

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

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica em sala de
emergência**

Mestranda: Ana Rita Sacramento Marques

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, março 2024

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

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica em sala de
emergência**

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

Mestranda: Ana Rita Sacramento Marques, 5220177

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, março 2024

Cuidar desta missão, cuidar deste caminho,

Cuidar com coração!

Ninguém está Sozinho!

(Ordem dos Enfermeiros, 2019)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte, por todo o apoio demonstrado durante este longo percurso, orientação, sabedoria e disponibilidade demonstrada. Mais do que agradecer a paciência e persistência, agradecer a motivação com que sempre me presenteou.

A todos os colegas pelo incentivo e apoio. Em especial à minha Joana pelas longas horas de chamadas e mensagens, todo o apoio, verdadeira parceira nesta aventura, uma amiga.

À minha mãe que sempre me incentivou e apoiou a ser mais e melhor, apoiou incondicionalmente, sem nunca me deixar desistir. Ao meu pai que a vida não permitiu ver chegar este dia... que decerto estaria orgulhoso por me ver concluir este trabalho.

Às minhas irmãs e todos os meus amigos que me incentivaram e apoiaram até ao último minuto, compreendendo a minha falta de disponibilidade.

Ao meu noivo, por compreender as minhas ausências e frustrações, por me apoiar incondicionalmente durante esta jornada. E por final, à nossa Olívia, que me acompanhou no final deste percurso e se revelou o maior incentivo.

RESUMO

Este relatório representa um instrumento que permite analisar o desenvolvimento de competências que viabilizam a construção de uma intervenção especializada no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A primeira parte do documento visa promover uma análise e reflexão das competências desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos que permitam ao estudante uma prática especializada na área da pessoa em situação crítica. O ensino clínico decorreu em três contextos diferentes, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos e Pré-Hospitalar com as valências de Viatura Médica de Emergência e Reanimação e Viatura de Suporte Imediato de Vida.

A segunda parte é constituída por um estudo de investigação/ação desenvolvido através de um projeto de melhoria contínua da qualidade, com o tema de *Transmissão de informações à família da Pessoa Em Situação Crítica em Sala de Emergência*. O mesmo tem como objetivos: analisar a existência de dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na transmissão de informações; criar um procedimento de trabalho para a transmissão eficaz de informações e avaliar a utilidade e exequibilidade do procedimento de trabalho desenvolvido. A metodologia foi um estudo descritivo e quantitativo com cinco fases: brainstorming; questionário de avaliação das necessidades da equipa de enfermagem; sessão de formação e questionário de avaliação e aplicação da IT. Duas amostras de conveniência. Como principais resultados do estudo temos que no serviço em questão, 91,2% dos enfermeiros acham muito importante a transmissão de informações; 70,6% já sentiram dificuldades na transmissão de informações à família. 97,1% dos enfermeiros acham pertinente a existência de formação e 63,3% consideram que a IT é útil na prestação de cuidados. Concluindo assim que a maioria dos enfermeiros já sentiram dificuldades na transmissão de informações à família da PSC e consideram esta temática importante, bem como a existência de formação e a criação de instrumentos de trabalho que auxiliem a prestação de cuidados.

Palavras-chave: Comunicação; cuidados críticos; enfermeiro; família; sala de emergência

ABSTRACT

This report represents an instrument that allows analyzing the development of skills that enable the construction of a specialized intervention within the scope of Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations.

The first part of the document aims to promote an analysis and reflection of the skills developed during clinical teaching that allow the student to practice specialized in the area of people in critical situations. Clinical teaching took place in three different contexts, Medical-Surgical Emergency Service, Intensive and Pre-Hospital Care Unit with the skills of Emergency and Resuscitation Medical Vehicle and Immediate Life Support Vehicle.

The second part consists of a research/action study developed through a continuous quality improvement project, with the theme of Transmitting information to the family of the Person in Critical Situation in the Emergency Room. Its objectives are: to analyze the existence of difficulties experienced by the nursing team in transmitting information; create a work instruction for the effective transmission of information and evaluate the usefulness and feasibility of the developed work instruction. The methodology was a descriptive and quantitative study with five phases: brainstorming; questionnaire to assess the needs of the nursing team; training session and IT assessment and application questionnaire. Two convenience samples. The main results of the study are that in the service in question, 91.2% of nurses find the transmission of information very important; 70.6% have already experienced difficulties in transmitting information to family members. 97.1% of nurses believe that training is relevant and 63.3% consider that IT is useful in providing care. Concluding that the majority of nurses have already experienced difficulties in transmitting information to the PSC family and consider this topic important, as well as the existence of training and the creation of work instruments that help in the provision of care.

Keywords: Communication; critical care; nurse; family; emergency room

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLA

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

AEC – Alteração do Estado de Consciência

BO – Bloco Operatório

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GAF – Gabinete de Apoio à Família

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITEAMS – INEM Tool for Emergency Alert Medical System

MR – Médico Regulador

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional de Segurança para o Doente

PT- Procedimento de Trabalho

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

START – *Simple Triage And Rapid. Treatment*

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Continuados

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	12
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	13
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	13
1.2. SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS	14
1.3. SERVIÇO DE VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO E VIATURA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA.....	15
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
2.1.1. <i>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</i>	17
2.1.2. <i>Domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados</i>	19
2.1.3. <i>Domínio da gestão dos cuidados</i>	20
2.1.4. <i>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens</i>	22
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	23
2.2.1. <i>Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</i>	24
2.2.2. <i>Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação</i>	26
2.2.3. <i>Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta rápida e adequada</i>	28
CONCLUSÃO	31

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SALA DE EMERGÊNCIA	32
RESUMO	33
ABSTRACT	34
INTRODUÇÃO	35
ENQUADRAMENTO.....	36
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	38
METODOLOGIA	39
RESULTADOS.....	41
DISCUSSÃO.....	43
CONCLUSÃO	45
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	46

ANEXO

ANEXO I - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA UNIDADE HOSPITALAR

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOBRE A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

APÊNDICE II - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO "COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE EMERGÊNCIA"

APÊNDICE III - A COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, NA SALA DE EMERGÊNCIA

APÊNDICE IV - PROCEDIMENTO DE TRABALHO “TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SU”

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei), integrando a Unidade Curricular (UC) de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II.

O principal objetivo deste relatório é proporcionar uma reflexão crítica fundamentada, sobre as atividades realizadas em estágio de modo a desenvolver e adquirir competências comuns e especializadas, conforme o descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e do Regulamento das Competências Específicas do EE em EPSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), integrando os conhecimentos teóricos e práticos desenvolvidos nas unidades curriculares do presente mestrado.

As exigências formativas na Enfermagem cresceram consideravelmente nos últimos anos, requerendo mudanças profundas nas relações entre estudantes e professores, com o objetivo de produzir novos conhecimentos e desenvolver novas competências. Estas competências devem ser demonstradas através da reflexão crítica, curiosidade científica, investigação e criatividade (Rabiais & Amendoeira, 2013).

O estágio curricular supervisionado integra a teoria e prática, constituindo-se uma experiência relevante na aprendizagem. O estágio prepara profissionalmente o estudante exige que este possua autonomia e iniciativa num processo de procura contínua de conhecimento. O estudante deve rentabilizar as suas oportunidades, fundamentando a sua intervenção, corrigindo as dificuldades (Magalhães et al., 2021). No desenvolvimento destes estágios preconizou-se o desenvolvimento de uma prática reflexiva, baseada na evidência científica, assegurando cuidados diferenciados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A segunda parte refere-se ao estudo de investigação / ação aplicado no local de trabalho da mestranda. A temática foi selecionada com base nas necessidades sentidas pelo serviço, sendo desenvolvido o estudo sobre a *Transmissão de Informações à Família da Pessoa em Situação Crítica em Sala de Emergência*.

A transmissão de informações à família é um tema de relevo. Os cuidados de enfermagem devem incluir os cuidados à família e esta ganha especial importância quando falamos na PSC. Wright e Leahey (2013) defendem que a doença de um elemento familiar afeta a família como

um todo, inculcando nesta o sofrimento. Em ambiente hospitalar é, sobretudo, na Sala de Emergência (SE) que o sofrimento se torna mais acentuado pela especificidade do contexto, complexidade das situações e incertezas dos diagnósticos/prognósticos.

Surgiu assim como ponto de partida a questão de investigação para o desenvolvimento deste trabalho: “Quais são as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica na transmissão de informações à família da PSC em SE?”

Para dar resposta à questão de investigação, desenhou-se um estudo do tipo quantitativo é descritivo.

Como objetivo principal este projeto pretendeu: Implementar um procedimento de trabalho para a transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica na sala de emergência de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da região centro de Portugal.

Após a fundamentação da problemática, com recurso a uma revisão integrativa da literatura, desenvolveu-se um procedimento de trabalho de enfermagem que define e uniformiza a transmissão de informações à família da PSC em SE. No decorrer desta investigação foi ministrada uma sessão formativa aos enfermeiros, avaliando posteriormente a exequibilidade e utilidade da implementação do procedimento de trabalho definido.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O presente capítulo promove uma contextualização dos serviços em que decorreram os três EC, proporcionando as oportunidades de adquirir e desenvolver competências como futura Enfermeira Especialista.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro EC foi desenvolvido num SUMC de um Hospital da zona centro do país e teve a duração de 180 horas que decorreram entre maio e 28 julho de 2023.

Um SUMC garante especialidades específicas, nomeadamente: cirurgia geral, ortopedia, medicina interna, pediatria, neonatologia, ginecologia, obstetrícia e anestesia (Despacho nº10319/2014, 2014). O mesmo despacho afirma que esta tipologia de serviço tem de ter implementado o sistema da Triagem de Manchester como triagem de prioridades. Relativamente ao serviço em questão existiam as especialidades exigidas, entre outras e o sistema de triagem de Manchester, com dois postos simultaneamente em função pela afluência sentida naquele serviço.

Os SUMC são considerados como segundo nível de resposta a situações de urgência. São a primeira linha de resposta como apoio diferenciado aos Serviço de Urgência Básica (SUB). Em caso de necessidade de especialidades ausentes nestes deve-se referenciar para Serviços de Urgência Polivalentes (SUP), de acordo com as redes definidas para o efeito (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Foi possível durante este EC assistir à coordenação com os SUP em casos de necessidade de transferência inter-hospitalar.

A equipa de enfermagem é constituída por 66 enfermeiros, uma enfermeira gestora e uma enfermeira coordenadora. Os enfermeiros são distribuídos por 4 equipas com um responsável de equipa que é EE. O responsável de turno desempenha funções de gestão, organização e articulação com a restante equipa multidisciplinar, procurando dar resposta às dificuldades e necessidades que surjam durante o turno. O serviço tem 9% de enfermeiros especialistas, especificamente na área de especialização PSC são apenas 7,6%. Segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da OE, as equipas de enfermagem dos SUMC devem apresentar 50% de elementos especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da EPSC, em permanência 24 horas no serviço, assim verifiquei que

neste SUMC o número de EE em EPSC é bastante inferior ao recomendado (Regulamento nº 743/2019, 2019). A distribuição dos elementos pelos vários postos de trabalho no SUMC é realizada pela enfermeira gestora e preconiza a rotatividade nos postos para que todos prestem cuidados nas diversas áreas, mantendo a atualização dos conhecimentos.

Para dar resposta às necessidades das famílias/pessoas significativas foi criado neste SUMC o Gabinete de Apoio à Família (GAF). O objetivo inicial seria o apoio aos familiares dos doentes em SUMC, no entanto a realidade dos doentes internados em SUMC exige que este gabinete dê resposta também neste âmbito. Funciona diariamente das 10h00 às 18h00, com um enfermeiro atribuído, funciona em regime presencial, onde o enfermeiro recebe os familiares, esclarece as suas dúvidas, presta informações de enfermagem e encaminha os mesmos junto dos doentes se possível.

1.2. SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O local selecionado para o desenvolvimento do segundo EC foi uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital da região centro de Portugal, com a duração de 180 horas compreendidas entre outubro e novembro de 2023.

A Medicina Intensiva é considerada uma distinta área das Ciências Médicas, engloba a prevenção, diagnóstico e cuidado em situação de doença aguda com falência de um ou mais órgãos vitais. As UCI são considerados responsáveis por todos os doentes críticos dentro do hospital, nomeadamente os que se encontram na sala de emergência e serviços de internamento (Ministério da Saúde, 2017).

Este serviço é constituído por 9 unidades de doentes, 2 das quais são atribuídas a nível II, 6 de nível III, 1 como quarto de isolamento com pressão negativa e 1 correspondente à unidade de doentes em Via Verde Acidente Vascular Cerebral. As UCI são constituídas por unidades de nível III e de nível II, em número não inferior a 8 camas, sendo o recomendado 1/3 de camas nível II e 2/3 de camas atribuídas a nível III (Ministério da Saúde, 2017).

As Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem defendem um rácio mínimo de 1:2 em camas atribuídas a nível III e de 1:3 em camas de nível II (Regulamento n.º 743/2019, 2019). No serviço os rácios recomendados pela OE são cumpridos com uma gestão diária dos recursos humanos em função do nível das camas e taxa de ocupação do serviço. Relativamente a recursos

humanos o serviço é constituído por 7 médicos, 27 enfermeiros (18,5% dos quais com especialização em EPSC e 7,4% de EE em Reabilitação) e um assistente técnico. À semelhança dos SUMC segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da OE, em UCI preconiza-se um mínimo de 50% da equipa de enfermagem com especialização em EMC, preferencialmente na área da PSC, acresce ainda a recomendação de, por turno, o número destes elementos ser de 50% (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Por turno um enfermeiro está escalado como coordenador, ficando responsável por gerir a equipa de enfermagem, assistentes operacionais, materiais, equipamentos e *stocks* farmacêuticos, sendo, por norma, EE, como observamos em cima a percentagem de EE em EPSC no serviço é inferior ao recomendando em mais de 50% o que não possibilita a atribuição destas tarefas todos os turnos a um EE.

1.3. SERVIÇO DE VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO E VIATURA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Os locais selecionados para o desenvolvimento do EC de opção foi o Pré-Hospitalar, nomeadamente o serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV), de um meio da região centro de Portugal, e o serviço de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um meio igualmente da zona centro de Portugal. A duração do estágio foi de 180 horas desenvolvidas no período de novembro de 2023 a fevereiro de 2024.

Os meios selecionados para o desenvolvimento do estágio foram escolhidos com consideração pela casuística de acionamentos diários e respetivas áreas de abrangência. Embora os meios escolhidos façam fronteiras limítrofes entre eles, a população é bastante divergente, o que viabilizou uma diversidade de experiências no decorrer do EC.

A ativação funciona de igual modo nos dois meios, através de uma chamada para o 112 (Número Europeu de Emergência). Esta chamada é atendida por um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), nesta chamada, através de questões e fluxogramas, é realizada uma triagem da situação e são então ativados os meios necessários. As equipas de emergência pré-hospitalar da SIV e VMER recebem um alerta no *INEM Tool for Emergency Alert Medical System (ITEAMS)*, uma mensagem via telemóvel e por vezes contacto telefónico aonde disponibilizam informação mais pormenorizada.

Em Portugal as Ambulâncias SIV são tripuladas por um TEPH e um Enfermeiro. A missão do enfermeiro neste meio baseia-se numa prestação de cuidados diferenciados através da aplicação de protocolos fundamentados na avaliação deste. A exploração da cinemática do acidente ou a envolvência da vítima são essenciais para diagnosticar a vítima, evitando o despercebimento de outras possíveis lesões/complicações menos visíveis (Mota et al., 2019).

Em contexto de VMER, o seu funcionamento é de 24 horas, o meio é tripulado por Médico e Enfermeiro o que viabiliza minimizar o tempo de atuação por não haver necessidade de contactos externos para validar intervenções. Esta viatura é dotada de um vasto número de equipamentos tecnológicos que permitem a estabilização e recuperação de qualquer vítima de doença súbita ou trauma. A área de abrangência deste meio é bastante alargada o que muitas vezes representa deslocações com mais de 40 minutos em marcha de urgência. Nestas situações o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) sugere se possível, uma articulação com os bombeiros e é realizado um *rendez-vous* após a avaliação primária e estabilização da vítima pela equipa no local até um ponto de encontro com a equipa VMER, onde se dá continuidade aos cuidados e se avalia o encaminhamento da vítima com o meio mais diferenciado (INEM, 2012).

Em contexto de SIV a intervenção do Enfermeiro é balizada por protocolos do INEM, o olho clínico e a análise do Enfermeiro que tripula este meio representam o fator mais importante da avaliação da situação, uma vez que permite através do pensamento crítico e de conhecimentos científicos atualizados, adequar a atuação e abordagem consoante a sua avaliação, em constante validação das intervenções interdependentes com o Médico Regulador (MR) do CODU. Paralelamente aos aspetos positivos de uma atuação balizada por protocolos de intervenção específicos, em contexto de pré-hospitalar, em diversas situações pode levar a uma dissociação entre os cuidados e visão holística da pessoa/família, quando as duas perspetivas são indivisíveis (Mota et al., 2019).

A exigência destes cuidados, por toda a particularidade do pré-hospitalar, é notória ativação após ativação e exige dos enfermeiros nestes meios uma constante atualização dos seus conhecimentos e práticas, baseados nas mais recentes *guidelines*.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE compreende que as competências especializadas surgem do aprofundamento das competências comuns e das competências específicas definidas em regulamento próprio para cada área de especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No regulamento das Competências Comuns do EE a OE define as competências comuns como “... as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745). No decorrer deste relatório, serão descritas as experiências que possibilitaram o percurso de aquisição destas competências comuns do EE, proporcionando uma reflexão sobre as mesmas, de acordo com o preconizado pela OE.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O exercício da enfermagem em Portugal é regulamentado pelo Código deontológico dos Enfermeiros, que define os princípios que baseiam a profissão como: Responsabilidade Profissional, Respeito pelos Direitos Humanos e Excelência do Exercício (OE, 2016).

Para atingir este domínio das competências comuns, desenvolveu-se durante os EC uma prática com base no Código Deontológico do Enfermeiro, através do respeito pela privacidade e dignidade das pessoas, assegurando o direito à autodeterminação, reconhecendo os limites da minha atuação e o papel como estudante, desenvolveu-se um papel ativo nas decisões junto da equipa multidisciplinar, participou-se em momentos de partilha de conhecimentos, assumiu-se a responsabilidade pelos atos, delegou-se tarefas que foram ativamente supervisionadas, sustentando a prática na mais recente evidência científica.

O Regulamento das Competências Comuns do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal define como competências o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal de acordo com a área de especialidade, atuando consoante as normas legais e deontologia da profissão. Define ainda que o EE deve assegurar uma prática de

cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Estes princípios são transversais a todas as áreas de prestação de cuidados, mas possivelmente mais evidentes em contexto de urgência, quer seja pela dinâmica de serviço, quer pela complexidade de cuidados. A prestação de cuidados neste serviço levanta diariamente questões ético-legais como a manutenção da privacidade do doente e família, por questões de infraestrutura/barreiras arquitetónicas. Adotei durante os EC estratégias como uso de cortinas ou biombos, com o intuito de preservar a privacidade dos mesmos.

As questões relacionadas com o sigilo profissional também são evidentes não só em contexto de urgência, mas também quando se faz referência ao pré-hospitalar, uma vez que a transmissão de informações é muitas vezes realizada junto de outras pessoas ou familiares. Pautei sempre pela adoção de estratégias que possibilitassem a manutenção do respeito pelos direitos da pessoa/família, como a transmissão de informações em local apropriado, recolha de dados em sítio mais acolhedor e resguardado. Sempre que possível procurei ainda envolver a pessoa e a família no planeamento e prestação de cuidados, no processo de tomada de decisão, respeitando e valorizando os princípios e valores humanos.

A Deontologia do Enfermeiro pode ser definida como associação de normas e princípios Morais e do Direito que determinam as boas práticas de uma profissão, considerando as particularidades desta. Estas deontologias profissionais devem evoluir com as circunstâncias temporais (OE, 2005).

Outra questão fundamental quando falamos nesta competência em particular, é o consentimento informado e o consentimento presumido. Muitas das situações que ocorrem em pré-hospitalar, urgência e UCI, são situações emergentes em que a obtenção de um consentimento informado não é possível, pelo que se torna imprescindível decidir o risco-benefício para a pessoa, considerando sempre a ética da saúde. Esta questão foi amplamente discutida com as equipas multidisciplinares dos locais de EC, como por exemplo, em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) ou Alteração do Estado de Consciência (AEC). A norma 015/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS) refere em caso de inconsciência ou ausência de representação legal e simultaneamente exista risco importante para a saúde ou vida da pessoa com o adiamento do procedimento ou validação do consentimento, sobrepõe-se o dever de atuar em conformidade com o princípio da beneficência (DGS, 2015).

Relativamente a esta competência considero que houve uma evolução entre os EC notória, adaptando a resposta a estas questões com base no Código Deontológico e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), possibilitando uma prática responsável e ética. Outro fator imprescindível para o sucesso nesta competência foram os inúmeros momentos de reflexão proporcionados por todos os Enfermeiros Orientadores nos vários EC, assegurando um o desenvolvimento e consolidação desta.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados

Procurou-se desenvolver os conhecimentos através de pesquisas das mais atuais evidências científicas, consulta de protocolos institucionais e recurso às mais recentes indicações internacionais e nacionais, como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) aprovado em 2021 com validade até 2026. O PNSD tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (Diário da República, 2021, p.97). Uma prática fundamentada na evidência científica permite um cuidar mais seguro, não só em termos da própria segurança, mas também em termos do papel desempenhado junto da equipa multiprofissional, fundamentando as intervenções.

Participou-se ativamente em auditorias realizadas nos locais de EC, em UCI relativas às medidas preventivas básicas do controlo de infeção, especificamente aos momentos de desinfeção das mãos, realizadas pelo elemento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do serviço. Após as auditorias e a análise dos dados recolhidos, tive a oportunidade de reunir com o serviço da PPCIRA e participar na discussão e decisão de medidas a implementar com o intuito de melhorar a adesão da equipa às intervenções implementadas, como formação, identificação de zonas críticas de incumprimento com cartazes, entre outras. Em contexto de pré-hospitalar, o serviço era certificado, o que exige realização de vários procedimentos diários, semanais e mensais, como verificações de cargas e validades, manutenção de *stocks* e auditorias frequentes com o objetivo de assegurar a qualidade do serviço. Foi possível participar diariamente e semanalmente nas verificações necessárias e ainda integrar uma auditoria interna. Ao EE compete a avaliação

contínua das intervenções implementadas, procedendo às alterações necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, através da implementação e revisão de programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No Artigo 109º da alínea c) do REPE, a OE refere que o enfermeiro deve a cada ato procurar a excelência do exercício profissional através da manutenção de conhecimentos científicos atualizados e formação permanente das ciências humanas (OE, 2015).

Em contexto de pré-hospitalar, ambos os meios demonstram uma preocupação com a formação contínua e atualizada das equipas. Durante o período de EC foi possível assistir a uma formação relativa a cenários multivítimas, disponibilizada pelo INEM através de plataformas digitais. No início de 2024 os protocolos SIV sofreram atualizações, e para cada protocolo atualizado existiu uma formação, um questionário e um teste final formativo, que tive oportunidade de observar e participar. Estas oportunidades permitiram-me conhecer e integrar estes protocolos com as atualizações mais recentes.

Os avanços tecnológicos e científicos levam a uma prática de enfermagem cada vez mais complexa e mais exigente ao nível da excelência dos cuidados, assim a OE definiu os padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem. Defende que estes representam um desafio pela melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar aos cidadãos, mas também pela necessidade adjacente de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012).

Outro aspeto fundamental quando falamos de emergência é o *debriefing*. Independente do contexto, situação após situação, a oportunidade de discutir em equipa as decisões tomadas, os aspetos positivos e aspetos a melhorar da intervenção, traduzem uma reflexão no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Este momento representa um importante meio de aprendizagem e de melhoria para as equipas. O *debriefing* é considerado como estratégia de comunicação entre os elementos da equipa presentes numa situação clínica, pretendendo promover a discussão do desempenho de cada elemento da equipa, reconhecendo os pontos fortes e fracos da atuação, viabilizando a melhoria do desempenho em situações futuras (Gilmartin et al., 2020).

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Na gestão dos cuidados, o papel do EE é diferenciador. Este deve adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados, assegurando a qualidade dos mesmos e assumindo assim uma

posição privilegiada que permite ser agente da mudança (Maria et al., 2017). O desempenho das funções de responsável de turno permitiu-me compreender a importância da gestão dos recursos humanos, muitas vezes gerindo as emoções dos profissionais e as suas expectativas, mantendo a motivação da equipa.

Relativamente à gestão dos cuidados, no extra-hospitalar a abordagem ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) é crucial para uma correta avaliação das vítimas. Sinto que realizar primeiramente os EC de UCI e de SUMC é essencial para, como futura enfermeira especialista, consolidar esta abordagem e reunir todos estes conhecimentos, viabilizando uma intervenção sistematizada e crítica, capaz de identificar complicações e focos de instabilidade atempadamente e assegurando uma prestação de cuidados de qualidade fora do meio hospitalar. Neste contexto a gestão dos cuidados inclui ainda a gestão do ambiente e dos elementos presentes na situação, como familiares, bombeiros e outros elementos da proteção civil. A instabilidade e imprevisibilidade da situação exige o domínio desta competência por parte dos enfermeiros.

O Enfermeiro que exerce no pré-hospitalar desempenha funções específicas na prestação de cuidados, mas contribui também com intervenção no planeamento, organização, coordenação e gestão do pré-hospitalar (Ligiana et al., 2015). Em diversas situações durante o EC em contexto pré-hospitalar, em ambos os meios foi-me possível gerir a situação, liderando algumas vezes o cenário, através da atribuição de funções como iluminação a pessoas presentes no local, ou por exemplo indicando aos bombeiros para trocarem funções nas manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) evitando assim o cansaço. A atenção necessária a estes pormenores é sem dúvida complexa de gerir ao mesmo tempo que se prestam cuidados emergentes e se planeia um transporte da pessoa em situação crítica.

No que se refere à colocação de doente, a DGS defende que os doentes que apresentem risco acrescido de transmissão cruzada de microrganismos devem ser alocados a sítios que minimize o risco de contaminação, evitando, sempre que possível, movimentações desnecessárias do doente (DGS, 2017). A gestão dos doentes infetados em SUMC é essencial uma vez que as zonas de isolamento são reduzidas. Foi possível ao longo deste EC perceber a urgência que existe em encaminhar ou transferir estes doentes agilizando e disponibilizando os espaços para as situações necessárias, minimizando o risco de contágio para os outros doentes. Em UCI existe também uma preocupação constante com os resultados laboratoriais diários de culturas

para despistar e rapidamente adequar os isolamentos consoante os microrganismos identificados.

Em UCI os recursos humanos são geridos diariamente e a gestão dos enfermeiros é realizada através do cálculo das horas necessárias de cuidados de enfermagem. Esta gestão é realizada com recurso a instrumentos como o *Nursing Activities Score* (NAS) ou o *Therapeutic, Intervention System Score* (TISS-28), através da atribuição de valores às intervenções realizadas nas últimas 24 horas, sendo o somatório convertido em horas de cuidados. Esta gestão permite assegurar o número correto de enfermeiros por turno, mantendo a qualidade dos cuidados através da otimização dos recursos. Num estudo realizado por Macedo et al (2021) os autores consideram o instrumento NAS como uma ferramenta objetiva de fácil uso, adequada aos cuidados em Portugal, este é visto como sucessor do TISS-28. No serviço em questão ainda é usado o TISS-28. A fidedignidade dos resultados do TISS-28 dependem dos enfermeiros envolvidos, exigindo o conhecimento do instrumento, sua aplicabilidade, contribuições e limitações, exige ainda prática pelos enfermeiros que o usam, de modo a evitar a atribuição incorreta de pontuação (Padilha et al., 2005).

No decorrer dos EC foram várias as oportunidades que me possibilitaram desenvolver a competência da gestão dos cuidados, desde a gestão diária dos recursos humanos, aos recursos materiais, através da classificação de doentes, atribuindo horas de cuidados com os instrumentos adequados, alocação de elementos da equipa consoante as áreas mais necessitadas durante os turnos, verificações constantes de *stocks*, e a realização de turnos com os enfermeiros gestores em contexto de UCI e SUMC, possibilitando a aquisição de conhecimentos e competências neste domínio.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens

O EE baseia a sua tomada de decisão e intervenções em conhecimentos válidos, atualizados e relevantes, avocando um papel facilitador da aprendizagem, deve também assumir um papel ativo na área da investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A nível formativo em contexto de Ambulância SIV foi-me possível participar numa formação em serviço ministrada pelo INEM, denominada “Cenários Multivítimas e a atuação do EE”. Esta formação contou ainda com um momento final de partilha de experiências entre enfermeiros do extra-hospitalar, o que se revelou um momento bastante enriquecedor pelas

variadíssimas situações partilhadas. Ainda em contexto de pré-hospitalar surgiu a oportunidade de assistir durante os turnos às sessões assíncronas de atualização dos protocolos SIV com a enfermeira especialista orientadora.

Em termos de desenvolvimento das aprendizagens, os EC promoveram uma constante capacidade de questionamento relativamente à prática de enfermagem, muito desenvolvida através de regulares sessões de *debriefing* com os enfermeiros especialistas orientadores, após situações da prestação de cuidados complexos, decisões relativas à gestão do turno, ou simplesmente sobre decisões diretas da prestação de cuidados especializados. Considero que desenvolvi uma capacidade reflexiva que é fundamental como futura enfermeira especialista, procurei também desenvolver uma prática fundamentada na evidência científica mais atual, esclarecendo as dúvidas que surgiram.

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

Relativamente às competências específicas a OE define-as como “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19359)

Os desenvolvimentos na área da saúde exigem do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica a criação, implementação e avaliação de cuidados à PSC e família alvo dos cuidados, com o objetivo de antever complicações, estabilizar e recuperar em situações de grande complexidade de cuidados. Exige ainda uma prática atualizada cientificamente, focada nos resultados, mas também no papel de formador e líder, promovendo o desenvolvimento de competências na sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste subcapítulo pretende-se uma descrição reflexiva sobre as experiências vividas durante os EC, que possibilitaram a aquisição e consolidação das competências específicas do EE em Médico-Cirúrgica, na área de especialização em EPSC.

2.2.1. *Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*

“Entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Relativamente ao EC de Urgência procurei abordar sempre a PSC com a metodologia ABDCE, de maneira sistematizada, priorizando os cuidados e antecipando complicações, posteriormente usando a avaliação secundária. Estabilizando a PSC na SE, transferindo esta para outra área onde foram continuados os cuidados, acompanhando a mesma e transmitindo as informações necessárias aos enfermeiros. Não descurando a família neste processo, esclarecendo as suas dúvidas, permitindo a sua presença e acompanhando estes. Foi possível prestar cuidados a doentes em situação de PCR com Suporte Avançado de Vida (SAV) em curso, com recurso ao compressor torácico automático externo, *pacemaker* provisório, ventilação mecânica invasiva, drenagem torácica, cardioversão química e elétrica, entre outros. Na SE procurei sempre ter uma voz ativa, comunicando ativamente com a equipa multidisciplinar. Considero este EC bastante enriquecedor a nível de diversidade de situações.

A dor não controlada leva a consequências físicas e psicológicas importantes e duráveis no tempo. A PSC que sofre de experiências dolorosas nos cuidados apresenta maior prevalência de dor crónica, *stress* pós-traumático e um nível inferior de qualidade de vida (Ferreira et al., 2014). O controlo da dor na PSC é fundamental para a estabilidade hemodinâmica da pessoa, e integrar as competências específicas do EE em EPSC. Assim foi desenvolvida uma prática consciente da dor, avaliando detalhadamente a mesma, monitorizado e caracterizando a dor, sem desvalorizar as queixas da pessoa, administrando medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor, registando sempre as mesmas. O EE em EPSC compreende as alterações fisiológicas e psicológicas causadas pela dor na PSC, mesmo quando esta não é capaz de se expressar verbalmente, sendo estas capacidades fundamentais na prevenção e controlo da dor, antecipando a instalação e agravamento da mesma. Como resposta a esta competência, no parecer n.º 04 / 2016 da OE, esta defende que o mesmo assegura a gestão das medidas não farmacológicas de controlo da dor, apresenta conhecimentos e capacidades em medidas não farmacológicas (OE, 2016b).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos defende que o transporte do doente com instabilidade hemodinâmica, independentemente de ser intra ou inter-hospitalar deve ser realizado por médico e o enfermeiro responsável pelo doente, de preferência EE em EPSC. Deve ainda ter formação específica em SAV e experiência com transporte de doente crítico (Ordem Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). Acompanhei com a equipa dos Cuidados Intensivos o doente a realizar exames complementares de diagnóstico, acompanhamento ao Bloco Operatório (BO) e transferência de serviço. Este tipo de transporte exige um planeamento minucioso, devendo ser previstas todas as complicações que possam surgir durante o transporte, quer a nível de falhas mecânicas, quer a nível de agravamento da instabilidade.

A compreensão do funcionamento da emergência pré-hospitalar é igualmente essencial para conseguir uma integração e uma prestação de cuidados eficaz. A ativação dos meios através da receção dos eventos na plataforma ITEAMS, o planeamento da abordagem durante a deslocação para o local, segundo as informações recebidas, a abordagem ABCDE para uma correta triagem e abordagem das vítimas, todos eles essenciais. A implementação da abordagem ABCDE viabiliza estruturar a avaliação da vítima e estabelecer prioridades de atuação. “A identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial permite evitar a deterioração da condição clínica até à PCR. Além disso, uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme permite melhorar o trabalho de equipa” (INEM, 2020, p.170).

Durante este EC, em contexto pré-hospitalar, em ambos os meios surgiram diversas situações como: PCR, AEC, PSC com disritmias com necessidade de conversão química e elétrica, PSC politraumatizada, PSC com dispneia, PSC com necessidade de colocação de acesso intraósseo, PSC com necessidade de colocação de um compreensor automático externo, PSC com necessidade de técnicas de imobilização e evacuação, PSC com necessidade de realização de Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, entre outras. Estas ativações englobaram PSC com várias faixas etárias e complexidades diferentes o que se revelou bastante enriquecedor. É ainda, na minha perspetiva, imprescindível referir um dos fatores chave para o sucesso do meu estágio, mas também da excelência do cuidar no pré-hospitalar: a relação multiprofissional e interdisciplinar que existe entre enfermeiros, médicos e TEPH. Esta relação promove segurança no trabalho de equipa e confiança nos pares, o que facilita muito o trabalho no pré-hospitalar. Esta relação facilitou imenso a minha integração, especialmente por parte das enfermeiras

especialistas orientadoras, que se demonstraram sempre disponíveis para me envolver, integrar e rentabilizar as experiências ao máximo, incluindo a possibilidade de passar dados ao MR do CODU, transmitir as informações aos enfermeiros e médicos do hospital de destino, abordar as famílias e integrar as mesmas nos cuidados, bem como assumir o papel de *team-leader*, gerindo o cenário e os elementos presentes. Em contexto de pré-hospitalar o enfermeiro deve basear a sua atuação em 3 pilares, nomeadamente: gestão dos cuidados de Enfermagem urgentes/emergentes; assumir a função de *team-leader*, gerindo as equipas de pré-hospitalar, e produzir e propagar conhecimento científico atualizado que promova a autonomia e interdependência do enfermeiro (Mota et al., 2020).

Apesar da especificidade de cada contexto, sinto que foi possível desenvolver as competências e conhecimentos fundamentais à minha prática diária como futura enfermeira especialista. Em UCI, apesar de todo o ambiente tecnológico, senti que é possível prestar cuidados humanizados e personalizados a cada PSC, e igualmente importante, a cada família, integrando a mesma no plano de cuidados. O pré-hospitalar revelou-se como uma mais-valia na consolidação de capacidades de adaptação e pensamento crítico. Transversalmente a todos os contextos, mas com especial enfoque no de Urgência, importa referir a evolução que senti nas relações interpessoais, na medida em que senti ser um elemento de referência para a equipa, em que várias vezes questionavam sobre diretrizes mais atualizadas, ou simplesmente a opinião em situações de *brainstorming* ou *debriefing*.

2.2.2. *Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação*

Como a orientação n.º007/2010 da DGS (2013) recomenda, todos os contextos de EC apresentavam um Plano de Emergência Externo, bem como um plano de Emergência Interno, com objetivo de dar resposta a situações de exceção, catástrofe.

O EE em EPSC é dotado de competências específicas que lhe permitem atuar em situações de exceção/catástrofe. Nestas situações, a intervenção destes passa pela elaboração, planeamento e gestão da resposta à situação, de forma eficaz e organizada, preservando sempre os vestígios de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Em contexto de urgência foi possível participar na organização e preparação do serviço ao nível da prevenção num evento religioso nacional de grande magnitude que decorreu durante o EC. Tive a oportunidade de ver os esforços da equipa em reavivar os conhecimentos teóricos relativos às triagens de catástrofe (triagem primária, com base no método *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) e a triagem secundária que se baseia no método *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), os planos de emergência e circuitos. Foi-me permitido ainda observar os *kits* de catástrofe presentes neste serviço, cada um com pulseiras de identificação do doente, ficha de triagem START e TRTS, tubos de colheitas, fichas de requisição de exames complementares de diagnóstico e sacos de espólio.

No descritor do Regulamento das Competências Específicas do EE em EPSC, o EE intervém desde o desenvolvimento do plano, avaliação da resposta ao mesmo, de modo sistematizado, garantindo sempre a conservação de vestígios e provas de crime, atuando em todas as fases das situações de exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Em Urgência foi possível consultar o protocolo e instruções de atuação em caso de suspeita de crime, de modo a preservar as provas médico-legais. Surgiu a oportunidade de participar na prestação de cuidados a PSC vítima de agressão com arma-branca, havendo o cuidado de preservar as roupas, não cortando as mesmas, e acondicionado estas em local apropriado para preservar vestígios. Esta equipa de enfermagem tem experiência neste tipo de situações pela área de abrangência deste SUMC, pelo que a discussão e troca de experiências se demonstrou enriquecedora.

Em UCI não existia um plano de evacuação desde que se encontravam em instalações provisórias. A equipa de enfermagem da UCI conta com o plano de Catástrofe da urgência para atuar. A inexistência de um plano de catástrofe atualizado levou a um *brainstorming* com a equipa em que questionei vários cenários e surgiram várias hipóteses de resolução do problema, como sugestões de construção de um plano. Infelizmente, pela brevidade do estágio não me foi possível participar na elaboração do mesmo. Sinto que contribuí positivamente para a resolução do problema com a instigação da problemática, criando a dúvida e a necessidade de criar respostas nos colegas, abrindo caminho para se elaborar um plano adequado e atualizado. Considero que o EE em EPSC representa também um papel fundamental no desenvolvimento do pensamento crítico da equipa, tornando-se um elemento de referência para esta.

Na Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3º catástrofe é definida como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e,

eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia Geral da República, 2006, p.3)

No decorrer deste EC não surgiu a oportunidade de atuar em situação de catástrofe, no entanto sugeriram algumas situações de cenários multivítimas, em que foi possível observar e planear, coordenar e gerir o cenário, com a triagem das vítimas, extração das mesmas e coordenação dos meios necessários para o transporte para as instituições definidas em articulação com o MR do CODU.

Durante o EC foi consultado ainda o material existente para estas situações, nomeadamente a bolsa da triagem de catástrofe, que consiste na triagem primária através da metodologia START, e a triagem secundário TRST. Para atingir esta competência em pleno seria possível a oportunidade de experiência uma situação de catástrofe. Toda a pesquisa e discussão relativa a esta temática possibilitou uma compreensão das situações e a competência necessária para planear e atuar em situação de exceção.

2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta rápida e adequada

O EE em EPSC pela sua competência específica no âmbito do controlo de infeção, representa um importante elemento no controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este intervém ativamente na investigação e formação relativa ao controlo de infeção, vigilância epidemiológica e gestão de cuidados, garantido a segurança dos mesmos (Martins & Benito, 2016).

Em contexto pré-hospitalar, os recursos como previamente mencionados são limitados, e muitas vezes não existe a possibilidade de lavar adequadamente as mãos. No PPCIRA, a DGS defende que as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) têm como finalidade prevenir a transmissão cruzada de microrganismos previamente conhecidos ou não. Todas as pessoas encontram-se incluídas neste programa, com infeção identificada ou não. As fontes de transmissão incluem fluidos orgânicos, pele não íntegra, mas também qualquer equipamento utilizado na prestação de cuidados (DGS, 2017). No entanto verifiquei a preocupação constante nos dois meios de prestação de cuidados, em realizar sempre a desinfeção das mãos com

Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA). O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) também foi uma preocupação constantemente verificada. Durante o período de EC sofremos um surto de Gripe A que sobrecarregou significativamente os serviços de saúde, a cada ativação por dispneia ou com necessidade de ventilação/procedimentos geradores de aerossóis. Foi adequado o uso de EPI, protegendo a via aérea dos profissionais. Verifiquei também que após cada saída o material era cuidadosamente desinfetado, prevenindo assim a transmissão de microrganismos entre vítimas.

Em contexto de Urgência o enfermeiro responsável de turno contabilizava o número de dispositivos invasivos (cateteres venosos periféricos/centrais e sondas vesicais) nos doentes internados e informar a equipa PPCIRA. É também da função deste gerir os doentes com necessidade de isolamento, gerindo as transferências, que são prioritárias. Esta função poderia ser atribuída a outro EE da equipa, de modo a aliviar a carga do enfermeiro coordenador, no entanto, não era uma realidade neste SUMC pelo baixo número de EE da mesma equipa. É notório o esforço desde serviço no controlo das IACS em diversas áreas. Apesar dos custos, foi adotado um sistema de cortinas antimicrobianas que evitam a acumulação e propagação de microrganismos. Os carros de alimentação deste serviço dispõem de uma zona de comida quente e uma zona de comida fria, permitindo a manutenção das condições recomendadas de preservação dos alimentos, prevenindo a contaminação dos mesmos. Todas as macas deste serviço dispõem de desinfetante de mãos, promovendo a adesão da equipa ao procedimento. Perante estes procedimentos, foi-me permitido desenvolver uma prática que respeita as normas do controlo e prevenção de infeção, garantindo a aplicação das precauções de controlo de infeção, através de uma prestação de cuidados segura, adequando também os EPI, consoante a necessidade, minimizando os riscos para a pessoa e equipa.

Em UCI, o domínio desta competência específica exige ao EE em EPSC uma atualização constante dos conhecimentos, com base nas mais recentes diretrizes e normas relativas ao controlo de infeção. Nos cuidados ao doente ventilado as indicações nacionais mais recentes são de 2022, em que se define o feixe de intervenções para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), nomeadamente: titulação mínima da sedação ou substituição total por analgesia, higienização 3 vezes ao dia (1 vez por turno) da cavidade oral, cumprir diariamente as provas de ventilação espontânea aos doentes com potencial de desmame ventilatório, elevação da cabeceira a cerca de 30° (para prevenir microaspirações) e a monitorização da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre os 20 e 30 centímetros de água

(DGS, 2022). No serviço em questão os cuidados são prestados em conformidade com as normas e indicações, o que possibilitou uma visão global, prestando cuidados de forma sistematizada e uniformizada.

Oportunamente foram consultados os protocolos relativos à prevenção e controlo de IACS em UCI, aplicando os mesmos na minha prática, como o isolamento profilático dos doentes transferidos de outras instituições/serviços, o banho com clorhexidina durante os primeiros 5 dias, através de *kits* com toalhas impregnadas na solução. Participei ainda em auditorias aos momentos de desinfeção das mãos e de triagem dos lixos. Na admissão todos os doentes realizam rastreio séptico, através de colheita de zaragatoa nasal e retal, urocultura e hemoculturas. O rastreio séptico realizado na admissão viabiliza uma minimização das mobilizações posteriores dos doentes por identificação dos microrganismos à entrada, possibilita uma adequação da antibioterapia em vez da sua prescrição empírica. O rastreio séptico é fundamental para reconhecer e antecipar o risco de sépsis, representando um momento chave na redução da mortalidade associada à mesma (Westphal & Lino, 2015).

A enfermeira orientadora do contexto UCI, elo de ligação ao serviço PPCIRA, foi bastante enriquecedor nesta competência em específico. Foi possível observar e integrar auditorias internas relativas aos momentos das lavagens das mãos.

No PPCIRA a DGS defende que as PBCI tem como finalidade a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos previamente conhecidos ou não. As fontes de transmissão incluem fluidos orgânicos, pele não íntegra, mas também qualquer equipamento utilizado na prestação de cuidados (DGS, 2017).

Como futura EE em EPSC a consolidação desta competência foi essencial ao desenvolvimento de uma prática que respeita as normas do controlo e prevenção de infeção, garantindo a aplicação das precauções de controlo de infeção, através de uma prestação de cuidados segura, adequando também os EPI, consoante a necessidade, minimizando os riscos para a pessoa e equipa.

CONCLUSÃO

A construção desta parte I do presente relatório foi um importante exercício de reflexão referente às competências desenvolvidas durante os EC, permitindo uma visão global do meu desenvolvimento como futura EE. Ao longo da sua carreira o EE deve desenvolver uma prática baseada na mais recente evidência científica, desenvolvendo uma prática responsável com base nos princípios éticos que regem a profissão, focando a mesma na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Os EC possibilitaram compreender o papel do EE nos diferentes contextos, mais do que prestar cuidados à PSC é prestar cuidados de qualidade fundamentados na mais recente literatura, conhecer e aplicar as mais recentes *guidelines* e normas, garantir o envolvimento dos familiares e ser um elemento de referência não só na equipa de enfermagem, mas também na equipa multidisciplinar. O EE em EPSC deve ser capaz de prever complicações e focos de instabilidade atempadamente, atuando na prevenção de complicações.

Nos EC, a capacidade reflexiva e crítica foi essencial para o desenvolvimento como futura EE, um questionar constante do pensar e do fazer, complementado com uma atualização constante de conhecimentos, com o objetivo de viabilizar uma intervenção especializada e de qualidade.

A análise crítica das competências comuns e específicas desenvolvidas em cada EC possibilitou evidenciar o crescimento pessoal e profissional que ocorreu durante este período, evidenciando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Com o término deste percurso concluo que todas as horas de trabalho, estudo e sacrifício se traduzem numa mais-valia, com a conquista dos objetivos a que me propus no início, adquirindo novos conhecimentos e consolidando os já presentes sobre os cuidados em urgência/emergência, desenvolvendo as competências necessárias como futura EE.

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA:
TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA EM SALA DE EMERGÊNCIA**

RESUMO

Enquadramento: A transmissão de informações à família é um tema de relevo, especialmente quando falamos na Pessoa em Situação Crítica. Os enfermeiros sentem dificuldades na comunicação com as famílias e formação reduzida para lidar com as mesmas, especialmente em contexto de Sala de Emergência.

Objetivos: analisar a existência de dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na transmissão de informações; criar um procedimento de trabalho para a transmissão eficaz de informações.

Metodologia: Estudo descritivo e quantitativo com cinco fases: *brainstorming*; questionário de avaliação das necessidades da equipa de enfermagem; sessão de formação e questionário de avaliação e aplicação do procedimento de trabalho. Duas amostras de conveniência (n=34) e (n=30).

Resultados: Enfermeiros acham muito importante a transmissão de informações (91,2%); Já sentiram dificuldades na transmissão de informações à família (70,6%); Enfermeiros acham pertinente a existência de formação (97,1%) e consideram que o procedimento de trabalho é útil na prestação de cuidados (63.3%).

Conclusão: A maioria dos enfermeiros já sentiram dificuldades na transmissão de informações à família da Pessoa em Situação Crítica, como a ausência de barreiras arquitetónicas que viabilizem a privacidade ou formação adequada, consideram esta temática importante, bem como a existência de formação e a criação de instrumentos de trabalho que auxiliem a prestação de cuidados.

Palavras-chave: acesso a informação; comunicação; enfermeiro especialista; família; situação crítica.

ABSTRACT

Background: The transmission of information to family members is a major issue, especially when it comes to the person in critical condition. Nurses experience difficulties in communicating with families and have little training in dealing with relatives, especially in the Emergency Room.

Objectives: To analyse the difficulties experienced by the nursing team in transmitting information; to create a work instruction for the effective transmission of information.

Methodology: A descriptive, quantitative study with five phases: brainstorming; a questionnaire to assess the needs of the nursing team; a training session and a questionnaire to evaluate and apply the work instruction. Two convenience samples (n=34) and (n=30).

Results: 91.2 per cent of nurses think it is very important to pass on information; 70.6 per cent have experienced difficulties in passing on information to family members. 97.1% of nurses believe that training is relevant and 63.3% believe that work instruction is useful in the provision of care.

Conclusion: The majority of nurses have experienced difficulties in passing on information to the family of the person in critical condition and consider this topic to be important, as well as the existence of training and the creation of working tools to help in the provision of care.

Keywords: access to information; communication; critical illness; family; nurse specialists

INTRODUÇÃO

Os cuidados à pessoa em situação crítica (PSC) têm sofrido uma visível evolução, quer pelo avanço tecnológico, quer pelo aumento da especificidade em termos formativos das equipas multidisciplinares que prestam cuidados neste contexto. Quando experienciada uma situação limite, frequentemente o doente apenas compreende a situação na fase de recuperação. Por outro lado, a família vivencia de forma muito intensa todos os momentos e alterações no estado clínico do seu familiar. Apesar dos avanços significativos nos cuidados à PSC, este cuidar da família da PSC no serviço de urgência ainda não é uma prática tão trabalhada e praticada como o desejado.

As situações de doença súbita ou trauma que obrigam a encaminhar doentes à Sala de Emergência (SE) são situações inesperadas e que inevitavelmente acarretam dor e sofrimento, quer para a PSC, quer para as famílias que muitas das vezes estão a aguardar informações na entrada do serviço de urgência. A informação a prestar, idealmente, deveria ser transmitida em espaço físico adequado e próprio para o efeito, salvaguardando a privacidade das famílias e dos profissionais (Calle et al., 2017).

No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) da Unidade Local de Saúde (ULS) onde foi desenvolvido este projeto, não existe um espaço próprio para a transmissão de informações à família do doente crítico. Esta situação é sentida pela equipa e pelas famílias uma vez que a sua privacidade e a eficiente transmissão de informações ficam comprometidas. As informações acabam por ser transmitidas na presença de vários profissionais e de outros doentes, com a sua privacidade reduzida a uma cortina divisória dentro da SE, comprometendo também a confidencialidade das informações transmitidas.

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau de 1952 mantém-se como uma das teorias de referência para a prática de enfermagem e para o processo de comunicação; Peplau acreditava que a relação interpessoal era essencial para o cuidado de enfermagem efetivo e humanizado (Pontes et al., 2008).

A falta de privacidade e a possibilidade de comprometer a confidencialidade das informações a transmitir, quebram esta possibilidade de promover um cuidado efetivo e humanizado. Esta situação dificulta a expressão de sentimentos e emoções por parte da família, dificultando assim o processo de aceitação do diagnóstico/prognóstico. A dificuldade em transmitir informações à família da PSC é uma dificuldade sentida pelos elementos da equipa de enfermagem.

Com o presente estudo pretendeu-se implementar um procedimento de trabalho para a transmissão de informações à família da PSC em contexto de SE no SUMC de uma ULS da região centro de Portugal, com base na seguinte questão de investigação: “Quais são as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUMC na transmissão de informações à família da PSC em SE?”

ENQUADRAMENTO

A família da PSC apresenta necessidades específicas relacionadas com o contexto imprevisível da situação e ambiente tecnológico desconhecido, criando uma carência emergente – *a comunicação* (Abdel-Aziz et al., 2017).

Como Barreto et al. (2019) defendem, as famílias da PSC em SE encontram-se expostas a sentimentos de incerteza, angústia e medo. Torna-se, por isso, essencial considerar e incluir a família no plano de cuidados. Os mesmos autores defendem ainda que a atualização do estado de saúde à família permite a desconstrução mental do motivo de ida ao hospital, permitindo uma melhor adaptação e resposta por parte da mesma à situação crítica. Assim, esta questão encontra-se centrada no doente e permite produzir ganhos para a população uma vez que tem benefícios diretos na família e na pessoa em situação crítica.

Para além dos desafios ao nível de exigência de cuidados complexos e de conhecimentos teórico-práticos, a prestação de cuidados ao doente crítico representa momentos de grande stress e sofrimento para as famílias. A família do doente crítico é submetida a importantes desafios relativamente à situação de saúde do seu familiar. Estes desafios passam pela grande incerteza do prognóstico e pela perceção da finitude da vida, o que desencadeia sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e complexidade do processo de luto (Kreuz & Netto, 2021).

A situação do doente crítico leva a uma experiência de stress pós-traumático pelas famílias e este está relacionado com baixos padrões de comunicação com os profissionais de saúde (Petrinec & Daly, 2016).

Segundo Kreuz e Netto (2021), a PSC quando sedoanalgesiada encontra-se isenta da consciência do doloroso compasso de espera de que as famílias vivem nesse período, sem contacto com o doente ou informações clínicas, colocando a mesma numa posição vulnerável,

onde as intervenções de enfermagem são essenciais. O envolvimento da família neste momento crítico de cuidados minimiza o surgimento de sentimentos negativos (Amass et al., 2020).

Num SUMC, especificamente numa SE, estes minutos, ou mesmo horas, representam longos e dolorosos momentos para as famílias que, frequentemente, aguardam junto da admissão do SUMC por informações sobre o seu familiar que está na SE. Esta situação impossibilita a manutenção de um ambiente calmo, seguro e resguardado que respeite o momento delicado que as famílias experienciam, potenciando assim o stress e ansiedade dos mesmos.

O acolhimento, percecionado como um cuidado de enfermagem, possibilita um cuidado humanizado as famílias, compreendendo os mesmos como membros ativos do processo de cuidar, ampliando assim a qualidade do cuidado de enfermagem (Costa et al., 2016). Especificamente no SUMC, este acolhimento é fundamental uma vez que os enfermeiros representam o elemento, da equipa multidisciplinar, mais próximo da família e, muitas vezes, o vínculo comunicacional entre todos. A promoção de uma eficiente comunicação com as famílias possibilita a diminuição do sofrimento, uma vez que elucida a perceção da situação, oferecendo suporte emocional e minimizando a ansiedade (Wright & Leahey, 2013).

Relativamente à família da PSC, o enfermeiro constrói um plano de avaliação e intervenção fundado na comunicação, com o objetivo de otimizar o cuidado prestado. Assim, transmitir informações à família é essencial para a desconstrução da situação clínica da PSC, aceitação do processo de doença e para gradualmente estruturar um prognóstico situacional (Barreto et al., 2019).

O envolvimento da família no processo de cuidar otimiza o cuidado de enfermagem à pessoa doente, assim como as conversações terapêuticas encaminham para mudanças biopsicossociais nos envolvidos (Wright & Leahey, 2013). No contexto da PSC é essencial para a diminuição da ansiedade, quer do doente, quer da família, potenciando inclusive a adesão ao plano terapêutico.

A prestação de cuidados à família da pessoa em situação crítica impõe ao enfermeiro um conjunto de competências especializadas pela especificidade do contexto (Sweet & Foley, 2019, como citado em Sá & Velez, 2021).

O enfermeiro é o profissional que estabelece uma relação de maior proximidade com o doente e a sua família, por ser o elemento da equipa que mais tempo passa com os mesmos, o que leva

a uma maior confiança por parte das famílias. Em urgência esta relação ganha especial importância pela especificidade do contexto.

Diversos estudos mencionam a importância da relação e da comunicação com a família da PSC, assim como identificam as dificuldades percebidas e sentidas pelos enfermeiros. A transmissão de informações exige prática e experiência por parte dos profissionais, mas também exige características pessoais como a empatia. Como Socorro et al. (2001) mencionam no estudo que realizaram sobre a experiência vivida pelos enfermeiros em serviço de urgência que participaram na notificação do óbito em conjunto com o médico responsável, os enfermeiros referem unanimemente que sentem um elevado envolvimento emocional e consideram como lacuna profissional a ausência de preparação específica para gerir estas situações. No estudo de Buckley e Andrews (2011), observa-se também que os enfermeiros identificam o contexto clínico como a fonte de formação principal relativamente à comunicação, no entanto, referem sentir a necessidade de formação específica para cuidar das famílias. Stayt (2007) afirma ainda que os enfermeiros apresentam dúvidas sobre as suas competências profissionais, por considerarem a sua formação específica, no tema, reduzida, recursos insuficientes e limitações na disponibilidade para a família, por necessidade constante de priorização de cuidados à PSC.

Adams et al. (2015) identifica uma redução na ansiedade, melhoria na confiança e sentimento de realização relativo ao desempenho profissional dos enfermeiros que estabelecem uma relação eficaz com a família. Estas características são fundamentais para facilitar o processo de transmissão de informações difíceis à família, permitindo uma melhor gestão das emoções do próprio enfermeiro.

Estas informações devem respeitar os limites da sua competência de atuação, isto é, relativas às intervenções de enfermagem e sem prejuízo da confidencialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais são as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUMC na transmissão de informações à família da PSC em SE?

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo de natureza quantitativa. Foi desenvolvido através de um processo interativo e baseado não só nas melhores evidências da literatura, mas também na experiência profissional anterior.

Para este estudo foram definidos como objetivos específicos: avaliar a perceção da equipa de enfermagem do SU sobre a pertinência da transmissão de informações à família da PSC; analisar a existência de dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem do SU na transmissão de informações à família da PSC; criar um procedimento de Trabalho (PT) para a transmissão eficaz, pela equipa de enfermagem do SU na transmissão de informações à família da PSC; avaliar a utilidade e exequibilidade da IT desenvolvida.

O desenho deste tipo de estudo incluiu cinco etapas, nomeadamente: um *brainstorming* com a enfermeira gestora do SUMC da ULS enunciada e com a equipa de enfermagem para identificação da pertinência do estudo da temática; um questionário de avaliação das necessidades da equipa de enfermagem relativamente à transmissão de informações à família da PSC; a criação de um procedimento de trabalho para a transmissão de informações à família da PSC; uma formação para a equipa de enfermagem sobre a transmissão de informações à família da PSC, tendo por base o procedimento criado; e um questionário de avaliação da sessão do procedimento desenvolvido sobre a transmissão de informações à família da PSC em SE.

População, participantes e processo de amostragem

Para este estudo a população foi composta por todos os enfermeiros afetos ao SUMC. A amostra, para as diferentes fases deste estudo, foi constituída por enfermeiros e selecionada de forma não probabilística, por conveniência. Como critérios de inclusão para a participação no estudo foram definidos: ser enfermeiro a exercer funções no SUMC da ULS enunciada e consentir a participação no estudo, de forma informada, livre e esclarecida.

Instrumento de recolha de dados

No processo de avaliação das necessidades da equipa de enfermagem relativamente à transmissão de informações à família da PSC foi utilizado um questionário (Apêndice I) construído pela autora que permitisse avaliar as necessidades efetivas dos profissionais de saúde. O questionário englobou questões sociodemográficas, académicas e profissionais,

nomeadamente idade, género, formação académica e tempo de experiência profissional no SUMC, e questões relacionadas com a perceção dos enfermeiros sobre a transmissão de informações à família da PSC. O questionário apresentava quatro questões de resposta aberta; as restantes perguntas foram de resposta fechada. Uma vez que o questionário foi construído na sua totalidade, foi submetido a um pré teste para validar a clareza das questões. Não foi necessária nenhuma alteração ao questionário.

O segundo questionário (Apêndice II) foi construído no seguimento da sessão de formação (Apêndice III) relativamente a esta temática. Este foi aplicado apenas aos enfermeiros do SU que participaram na sessão de formação. Foram consideradas como variáveis a disposição de recursos humanos e materiais necessários para a transmissão de informações à família da PSC, a importância do Procedimento de Trabalho (Apêndice IV) na segurança e qualidade do atendimento à família da PSC.

Procedimentos de recolha e análise de dados

O questionário de avaliação das necessidades da equipa de enfermagem relativamente à transmissão de informações à família da PSC foi aplicado durante o mês de janeiro de 2023. Este foi distribuído de forma digital através do email institucional para todos os enfermeiros do SUMC, através da divulgação da enfermeira gestora, acompanhado de um consentimento informado, livre e esclarecido, onde o estudo foi enquadrado. A todos os participantes foi reservada a possibilidade de participar no estudo ou não, de forma livre e esclarecida, sem qualquer prejuízo no caso de não participação.

Posteriormente, a sessão de formação para os enfermeiros do SUMC, com aplicação do segundo questionário, ocorreram em fevereiro de 2024. Este questionário foi disponibilizado também de forma digital, apenas aos participantes da sessão de formação.

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

Considerações éticas

Foi obtido parecer positivo pela Comissão de Ética da ULS em estudo (Anexo I). A cada participante que integrou a amostra, foi solicitado o seu consentimento informado, livre e esclarecido. A proteção de todos os dados recolhidos é da responsabilidade da investigadora principal deste estudo, sendo que os mesmo estão guardados em documentos protegidos com

palavra-passe. Foram garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Não se verificaram conflitos de interesse no decorrer do estudo.

RESULTADOS

No primeiro questionário disponibilizado à equipa de enfermagem, do SUMC de uma ULS da região centro de Portugal, de forma a identificar as necessidades da mesma relativamente à transmissão de informações à família da PSC, participaram 34 enfermeiros, dos quais 85,3% do sexo feminino, com uma média da idade de 33 anos ($32,6 \pm 5,269$). No que diz respeito à formação académica, a maioria dos inquiridos são licenciados em Enfermagem (73,5%) e apenas 26,5% são titulares de licenciatura em Enfermagem e mestrado. Relativamente à titularidade de especialidade, 66,6% dos participantes referem ter especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 16,7% em Enfermagem de Reabilitação e 16,7% em Enfermagem de Saúde Comunitária. A média do tempo de experiência profissional é de 10 anos ($9,7 \pm 5,581$) e a média do tempo de serviço no SUMC é de 6 anos ($6,0 \pm 5,844$).

Dos inquiridos, 27 participantes (79,4%) referem já ter transmitido informações à família da PSC no SUMC, dos quais 88,9% referem ter sentido dificuldades nessa transmissão de informações.

Entre as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na transmissão de informações à família da PSC, foram referidas a inexistência de um espaço físico adequado (29,1%) e a falta de privacidade para a comunicação com a família (20,8%); a gestão dos sentimentos, emoções e expectativas dos familiares (16,7%); a utilização/adequação da linguagem aos familiares (20,8%); a gestão do tempo do enfermeiro (12,5%) e a forma de transmitir informações negativas (8,3%).

No que diz respeito à importância dada à transmissão de informações à família da PSC, 31 participantes (91,2%) considera que a transmissão de informações é “muito importante”, e 3 participantes (8,8%) que consideram ser “importante”.

Relativamente à pertinência da existência de formação no serviço direcionada aos enfermeiros sobre a transmissão de informações à família e da criação de um procedimento de trabalho sobre este tema, 33 dos participantes (97,1%) referem considerar pertinente.

Após a elaboração da IT e realização da sessão de formação, para apresentação da IT à equipa de enfermagem, foi aplicado um novo questionário. Todos os participantes na sessão de formação responderam ao questionário resultando numa amostra de 30 participantes.

Relativamente à perceção dos enfermeiros sobre a qualidade da comunicação com a família da PSC na SE, 2 participantes (6,7%) discordam que sejam de qualidade, 13 participantes (43,3%) não concordam nem discordam que sejam de qualidade, 5 participantes (16,7%) concordam e 10 participantes (33,3%) concordam totalmente que a comunicação ocorre com qualidade.

No que concerne ao acesso a informações adequadas, pela família da PSC, 4 enfermeiros (13,3%) afirmam discordar que a família tenham acesso a estas informações, 66,7% dos enfermeiros não concordam nem discordam, 4 participantes (13,3%) concordam e apenas 2 enfermeiros (6,7%) concordam totalmente que a família têm acesso a informações adequadas da PSC na SE.

Relativamente à perceção dos enfermeiros sobre a existência de recursos materiais necessários para a transmissão de informações, de forma segura e de qualidade, à família da PSC na SE, 8 participantes (26,7%) discordam da existência de recursos materiais necessários para a transmissão de informações, 17 enfermeiros (56,7%) não concordam nem discordam e 5 enfermeiros (16,7%) concordam que existem recursos materiais necessários para a transmissão de informações.

Analogamente, surge a perceção dos enfermeiros sobre a existência de recursos humanos necessários para a transmissão de informações, de forma segura e com qualidade, à família da PSC na SE, 4 participantes (13,3%) discordam da existência de recursos humanos necessários, 11 enfermeiros (36,7%) não concordam nem discordam, 14 participantes (46,7%) concordam que existem recursos humanos adequados para a transmissão de informações e apenas 1 enfermeiro (3,3%) concorda totalmente.

Sobre a perceção dos enfermeiros relativamente à criação da IT como uma mais-valia na prestação de cuidados à PSC, nenhum participante discordou da questão, 16 enfermeiros (53,3%) concordam e 14 enfermeiros (46,7%) concordam totalmente. Para além disso, metade dos enfermeiros que participaram no segundo questionário concordam que a IT leva a um melhor atendimento à PSC e sua família na SE, 14 profissionais (46,7%) concordam totalmente com esta afirmação e apenas 1 participante (3,3%) não concorda nem discorda.

Quanto à segurança na prestação de cuidados, a maioria dos enfermeiros (53,3%) concorda totalmente que a IT permite maior segurança na prestação de cuidados, 13 enfermeiros (43,3%) concorda com esta afirmação e apenas 1 enfermeiro (3,3%) não concorda nem discorda.

Relativamente à perceção da IT como uma ferramenta útil para a prestação de cuidados à PSC em SE, 1 enfermeiro (3,3%) não concorda nem discorda da afirmação, 10 participantes (33,3%) concordam e 19 participantes (63,3%) concordam totalmente que a IT é uma ferramenta útil na prestação de cuidados à PSC em SE e que deverá ter continuidade no SUMC.

No que diz respeito à compreensão e aplicação da IT, nenhum participante discorda da facilidade de compreensão e aplicação da IT: 10 participantes (33,3%) concordam que a IT é de fácil compreensão e 20 participantes (66,7%) concordam totalmente com esta afirmação. Relativamente à facilidade de aplicação, 1 enfermeiro (3,3%) não concorda nem discorda com a facilidade de aplicação da IT, 11 enfermeiros (36,7%) concordam que a IT é de fácil aplicação e 18 enfermeiros (60%) concordam totalmente com a afirmação.

Sobre a utilidade da IT no contexto da SE do SUMC, 11 enfermeiros (36,7%) concordam e 19 enfermeiros (63,3%) concordam totalmente que a IT é uma ferramenta útil no contexto de SE no SU. Para além disso, 100% dos enfermeiros concordam ou concordam totalmente que a implementação da IT no contexto de SE no SUMC é de exequível.

DISCUSSÃO

A transmissão de informações à família da PSC baseia-se na comunicação, instrumento básico nos cuidados de enfermagem e o cerne das relações humanas. Esta é uma ação que deve ser planeada e individualizada, não pode ser realizada apenas de forma intuitiva (Pontes et al., 2008).

A maioria dos enfermeiros do SUMC já transmitiu informações à família da PSC e referem ter sentido dificuldades na transmissão dessas mesmas informações. Segundo os participantes deste estudo, as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão de informações à família da PSC foram a falta de privacidade para a comunicação com a família, a inexistência de um espaço físico adequado; a gestão dos sentimentos, emoções e expectativas da família; a gestão do tempo do enfermeiro e a utilização/adequação da linguagem à família e a forma de transmitir informações negativas. Estas dificuldades encontram-se em linha com a

evidência científica que mostra que os profissionais sentem dúvidas relativas às suas competências profissionais, recursos insuficientes e limitações na disponibilidade para a família (Plácido, 2014; Silva et al., 2020; Stayt, 2007).

Tal como Wright & Leahey (2013) e Buckley & Andrews (2011) referem, a transmissão de informações à família da PSC apresenta uma grande relevância para o bem-estar e aceitação do diagnóstico do doente, uma vez que elucida a família da situação e os integra no processo de cuidados. Neste estudo, também cerca de 92% dos participantes considera que a transmissão de informações à família da PSC é um tema de grande importância.

No que diz respeito à pertinência de formação direcionada para a equipa de enfermagem relativamente à temática da transmissão de informações à família da PSC em SE, todos os participantes no estudo concordaram totalmente. Tendo em consideração o enunciado pela evidência científica, os enfermeiros devem prestar informações às famílias dos doentes, devendo respeitar os limites da sua competência de atuação e é por esse mesmo motivo que se torna essencial a promoção da formação, neste âmbito, de forma a melhorar a qualidade das informações prestadas e também as relações com a família (Plácido, 2014; Santos, 2017).

Após a sessão de formação aos enfermeiros que exercem funções no SUMC da ULS em estudo, cerca de metade dos participantes concordam que existem recursos humanos suficientes para a transmissão de informações à família da PSC.

No que diz respeito à importância da criação de um procedimento de trabalho para a prestação de cuidados, a totalidade dos inquiridos concorda que a IT se assume como uma mais-valia para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e à sua família, bem como se traduz em maior segurança para os cuidados em contexto de SE. Estes resultados encontram-se em linha com o defendido por Lima et al. (2021), que afirma que os protocolos e instruções de trabalho proporcionam a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado, favorecendo a prestação de cuidados de enfermagem seguros.

Relativamente à facilidade de compreensão e aplicabilidade da IT elaborada, todos os participantes concordam que esta IT é de fácil compreensão. A maioria dos participantes concordam que esta IT é de clara compreensão e também facilmente aplicável no SU. É essencial que os protocolos ou guias de orientação sejam claros e descrevam considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia para a família e para os profissionais que transmitem as informações (Santos, 2017).

Todos os participantes consideraram que a IT apresentada era exequível de ser implementada no SU e ainda que esta ferramenta apresenta uma grande importância no contexto de SE.

CONCLUSÃO

Cada vez mais assistimos a um ambiente de prestação de cuidados complexo e exigente pela especificidade dos problemas de saúde atuais, o que exige necessidades crescentes dos enfermeiros, nomeadamente a nível de formação sobre comunicação e transmissão de informações.

A transmissão de informações à família é um direito de todos e assume particular relevo quando nos reportamos à PSC pela especificidade e complexidade das situações. Estas informações são particularmente exigentes pelo teor das mesmas e pela carga emocional que incutem no enfermeiro, fazendo com que estes profissionais de saúde sintam algumas dificuldades nesta transmissão de informações às famílias.

Após uma revisão de literatura e uma avaliação inicial das necessidades da equipa de enfermagem foi possível entender que os enfermeiros que transmitem informações à família da PSC sentem grandes dificuldades, quer pela falta de privacidade e de espaços físicos adequados para comunicar com a família, quer pela gestão de sentimentos, emoções e expectativas da família e da utilização/adequação da linguagem.

Os enfermeiros do SUMC que transmitem informações à família da PSC concordam que protocolos de trabalho podem ser implementados no sentido de minimizar os constrangimentos e dificuldades sentidos pelos próprios. A IT criada para o SUMC da ULS referida neste estudo é de fácil compreensão e apresenta grande utilidade para os enfermeiros deste serviço.

Assim, é essencial criar procedimentos de trabalho e proporcionar momentos de formação específica aos enfermeiros que desempenhem funções no SUMC uma vez que estes vivenciam situações próprias e complexas que exigem habilidades comunicacionais específicas, bem como condições físicas ideais para a transmissão das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Aziz, A. L., Ahmed, S. E. S., & Younis, G. A. E.-H. (2017). Family Needs of Critically Ill Patients Admitted to the Intensive Care Unit, Comparison of Nurses and Family Perception. *American Journal of Nursing Science*, 6(4), 333–346. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170604.18>
- Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2015). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(2), 70–80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Amass, T. H., Villa, G., Omahony, S., Badger, J. M., Mcfadden, R., Walsh, T., Caine, T., Mcguirl, D., Palmisciano, A., Yeow, M. E., De Gaudio, R., Curtis, J. R., & Levy, M. M. (2020). Family Care Rituals in the ICU to Reduce Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Family Members - A Multicenter, Multinational, Before-and-After Intervention Trial*. *Critical Care Medicine*, 48(2), 176–184. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004113>
- Barreto, M. da S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L. F. de, & Marcon, S. S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: vivência dos pacientes e familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150>
- Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 263–272. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.07.001>
- Calle, G. H. La, Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos Seeking to humanize intensive care. In *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* (Vol. 29, Issue 1, pp. 9–13). Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Costa, P. C. P. da, Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>
- Decreto-Lei n.º 126/2006 Da Assembleia Da República., Diário da República. I série n.º 126 (2006). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). In *Diário da República* 2ª série N.º 28. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

- Despacho n.º 10319/2014 Do Ministério Da Saúde., Diário da República: II Série nº153 (2014).
<https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (Norma n.º 007/2010)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Norma 021/2015 de 16/12/2015. Atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. www.dgs.pt
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Paula Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. In *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca* (Vol. 2, Issue 2). <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000913>
- INEM. (2012). *Manual TAS/TAT- Abordagem à vítima. 1ª edição*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- INEM. (2020). *Manual de suporte avançado de vida. 2ª Edição*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Kreuz, G., & Netto, J. V. G. (2021). *Múltiplos olhares sobre a morte e o luto: Aspectos teóricos e práticos* (CRV, Ed.; 1ª edição).
- Ligiana, L., Szerwieski, D., Ferreira, L., & Oliveira, D. E. (2015). Atuação Do Enfermeiro Na Gestão Do Atendimento Pré-Hospitalar Nursing Practice In The Management Of Pre-Hospital Care. *Revista UNINGÁ*, 45, 68–74.
- Lima, R. M. L. de S., Moura, M. V. de, Matos, J. da C., Walter, K. C., Oliveira, A. C. G. D. P. da C., Araújo, V. S., Cavalcante, E. S., Nunes, V. M. de A., Silva, M. S. da, & Sisnando, M. S. M. (2021). Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. *Research, Society and Development*, 10(1), e15810111186. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11186>

- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Magalhães, D. dos S. S., De Lima, C. M., Ferro, R. B. C., Zorzan, W. N. M., Santos, P. M. da C., & Dantas, D. A. L. (2021). Estágio curricular supervisionado: expectativas na formação profissional. *Revista Acervo Educacional (Online)*, 3, e6584. <https://doi.org/10.25248/rae.e6584.2021>
- Maria, D., Ferreira, M., Da, P., Martins, S., Olga, D., Pimenta, M., Ribeiro, L., Isabel, A., & Soares, M. (2017). *Conceções dos enfermeiros especialistas – contributos para a qualidade*.
- Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 14(2). <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa*. República Portuguesa- Saúde.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Cristina Kowal Olm Cunha, I., Alves, M., & Marques, N. (2019). *Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: Revisão narrativa* (Vol. 10, Issue 4). <https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O Enfermeiro No Pré-Hospitalar: Cuidar Para A Cura. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2020(5), 147–152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer CJ 8 / 2008*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016b). *Parecer n.º 04 / 2016 da Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (2016)*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos* *Recomendações* 2023.

<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>

Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., da Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., Grossi, S., Silva, M., Cruz, V., & Ducci, A. (2005). *Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação*.

Petrinec, A. B., & Daly, B. J. (2016). Post-Traumatic Stress Symptoms in Post-ICU Family Members: Review and Methodological Challenges. In *Western Journal of Nursing Research* (Vol. 38, Issue 1, pp. 57–78). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0193945914544176>

Plácido, G. do C. (2014). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica e Família* [Dissertação]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>

Rabiais, I., & Amendoeira, J. (2013). Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação Educate in Nursing: a process of reflexivity in interaction. In *Cadernos de Saúde* 8 (Vol. 6).

Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros., Diário da República, 2.ª série — N.º 26 (2019). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 Da Ordem Dos Enfermeiros., Diário da República: II série, n.º135 (2018). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros., Diário da República: II Série n.º184 (2019). <https://dre.pt/application/file/a/124970757>

Sá, F. L. F. R. G. de, & Velez, M. A. M. R. B. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: a experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(8). <https://doi.org/10.12707/RV21007>

- Santos, A. P. R. dos. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Leiria.
- Silva, A. E., Ribeiro, S. A., Carvalho, T. V., Laia, D. H. S. de, Ferreira, G. J., & Oliveira, L. A. de. (2020). A percepção do profissional enfermeiro frente à comunicação de notícias difíceis. *Research, Society and Development*, 9(12). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11014>
- Socorro, L. L., Tolson, D., & Fleming, V. (2001). Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 562–570. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01872.x>
- Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 623–630. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x>
- Westphal, G. A., & Lino, A. S. (2015). Systematic screening is essential for early diagnosis of severe sepsis and septic shock. In *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* (Vol. 27, Issue 2, pp. 96–101). Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150018>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013a). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6ª edição). F.A. Davis Company.

ANEXO

ANEXO I – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA UNIDADE HOSPITALAR

30 de Outubro de 2023

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido do estudo **Transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica na sala de emergência.**

Investigador principal: Ana Rita Sacramento Marques

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do

Dr.

Dr.^a

Dr

Enf

Padre

Dr

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORAVEL CONDICIONADO.

Para o desenvolvimento do estudo na primeira fase, a saber:

- i. com expressa recomendação da ponderação de inclusão/desenvolvimento no primeiro questionário a aplicar de questões com incidência sobre os conhecimentos, as dificuldades bem como eventuais incidentes ocorridos com os participantes relacionados com o papel do enfermeiro na transmissão de informações, suas competências e limites aplicáveis, e que, assim, pudessem resultar num mais rigoroso e completo diagnóstico sobre a realidade em apreço, naturalmente, com conseqüente benefício para as fases subsequentes.
- ii. condicionando o desenvolvimento das demais fases à prévia submissão dos outros dois questionários a aplicar à CES e à obtenção do parecer favorável pela mesma Comissão e da autorização do Conselho de Administração

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOBRE A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO SOBRE A TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO

[REDACTED]

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

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

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

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

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

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

Os dados recolhidos serão tratados com recurso ao programa informático SPSS e prevê-

se com os mesmos produzir evidência científica, com a publicação de artigo.

O questionário é constituído por 2 partes, a primeira corresponde à caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos participantes e a segunda à caracterização da perceção dos enfermeiros sobre a temática.

4. **3. Formação académica ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Bacharelato
- Licenciatura em Enfermagem
- Mestrado
- Doutoramento

5. 3.1 Se selecionou a opção **Mestrado**, indique qual:

6. 3.2 Se selecionou a opção **Doutoramento**, indique qual:

7. **4. Tem especialidade? ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
- Não

8. 4.1 Se selecionou a opção **SIM**, indique qual:

9. **5. Experiência Profissional:**

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

10. **6. Experiência Profissional no Serviço de Urgência:** *
- Por favor digite o nº de anos completos. Se tiver menos de 1 ano de experiência considere 0 anos.

2º Parte – Parecer dos Enfermeiros sobre transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. **8. Se sim, alguma vez sentiu dificuldades nessa transmissão de informações?** *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. **8.1 Se respondeu SIM, indique que dificuldades sentiu na transmissão de informações à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência?**

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

Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Importante
- Moderadamente importante
- Pouco importante
- Nada importante

15. **10. Acha pertinente haver formação direcionada aos enfermeiros sobre a transmissão de informações à família?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

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

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE II – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO "COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE EMERGÊNCIA"

Avaliação da formação "Comunicação com o familiar da pessoa em situação crítica na sala de emergência"

Chamo-me Ana Rita Marques, sou Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital de [REDACTED], estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito deste encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação intitulado "Transmissão de informações à família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência: implementação de um protocolo de atuação", sob a orientação do Professor Doutor Hugo Duarte.

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

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

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

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

O seu preenchimento demora cerca de 2 minutos.

Agradeço desde já a colaboração.

A investigadora principal Ana Rita Marques (ritaamarques12@gmail.com, 918652018)

* Indica uma pergunta obrigatória

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2. Teve oportunidade de assistir à formação online? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Considera que a comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica na sala de emergência são cuidados de qualidade? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

4. Os familiares da pessoa em situação crítica na sala de emergência têm acesso a informações adequadas à sua situação e necessidades? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

5. Considera que o SU [REDACTED] dispõe dos recursos materiais necessários para uma transmissão de informações segura e de qualidade aos familiares da pessoa em situação crítica na sala de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

6. O SU do [REDACTED] dispõe dos recursos humanos necessários para uma transmissão de informações segura e de qualidade à pessoa em situação crítica na sala de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

7. A criação da instrução de trabalho é uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

8. Considera que esta formação leva a um melhor atendimento da pessoa /família em situação crítica na sala de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

9. Permite uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

10. É uma ferramenta útil à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

11. A instrução de trabalho é de fácil compreensão *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

12. A instrução de trabalho é de fácil aplicação. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

13. Como considera a sua utilidade no contexto da sala de emergência do SU do [redacted] ? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

14. Como considera a sua exequibilidade no contexto da sala de emergência do SU do [redacted] ? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad Muito importante

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE III – A COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, NA SALA DE EMERGÊNCIA

ULS
LEZÍRIA


A COMUNICAÇÃO COM O FAMILIAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, NA SALA DE EMERGÊNCIA

Enfª Ana Rita Marques

A Família no Cuidar

Numa perspetiva de cuidados holísticos ao doente o envolvimento da família é essencial e este deve ser visto como uma extensão da intervenção de enfermagem .


A situação de doente crítico leva a uma experiência de stress pós-traumático pelos familiares e este é relacionável com baixos padrões de comunicação com os profissionais de saúde. Torna-se emergente a inclusão dos familiares na prestação de cuidados.



OE (2002); (Petrinec & Daly, 2016)

A Família no Cuidar

Os cuidados de enfermagem devem incluir os cuidados à família e esta ganha especial importância quando falamos na PSC. A doença de um elemento familiar afeta a família como um todo, inculcando nesta o sofrimento. Especialmente quando falamos em Sala de Emergência (SE) este sofrimento torna-se mais acentuado pela especificidade do contexto, complexidade das situações e incertezas dos diagnósticos/prognósticos .



Shajani & Snell (2019)

A Família no Cuidar

As situações de doença súbita ou trauma que levam doentes e familiares à Sala de Emergência, são inesperadas e inevitavelmente acartam dor e incompreensão pelos familiares presentes. Este tipo de informações idealmente deveria ser transmitido em espaço físico adequado e próprio para o efeito salvaguardando a privacidade das famílias e dos profissionais.

A especificidade das situações críticas impõe importantes desafios às famílias dos doentes críticos uma vez que estas provocam sentimentos de ansiedade e depressão podendo ainda dificultar a aceitação e processo de luto dos mesmos.

(Kreuz & Netto, 2021)

A Família no Cuidar

A comunicação permite o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz baseada na confiança, o que leva a que o enfermeiro se torne um elemento de referência para os familiares. Este fato é de relevante importância em contexto de urgência pela instabilidade das situações e da imprevisibilidade dos prognósticos. Assim transmitir informações aos familiares é essencial para a desconstrução do diagnóstico, aceitação do processo de doença e para gradualmente estruturar um prognóstico situacional.



(Barreto et al., 2019)

Legislação

Em Portugal o direito ao acompanhamento de doentes em serviço de urgência por familiares/pessoa de referência foi regularizado com a Lei n.º 33/2009(2009). Esta define que no momento da admissão o utente deve referenciar um acompanhante, não sendo possível esta nomeação como por exemplo em situações de alteração do estado de consciência, este é atribuído através da validação do grau de parentesco



Legislação

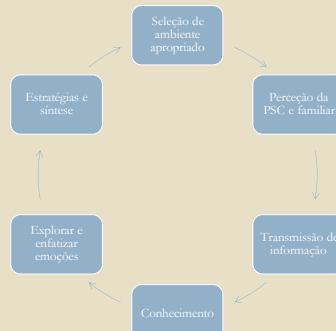
Como enunciado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE na equipa multiprofissional o enfermeiro deve atuar responsabilmente respeitando os limites pela sua área de competência .

No Parecer do Conselho Jurisdicional 8/2008 da OE considerando o doente inserido num contexto social e familiar em caso de perda de autonomia a família tem o direito à informação sobre a situação do mesmo sem que a confidencialidade seja comprometida . A informação fornecida deve implicar benefício para o doente e/ou família, como prestador de cuidados o enfermeiro deve abordar a pessoa como um todo, inserido numa família e numa comunidade .

Defende ainda que a família tem direito à informação sobre a situação do doente sem prejuízo da confidencialidade, no entanto o Enfermeiro apenas deve fornecer informações relativas aos cuidados de Enfermagem .

REPE (2015) OE(2008)

Protocolo Spikes



(Arcanjo et al., 2010)

Protocolo Spikes

O protocolo Spikes descreve em seis passos a comunicação de más notícias:

- **Nº1-(Setting up)** a preparação do profissional e do espaço físico.
- **Nº2- (Perception)** verifica até que ponto a pessoa/familiar tem consciência da situação.
- **Nº3- (Invitation)** procura entender quanto a pessoa/familiar deseja saber sobre sua doença.
- **Nº4-(Knowledge)** A transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são salientadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas excessivas; a verificar a compreensão da pessoa/familiar.
- **Nº5-(Emotions)** é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente.
- **Nº6- (Strategy and Summary)** diminui a ansiedade da pessoa/familiar ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer

(Arcanjo et al., 2010)

O protocolo Spikes*

S	Setting up	Preparando-se para o encontro
P	Perception	Percebendo o paciente
I	Invitation	Convidando para o diálogo
K	Knowledge	Transmitindo as informações
E	Emotions	Expressando emoções
S	Strategy and Summary	Resumindo e organizando estratégias

APOIO AOS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SE

- A doença crítica representa momentos angustiantes para os doentes, familiares e profissionais. Para os familiares estes momentos são difíceis de lidar e muitas vezes inesquecíveis. A abordagem que se toma na comunicação de informações aos familiares influencia a capacidade destes lidarem com a situação.
- Assim importa definir algumas orientações:
 - Prepare-se previamente, física e emocionalmente. Se esteve envolvido na emergência, faça uma pausa, pense o que vai dizer e como. Cuide da sua aparência e certifique-se que a farda não tem vestígios de sangue;
 - Apresente-se e certifique-se que está a falar com os familiares da vítima, procurando saber exatamente com quem. Tente saber o que já conhecem da situação e prossiga a partir dessa base;
 - Sente-se ou coloque-se ao mesmo nível dos interlocutores, mostrando disponibilidade para ouvir e informar (o ideal é estarem todos sentados)

(INEM, 2020)

APOIO AOS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SE

- Prepare-se previamente, física e emocionalmente. Se esteve envolvido na emergência, faça uma pausa, pense o que vai dizer e como. Cuide da sua aparência e certifique-se que a farda não tem vestígios de sangue;
- Apresente-se e certifique-se que está a falar com os familiares da vítima, procurando saber exatamente com quem. Tente saber o que já conhecem da situação e prossiga a partir dessa base;
- Sente-se ou coloque-se ao mesmo nível dos interlocutores, mostrando disponibilidade para ouvir e informar (o ideal é estarem todos sentados);
- Utilize um tom de voz e uma atitude corporal adequados ao que está a dizer. Não evite o contacto com o olhar ou mesmo um contacto físico (segurar uma mão ou o ombro, por exemplo, pode muitas vezes ser apropriado);
- Utilize palavras simples em vez de terminologia médica e vá direto ao assunto de forma empática e honesta;

(INEM, 2020)

APOIO AOS FAMILIARES DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SE

- Responda às perguntas de forma clara e sem subterfúgios. Não tenha receio de dizer que não sabe a resposta a questões médicas ou filosóficas, como “porque é que isto aconteceu?” ou “porquê ele?”. Normalize essas dúvidas, para as quais não temos resposta;
- Se possível, evite que persistam dúvidas que possam levar a um sentimento de culpa futuro, como por exemplo: “se o tivesse trazido mais cedo ao hospital!”;
- Prepare-se para a reação emocional dos familiares. Não receie o silêncio e se necessário leve-os a ver a vítima. As pessoas precisam de tempo;
- Esteja preparado para lidar com reações intensas, tais como: choque emocional, raiva, culpa, negação, desequilíbrio emocional agudo ou estado dissociativo;
- Permita e encoraje a reação manifestada (chorar, estar sozinho, gritar etc.);

(INEM, 2020)

Proposta de instrução de trabalho para a Transmissão de informações aos familiares da Pessoa Em Situação Crítica no SU

Objetivo: Definir metodologias e responsabilidades para assegurar e uniformizar a comunicação de informações aos familiares dos utentes do serviço de urgência do Hospital de Santarém.

Destinatários: Enfermeiros do SU

Operacionalização/Circuito : Adaptar o antigo gabinete de observação de doentes triados de verde, que será remodelado de modo a ser transformado num espaço acolhedor, confortável, com barreiras arquitetónicas que permitam a privacidade, promovendo o acolhimento dos familiares. Pretende -se, ainda, dar formação aos enfermeiros de modo que sejam balizadas as informações a ser transmitidas dentro dos limites da profissão, promover a expressão de sentimentos e partilha de experiências entre colegas, diminuindo as dificuldades sentidas pela equipa.



Proposta de instrução de trabalho para a Transmissão de informações aos familiares da Pessoa Em Situação Crítica no SU

Operacionalização/Circuito : Pela especificidade do contexto é importante definir a equipa de enfermeiros que irá assegurar este acompanhamento, nomeadamente através da definição de requisitos: Mais de 2 anos de experiência profissional em serviço de urgência e preferencialmente com especialidade nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Saúde Mental.

Um enfermeiro das 11:00h às 20:00h em gabinete próprio, para transmitir informações aos familiares dos doentes em serviço de urgência, e doentes internados no serviço de urgência a aguardar vaga, consoante marcação telefónica ou presencial juntos dos administrativos, constituindo uma ponte entre a prestação de cuidados e os familiares. Os familiares devem ser encaminhados pelo elemento do SIRP (Serviço de Informações e Relações-Públicas) /segurança até ao gabinete e aguardar a sua vez. O enfermeiro deve consultar o processo do doente, transmitir as informações clínicas relativas aos cuidados de enfermagem como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e encaminhar e/ou acompanhar a pessoa até ao seu familiar.

Proposta de instrução de trabalho para a Transmissão de informações aos familiares da Pessoa Em Situação Crítica no SU

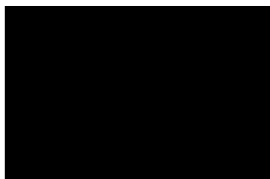
- **Recursos necessários:** Um enfermeiro, um elemento do SIRP. Sala adequada ao pretendido, estrategicamente localizada. Secretária com 3 cadeiras. Computador com acesso à intranet. Base de dados que possibilite registos e estatísticas.



Bibliografia

- Arcunjo, C., I. L., Lustosa, K., II. A., Andrade, R., De Oliveira, S., Leonardo, I. I., Feitosa, B., & Caprara, A. (2010). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*.
- Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L., & Marcons, S. S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 28(2), e20180150. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tcc-2018-0150>
- INEM. (2020). *Manual de suporte avançado de vida 2ª Edição*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Lei nº33/2009 de 14 de julho. *Diário da República*, nº134/2009, Série I de 2009-07-14
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Petrince, A.B. & Daly, B.J. (2016). Post-traumatic stress symptoms in post-ICU family members: review and methodological challenges. *Western Journal of Nursing Research*, 38(1), 57-78. <http://doi.org/10.1177/0193945914544176>
- Regulamento n.º429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*: II Série, n.º135. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/13500000/1935919370.pdf>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leabey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). *Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos*. Editora CVR.

APÊNDICE IV – PROCEDIMENTO DE TRABALHO “TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SU”



Código: PT - URG. - 1

Revisão n.º:

Data: 0/0/2023

PROCEDIMENTO DE TRABALHO

PROCEDIMENTO	Transmissão de informações aos familiares da Pessoa Em Situação Crítica no SU					
ELABORADO POR	Enfª Ana Rita Marques					
DATA DE ELABORAÇÃO	01/11/2023					
OBJETIVO	Definir metodologias e responsabilidades para assegurar e uniformizar a comunicação de informações aos familiares dos utentes do serviço de urgência do Hospital [REDACTED]					
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros					
RESPONSÁVEIS	Departamento de Urgência					
APROVAÇÃO CA	ACEITE por:					

Enquadramento:

Os cuidados de enfermagem devem incluir os cuidados à família e esta ganha especial importância quando falamos na PSC. Shajani e Snell (2019) defendem que a doença de um elemento familiar afeta a família como um todo, inculcando nesta o sofrimento. Em ambiente hospitalar é, sobretudo, na Sala de Emergência (SE) que o sofrimento se torna mais acentuado pela especificidade do contexto, complexidade das situações e incertezas dos diagnósticos/prognósticos. É exigido ao enfermeiro um alargar das suas competências comunicacionais em situações de crise, com o intuito de solucionar o problema com que se depara (Riley, 2017). O estabelecimento e manutenção desta comunicação é essencial para o sucesso da relação terapêutica.

A prestação de cuidados em Enfermagem engloba também os cuidados à família. No serviço de urgência estes cuidados exigem competências específicas de comunicação que possibilitem ajudar a ultrapassar o sentimento de hostilidade que surge neste contexto de cuidados, permitindo a construção de momentos terapêuticos (Calle et al, 2017).

Barreto et al (2019) defende, as famílias de pessoa em situação crítica em SE, encontram-se expostas a sentimentos de incerteza, angústia e medo. Toma-se, por isso, essencial considerar e incluir a família no plano de cuidados. O mesmo autor defende ainda que a atualização do estado de saúde à família permite a desconstrução mental do motivo de ida ao hospital, permitindo uma melhor adaptação e resposta por parte da mesma à situação crítica. Assim esta questão encontra-se centrada no doente e permite produzir ganhos para a população uma vez que tem benefícios diretos nos familiares e na pessoa em situação crítica.

No Parecer do Conselho Jurisdicional 8/2008 da OE (2008), considerando o doente inserido num contexto social e familiar, em caso de perda de autonomia, a família tem o direito à informação sobre a situação do mesmo, sem que a confidencialidade seja comprometida. A informação fornecida deve implicar benefício para o doente e/ou família, como prestador de cuidados, o enfermeiro deve abordar a pessoa como um todo, inserido numa família e numa comunidade. Este Parecer defende ainda que a família tem direito à informação sobre a situação do doente sem prejuízo da confidencialidade, no entanto, o Enfermeiro deve cingir-se àquilo que são as informações da área de competência dos cuidados de Enfermagem. Como enunciado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (2015), na equipa multiprofissional, o enfermeiro deve atuar responsavelmente respeitando os limites pela sua área de competência.

Operacionalização/Circuito:

Adaptar o antigo gabinete de observação de doentes triados de verde, que será remodelado de modo a ser transformado num espaço acolhedor, confortável, com barreiras arquitetónicas que permitam a privacidade, promovendo o acolhimento dos familiares. Pretende-se, ainda, dar formação aos enfermeiros de modo que sejam balizadas as informações a ser transmitidas dentro dos limites da profissão, promover a expressão de sentimentos e partilha de experiências entre colegas, diminuindo as dificuldades sentidas pela equipa.

Pela especificidade do contexto é importante definir a equipa de enfermeiros que irá assegurar este acompanhamento, nomeadamente através da definição de requisitos: Mais de 2 anos de experiência profissional em serviço de urgência e preferencialmente com especialidade nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Saúde Mental.

Um enfermeiro das 11:00h às 20:00h em gabinete próprio, para transmitir informações aos familiares dos doentes em serviço de urgência, e doentes internados no serviço de urgência

a aguardar vaga, consoante marcação telefónica ou presencial juntos dos administrativos, constituindo uma ponte entre a prestação de cuidados e os familiares. Os familiares devem ser encaminhados pelo elemento do SIRP (Serviço de Informações e Relações-Públicas) /segurança até ao gabinete e aguardar a sua vez. O enfermeiro deve consultar o processo do doente, transmitir as informações clínicas relativas aos cuidados de enfermagem como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e encaminhar e/ou acompanhar a pessoa até ao seu familiar.

Recursos necessários: Um enfermeiro, um elemento do SIRP. Sala adequada ao pretendido, estrategicamente localizada. Secretária com 3 cadeiras. Computador com acesso à intranet. Base de dados que possibilite registos e estatísticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L., & Marcons, S. S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 28(2), e20180150. [Http://dx.doi. Org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150](http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150)

Calle, G. H. L., Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9-13. [Http://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003](http://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003)

Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. (2008). Parecer CJ – 8 / 2008. [Https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. [Https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE: Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nestatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Shajani, Z., & Snell, D. (2019). Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention (7th ed.). F. A. Davis Company

Riley, J.B. (2017). Communication in nursing (8ª ed). Elsevier.