III

Caracterização da violência

Notificou alguém por escrito da ocorrência do incidente? \*

- Sim
- Não

Se respondeu sim, assinale a quem notificou:

- Chefia do serviço
- Registo em HER+
- Queixa apresentada na PSP
- Registo do diário do doente
- Administração da instituição

A situação é a: \*

De agora em diante tente lembrar-se da última situação ou a situação que mais o "marcou"

- Última situação
- Situação que mais "marcou"

Que tipo de violência: \*

- Violência física
- Violência psicológica
- Violência verbal
- Violência física com objeto
- Violência física com arma branca
- Dano conta bens da instituição
- Violência contra propriedade pessoal
- Assédio moral
- Assédio sexual
- Abuso sexual

Se respondeu violência física, acha que sofreu um ataque?

- Sim
- Não

Se respondeu violência psicológica, indique o tipo:

- Agressão moral
- Pressão moral
- Intimidação
- Discriminação
- Assédio sexual

Por quem? \*

- Doente
- Familiar/acompanhante
- Enfermeiro
- Outro profissional
- Chefia/supervisor

Em que turno ocorreu: \*

- Manhã
- Tarde
- Noite

Onde ocorreu: \*

- Triagem
- Sala de tratamentos
- Sala de observação médica
- Sala de emergência
- Outro

Se respondeu outro, especifique:

A sua resposta \_\_\_\_\_

Como reagiu? (especifique as opções pertinentes) \*

- Sem reação
- Fingiu que nada aconteceu
- Reportou a um superior
- Pediu transferência
- Defendeu-se
- Procurou ajuda
- Reportou a amigos/familiares/colegas
- Iniciou processo judicial
- Outro

Se respondeu outro, especifique:

A sua resposta \_\_\_\_\_

Era evitável? \*

- Sim
- Não

Houve lesão? \*

- Sim
- Não

As consequências/implicações para a sua vida pessoal e/ou profissional? \*  
(assinale as opções pertinentes)

- Absentismo por doença
- Quebra na produtividade
- Menor satisfação pessoal
- Mudança de local de trabalho
- Saúde física e mental dos enfermeiros
- Desempenho profissional
- Qualidade dos cuidados cuidados
- Outro

Se respondeu outro, especifique:

A sua resposta \_\_\_\_\_

Notificou? \*

- Sim
- Não

Se não notificou, porque não o fez?

- Não considerei importante
- Considerei "parte do trabalho"
- Medo de represálias
- Falta de tempo
- Não sabia a quem recorrer
- Não sabia como notificar
- Outro

Se respondeu outro, especifique:

A sua resposta \_\_\_\_\_

A importância que atribui à notificação: \*

Sem importância      1      2      3      4      Muito importante

**Caracterização do agressor: \***

- Utente
- Familiar do utente
- Acompanhante
- Visita
- Grupo de cidadãos
- Profissionais da mesma instituição
- Profissionais de outra instituição

**Perfil do agressor**

**Idade (anos): \***

A sua resposta

**Perfil \***

- Feminino
- Masculino
- Aparentemente etilizado
- História de doença neurológica ou psiquiátrica
- Sem história de doença neurológica ou psiquiátrica, nem aparentemente etilizado

**Na sua opinião enumere 4 estratégias para promover a não violência no local de trabalho:**

A sua resposta