



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

A saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência
de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal

Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves

Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves

A saúde mental dos enfermeiros num
serviço de urgência de uma instituição
Hospitalar do Norte de Portugal

Uminho | 2021

dezembro 2021



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves

A saúde mental dos enfermeiros num
serviço de urgência de uma instituição
Hospitalar do Norte de Portugal

Relatório de Estágio e Projeto
Mestrado em Enfermagem da Pessoa
em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Paula Encarnação

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-SemDerivações

CC BY-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Paula Encarnação pela excelente orientação, apoio na aprendizagem, motivação, bem como pela disponibilidade, empatia e compreensão demonstrada.

Às enfermeiras tutoras de estágio, Liliana Abreu e Sandra Pereira, que me acompanharam e facilitaram neste percurso de aprendizagem, por todo o conhecimento partilhado, espírito de interajuda e dedicação, bem como pelo tempo disponibilizado.

À equipa que me acolheu no contexto de estágio, pela disponibilidade e cooperação.

Aos meus colegas da especialidade, em particular à Fátima e à Susana, pelo apoio, motivação, suporte e sobretudo pela amizade.

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional, incentivo, carinho, compreensão e tolerância nas minhas dificuldades e ausências.

A todos, por me acompanharem neste percurso de aprendizagem o meu obrigada.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Reflete a componente clínica, académica e profissional que me permitiu atribuir um novo olhar dispar sobre o cuidar à pessoa em situação crítica, durante o desenvolvimento e treino de competências específicas do enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste contexto, o desenvolvimento de competências nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica num serviço de urgência centrou-se no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação, em consonância com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. No domínio da investigação utilizei a metodologia de trabalho de projeto, onde através de uma situação real do serviço de urgência identifiquei uma problemática merecedora da minha atenção e investigação - a saúde mental dos enfermeiros no contexto atual da pandemia por SARS-CoV-2. Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas cientificamente, impondo na equipa um elevado grau de operacionalidade e flexibilidade. Tendo em conta o alto grau de complexidade dos contextos de trabalho em ambiente hospitalar, os profissionais de saúde que aí trabalham, nomeadamente os enfermeiros cuidadores de pessoas em situação crítica, estão sujeitos a que o seu bem-estar e saúde mental possam ficar comprometidos, levando à ocorrência de problemas de saúde mental, e, por conseguinte, com impacto na qualidade e na eficácia dos cuidados prestados. Desta forma e após o diagnóstico da situação, foi meu objetivo desenvolver e propor à instituição um projeto de investigação de avaliação da saúde mental dos enfermeiros prestadores de cuidados à pessoa em situação crítica, contribuindo os seus resultados para o futuro desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, diminuindo a incapacidade inerente aos problemas de saúde mental dos enfermeiros das unidades de cuidados ao doente crítico da referida instituição hospitalar. Terminado este percurso, concluo que este se revelou enriquecedor não só pela aquisição e pelo desenvolvimento de novas competências especializadas do cuidar, mas também, pela procura e aperfeiçoamento de acordo com as orientações científicas para uma prática de cuidados de excelência, segura e de qualidade.

Palavras-chave: enfermeiros; pessoa em situação crítica; saúde mental; serviço de urgência

ABSTRACT

This internship report appears within the curricular plan of the Master's Course in Nursing of the Person in Critical Situation, of the School of Nursing of the University of Minho, in consortium with the School of Health of the University of Trás-os-Montes and Alto Douro. It reflects the clinical, academic and professional component that allowed me to attribute a different look at the care of the person in critical situation, during the development and training of specific competencies of the specialist nurse in the area of Medical-Surgery Nursing área. In this context, the development of competencies in the care provided to the person in a critical situation in an emergency service focused on the field of care, in the field of training, in the field of management and in the field of research, in line with the competencies of the nurse specialized in medical-surgical nursing. In the field of research I used the project work methodology, where through a real situation of the emergency service I identified a problem worthy of my attention and investigation - the mental health of nurses in the current context of the pandemic by SARS-CoV-2. The nursing care provided to the critically endangered person requires well-coordinated and highly qualified actions scientifically, imposing on the team a high degree of operability and flexibility. In view of the high degree of complexity of work contexts in the hospital environment, health professionals who work there, in particular nurses caring for critically ill people, are subject to their well-being and mental health being compromised, leading to mental health problems, and therefore with an impact on the quality and effectiveness of the care provided. Thus, after the diagnosis of the situation, it was my objective to develop and propose to the institution a research project for the evaluation of the mental health of nurses providing care to the person in critical situation, contributing their results to the future development of programs to promote mental health and prevent mental illness, reducing the inability inherent to the mental health problems of nurses in critical patient care units of the hospital's referred patient. After this journey, I conclude that this proved enriching not only by the acquisition and development of new specialized skills of care, but also by the search and improvement according to scientific guidelines for a practice of excellent, safe and quality care.

Keywords: nurses; critical person; mental health; emergency services

“A paisagem é muito mais do que o alcance do meu olhar, pois a parte subconsciente da mente é possuidora de um conhecimento extraordinário”

Peck, S. (2003, p. 240)

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. ESTÁGIO DESENVOLVIDO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE.....	15
2.1. Caracterização das áreas do serviço de urgência.....	15
2.2. Análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas no serviço de urgência	24
2.3. Competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	25
3. METODOLOGIA.....	44
3.1. Diagnóstico da situação	44
3.2. Planeamento	47
3.2.1 Revisão da literatura	47
3.2.2 Tipo de estudo	58
3.2.3 Contexto de estudo	59
3.2.4 População e amostra em estudo	61
3.2.5 Instrumentos de recolha de dados.....	62
3.2.6 Considerações éticas	64
3.2.7 Limitações do estudo	65
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS.....	76
ANEXO 1: Questionário Sociodemográfico	77
ANEXO 2: Escala: Inventário de Saúde Mental MHI-5.....	78
ANEXO 3: Pedido de Autorização para utilização da escala MHI-5 e respetiva autorização	79
ANEXO 4: Pedido de Autorização à Comissão de Ética para a Investigação das Ciências da Vida e da Saúde.....	80
ANEXO 5: Pedido de Autorização à Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Norte de Portugal	81
ANEXO 6: Consentimento Informado	82

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral
CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS - Direção Geral de Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica
EPE – Entidade Pública Empresarial
EPI – Equipamento de Proteção Individual
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
MHI – Mental Health Inventory
MS - Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PBCI - Precauções Básicas do Controlo de Infecção
PE – Processo de Enfermagem
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e da Resistência aos Antimicrobianos
PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PSC – Pessoa em Situação Crítica
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SIV – Suporte Imediato de Vida
SM – Saúde Mental
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UDC – Unidade de Decisão Clínica
UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV – Via Verde

LISTA DE ABREVIATURAS

h – Hora

m² - metro quadrado

n.º - número

p. – página

pp. – páginas

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma de elaboração e redação do projeto	63
--	----

1. INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás -os- Montes e Alto Douro. O plano de estudos propõe a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, tendo em vista a obtenção do título de especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação crítica (PSC). Será um instrumento de reflexão das experiências vividas ao longo do estágio contribuindo para a nossa atuação como enfermeiro especialista.

O estágio de natureza profissional centrou-se na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e desenvolveu-se no Serviço de Urgência (SU) de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal sob a orientação de uma enfermeira perita e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Este percurso focado no crescimento e desenvolvimento de competências específicas na área da PSC desenvolveu-se ao longo de 420 horas.

A enfermagem para além de uma disciplina científica, é uma “ciência humana e do cuidar”, e como tal, requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual. O cuidar está deste modo relacionado com as respostas subjetivas do enfermeiro e pessoa com o ambiente, com o processo saúde-doença, com os conhecimentos acerca desse processo e os valores (Watson, 2002, p.55). O processo de cuidar na perspetiva da enfermagem, é dirigido à pessoa, à família e à comunidade. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018 no que diz respeito aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica são elementos fundamentais na resposta à necessidade de cuidados seguros e eficazes à PSC. Decorrente do crescente número de doenças súbitas e da agudização de doenças crónicas, que conduzem à falência ou risco de falências de funções vitais, os enfermeiros devem integrar as equipas de atendimento em contexto extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica, tal como o disposto no Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República n.º 123/2015, Série II de 26 de junho de 2015.

A elaboração do presente relatório, foi desenvolvido ao nível dos quatro domínios da disciplina de enfermagem: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Para além de descrever e analisar de forma crítico-reflexiva o contexto da prática clínica efetuado, das oportunidades e possibilidades de atuação, norteou-se pela identificação de uma problemática vivenciada pelos profissionais do SU, e que expressaram, juntamente com o enfermeiro gestor do serviço, como uma necessidade de avaliação e posterior implementação de mudanças, com vista à excelência e à qualidade dos cuidados prestados e por conseguinte ao desenvolvimento profissional.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas cientificamente. Estas ações impõem na equipa um elevado grau de operacionalidade e flexibilidade para responder às exigências da sociedade moderna. Tendo em conta o alto grau de complexidade dos contextos de trabalho em ambiente hospitalar, os profissionais de saúde que aí trabalham estão sujeitos a que o seu bem-estar e saúde mental possam ficar comprometidos, levando à ocorrência de problemas de saúde mental (Martins, Campos & Duarte, 2016).

Neste seguimento, enquanto problemática, verifiquei que muitos profissionais referem desde o início da pandemia da covid-19 sintomas de fadiga, de ausência de bem-estar psicológico, de ansiedade, de alterações de humor, de isolamento social e de stress, mesmo em profissionais mais resilientes.

Através de conversas com os diversos profissionais e com os enfermeiros responsáveis, estes referem que a saúde mental é colocada em segundo plano e reconhecem a necessidade de desenvolver estudos nestas áreas. O enfermeiro gestor refere mesmo a necessidade de desenvolver um estudo de investigação neste SU, para que os dados que daí resultem possam contribuir de forma positiva para o desenvolvimento de estratégias/programas de promoção da saúde mental e de prevenção de doenças mentais diminuindo a incapacidade inerente aos problemas de saúde mental dos enfermeiros das unidades de cuidados ao doente crítico da referida instituição hospitalar. Esta problemática e esta solicitação por parte do enfermeiro gestor do SU e pela preocupação relativamente à importância de se avaliar a saúde mental dos enfermeiros e da sua magnitude no contexto atual da pandemia por SARS-CoV-2, foram o ponto de partida para a investigação desenvolvida através da metodologia de trabalho de projeto (domínio da investigação).

Previamente à pandemia por covid-19 a saúde mental já estava fortemente comprometida com altos níveis de stresse ocupacional devido às más condições de trabalho, à sobrecarga de trabalho

e falta de apoio (Lai *et al.*, 2020). Também os ambientes de trabalho dos enfermeiros pela sua complexidade e pelos seus níveis de stresse levam muitas vezes a problemas de saúde mental (Hurley *et al.*, 2020). A alteração da saúde mental dos enfermeiros é muito provável que dificulte a prestação de cuidados de qualidade e segurança (Kinman *et al.*, 2020).

Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a pandemia por covid-19 como uma pandemia ligada a diversos transtornos psíquicos, relacionados com à impotência, ao medo, ao pânico (Orsini *et al.*, 2020).

Desta forma, surge a problemática em estudo, onde o tema é: a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

Os objetivos delineados para a elaboração do presente relatório de estágio são:

- i. descrever as atividades e intervenções desenvolvidas durante a evolução do estágio que proporcionou a obtenção de competências específicas ao enfermeiro especialista;
- ii. refletir de forma crítico-reflexiva os saberes desenvolvidos na prática clínica;
- iii. descrever o processo de aquisição das competências comuns e as competências específicas do especialista em enfermagem médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica (PSC);
- iv. desenvolver um projeto de investigação de avaliação da saúde mental dos enfermeiros prestadores de cuidados à pessoa em situação crítica através da metodologia de trabalho de projeto e, propor o mesmo, à instituição onde realizámos o nosso estágio.

A estrutura deste trabalho será apresentada em cinco capítulos. Início o primeiro capítulo com a introdução onde se espelham os objetivos e a problemática identificada. No segundo capítulo efetuarei uma caracterização das áreas do serviço de urgência de um Hospital da Região Norte onde realizei o estágio e posteriormente farei uma reflexão crítica das atividades e competências desenvolvidas através dos domínios de competência do enfermeiro especialista. No terceiro capítulo desenvolverei a metodologia de trabalho de projeto sobre a problemática real identificada no SU. No quarto capítulo, apresentarei uma reflexão conclusiva do relatório, analisando os seus contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional. Por fim, no quinto capítulo identificarei referências bibliográficas de suporte a este relatório.

Este documento encontra-se elaborado de acordo com as normas de formatação de 2019, Despacho RT 31/2019 da Universidade do Minho, e normas de referências bibliográficas da APA (American Psychological Association) para as referências bibliográficas (7ed.).

2. ESTÁGIO DESENVOLVIDO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE

O presente estágio decorreu no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital da Região Norte de Portugal, no período de 4 de janeiro a 22 de maio de 2021, tendo sido realizadas um total de 420 horas de acordo com o Despacho n.º 11275/2020 do Diário da República, 2.ª série – N.º 223 – 16 de novembro de 2020. O desenvolvimento profissional para a aquisição de competências especializadas pressupõe a realização da formação do estudante, em contextos de estágio diferentes do seu contexto habitual de trabalho, de modo que se possa conjugar os conhecimentos teóricos adquiridos com uma diversidade de experiências vivenciadas nos locais de prática clínica. Os estágios, segundo Esteves *et al.*, (2018), constituem momentos essenciais de aprendizagem pois possibilitam a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como fomentam o desenvolvimento de raciocínio crítico e a tomada de decisão fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz. O contexto do estágio num serviço de urgência pela multiplicidade e especificidade das diferentes áreas que o integram, pressupõe um processo de acolhimento realizado pela enfermeira tutora, bem como por toda a equipa multidisciplinar. Para além deste acolhimento, é preponderante o acompanhamento regular e cooperativo por um profissional especializado. É requerido a este profissional, a este perito, uma supervisão focalizada em apoiar, organizar e ajustar metodologias e estratégias de ensino às necessidades deste estagiário, deste iniciado, para o seu desenvolvimento profissional cabal (Pedras & Seabra, 2016).

Neste capítulo, e tendo em conta a importância que os contextos de estágio assumem no processo de aprendizagem, por forma a contextualizar o trabalho desenvolvido no local onde decorreu a minha formação, passo a descrever as características estruturais, organizacionais e funcionais do serviço de urgência tendo em conta as metodologias de trabalho, dos protocolos de atuação, das normas e regulamentos existentes. Esta integração na equipa interdisciplinar revela-se essencial para o percurso de desenvolvimento de competências, focalizadas na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

2.1. Caracterização das áreas do serviço de urgência

O Hospital onde realizei o meu estágio, desde o dia 4 de janeiro de 2021 constitui-se como Entidade Pública Empresarial (EPE). Está integrado na rede de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Destaca-se, atualmente, pela sua natureza e diferenciação técnico-

científica e pelo impacto importante que tem na comunidade, no que respeita ao contributo assistencial, na educação, na investigação, na saúde e no ensino universitário.

Foi desafiante conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do SU. Para tal foi essencial a orientação da enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) e mestre em enfermagem da PSC, bem como de toda a equipa de enfermagem. Foi também pertinente e de grande ajuda consultar e analisar diversos documentos no Sistema de Gestão Documental (plataforma informática da instituição, onde constam os manuais, normas, protocolos, instruções de trabalho, regulamentos atualizados e sustentados em evidências científicas) que se revela ser fundamental e imprescindível na garantia da qualidade e na uniformização dos cuidados. Assim, o Serviço de Urgência do Hospital é uma unidade orgânico-funcional com cerca de 4.400m², vocacionada para o tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes provenientes do exterior a qualquer hora do dia ou da noite. Trata-se de um serviço polivalente, de acordo com os níveis de responsabilidade definidos no Despacho n. °10319/2014 do MS, o que significa que corresponde ao nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência e emergência, prestando cuidados de saúde a cerca de 1.2 milhões de pessoas com diversas patologias, características e tratamentos.

Este hospital é considerado um hospital de excelência, procurando a melhoria contínua em todos os cuidados prestados, suportado por um conjunto de profissionais, cerca de 3233 colaboradores competentes, motivados e mobilizados. Por este motivo tem obtido o devido reconhecimento pelo seu desempenho, através da renovação da acreditação global pela entidade internacional CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge System*) e certificação de qualidade ISSO 9001: 2019, sendo este já o quinto ciclo de reacreditação do Hospital.

Esta instituição adotou a teoria de enfermagem de Jean Watson – teoria de enfermagem do Cuidar Transpessoal, inserido na Escola do pensamento do *Caring*, que se aplica na missão do Hospital como modelo de conceção e prestação de cuidados, tornando-se a minha referência ao longo do estágio. É uma teoria holística de enfermagem que preconiza uma intervenção consciente nos cuidados potencializando a cura e a integridade.

A teoria do Cuidado Humano continua a evoluir desde meados da década de 1980. Da mesma forma, a teórica sempre reconheceu o cuidado como fenómeno epistémico e ontológico, tornando-se evidente no seu livro *“Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing”* (Watson, 2018), o facto de que o transpessoal está localizado no campo da Ciência do Cuidado Unitário. Watson (2018) utilizou o termo Fatores Caritativos (ou fatores de cuidado, conforme tradução) no seu primeiro

livro para revelar o sentido do cuidado em comparação com o curativo. Segundo Watson, após crescimento pessoal e “jornada interior”, evoluiu os Fatores Caritativos para o Processo *Clinical Caritas*. Com essa alteração, propõe uma ampliação e linguagem mais intensa de energia para o termo “carative”. Entretanto, a autora fazendo conexão entre o cuidado e o amor, por meio dos termos *Caritas* e *Veritas*, expandiu a teoria para *Caritas – Veritas Literacy*.

Relativamente à localização do SU, este encontra-se no piso 1 do Bloco F e o seu acesso faz-se diretamente pelo exterior ou pela Entrada Principal. A nível organizacional o SU segue algumas premissas: separação da Urgência de Adultos da Urgência Pediátrica (incluindo o processo de triagem); a utilização da Triagem de Manchester para atribuição de prioridades de atendimento aos doentes que se dirigem ao SU. O SU é composto pela Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Urgência Ginecológica/Obstétrica (localizada no piso 5), pela Emergência e pela Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU), atualmente também Unidade AVC onde são internados os doentes com Acidentes Vasculares Cerebrais e/ou outras patologias do foro neurológico com necessidade de monitorização permanente.

A Urgência Geral/Adultos encontra-se dividida por áreas funcionais designadas por “postos de trabalho”, tendo em atenção o circuito e tipologia de doentes e de forma a certificar uma prestação de cuidados adequada às necessidades dos doentes, sendo elas: dois postos de triagem; duas salas de emergência; área médica; área cirúrgica/área de trauma; unidade de decisão clínica 1 (UDC1) e unidade de decisão clínica 2 (UDC2). Neste momento, e tendo em conta o atual contexto pandémico está a ser remodelada outra Unidade de Decisão Clínica (UDC), a UDC3. O SU possui sinalética orientadora, definida pela equipa de controlo de infeção, através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos de controlo de infeção (PPCIRA), facilitando o circuito dos doentes, separando-os por “respiratórios” e por “não respiratórios”. Esta necessidade de remodelação e de reorganização de estruturas e de cuidados acontece tendo em conta a atual pandemia por Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) e por este Hospital ser designado como referência para receber casos suspeitos/confirmados de infeção por covid-19. Toda esta situação pandémica acarreta em todos nós exigências e dificuldades de adaptações diárias, quer em contexto profissional como familiar.

Para além destas áreas clínicas o SU é constituído por várias áreas não clínicas, onde se encontram o gabinete do enfermeiro chefe, o gabinete dos administrativos, as salas de pausa, os vestiários e várias salas de stock de material e equipamentos.

Sinto que apesar das circunstâncias (criadas pela pandemia covid-19) fui bem acolhida dentro da equipa de enfermagem, sobretudo pela minha orientadora que mostrou empenho em ser o veículo facilitador da minha aprendizagem enquanto aluna da especialidade. Para tal, foi imprescindível a prestação de cuidados diferenciados e a obtenção do maior número de experiências junto de enfermeiros peritos, que me inculciam o espírito de equipa e crítico, bem como de resiliência perante situações de extremo desgaste físico e mental.

Ao nível dos recursos humanos, o SU apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos, bem como Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). A equipa de enfermagem é constituída por 110 enfermeiros, destes 50 são enfermeiros especialistas (36 em enfermagem médico-cirúrgica; 9 em enfermagem de reabilitação; 5 em pediatria; e 1 em pediatria e reabilitação), importa ainda referir que 12 enfermeiros estão a frequentar a especialidade neste ano de 2021 (7 em enfermagem médico-cirúrgica e 5 em pediatria). Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, e estas por turnos, sendo que o turno diurno possui 21 elementos incluindo o enfermeiro chefe. No turno da noite o número de enfermeiros decresce para 18.

De acordo com Benner (2001), para compreender o significado específico de qualquer cuidado de enfermagem, é absolutamente necessário conhecer o contexto onde ele é realizado, pois cada contexto produzirá um tipo de comportamento.

Assim, tive oportunidade de estagiar na **área de triagem de prioridades**, constituída por dois postos de atendimento, onde é efetuada a triagem do doente de acordo com os fluxogramas da triagem de Manchester. A Triagem de Manchester é um sistema de classificação de doentes atendidos em SU acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e pela Ordem dos Enfermeiros (Grupo Português de Triagem, 2010). Esta permite identificar os doentes mais graves, estabelecendo prioridades, assegurando que estes recebem os cuidados necessários atempadamente. É assegurada por dois enfermeiros durante o dia e um enfermeiro durante a noite para a triagem de adultos e por um enfermeiro nas 24h para a triagem pediátrica. Os enfermeiros que realizam a triagem têm formação específica para tal. Este sistema possui critérios previamente definidos, e o cumprimento estrito dos mesmos pelo enfermeiro permite-lhes orientar o discurso do doente de forma que a triagem seja rigorosa, rápida, evitando possíveis falhas.

Desta forma, o enfermeiro identifica a principal queixa do doente e depois segue o fluxograma de decisão que se apresenta, determinando assim a prioridade, com a respetiva cor de identificação

(o tempo alvo para a primeira observação médica estabelecido pelo Grupo Português de Triagem deve ser respetivamente: emergente – vermelha - zero minutos; muito urgente – laranja - até 10 minutos; urgente – amarela – até 60 minutos; pouco urgente – verde – até 120 minutos e não urgente – azul – até 240 minutos). Este processo é de total competência e responsabilidade do enfermeiro, é uma intervenção autónoma. É também da autonomia do enfermeiro e segundo critérios específicos, ativar as vias verdes existentes no SU, aplicando os protocolos das Vias Verdes (VV), que respondem a situações urgentes e que exigem um atendimento imediato. São exemplo, as Vias Verdes AVC (Acidente Vascular Cerebral), VV Coronária, VV Sépsis e VV Trauma. De facto, o SU funciona como uma “porta de entrada” no Hospital, onde a enfermagem reúne competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento.

A **área da emergência**, constituída por duas salas amplas independentes com ligação entre si, com acesso direto do exterior onde são admitidos adultos e crianças em situação de emergência, trazidos maioritariamente pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), pelo Helicóptero de Emergência Médica e pelas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). É o local do SU destinado à prestação de cuidados emergentes, ou seja, em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012, p. 2). São doentes com patologia médica, patologia cirúrgica e / ou vítimas de trauma. A sala 1, com o plano de contingência resultante da situação provocada pela pandemia, ficou destinada a receber doentes infetados por covid-19, e a sala 2 destinada a receber os restantes doentes. Plano este que não é estanque, pelo que é adaptável ao número e complexidade de casos recebidos. As duas salas de emergência (SE) encontram-se equipadas com material de Suporte Avançado de Vida (SAV). Estas salas são asseguradas por dois enfermeiros, maioritariamente por Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ou na sua ausência, por um enfermeiro perito na área da emergência. Estes dois enfermeiros também asseguram e integram a **equipa de emergência interna**, bem como dois médicos intensivistas.

Tive oportunidade de acompanhar uma ativação intra-hospitalar por Paragem Cardio-Respiratória (PCR) e de participar ativamente na reanimação, visto estar integrada neste processo, mas adquirindo competências na prática de SAV. Desta experiência resulta, um sentimento de dever cumprido e de ajuda, quer ao doente em questão, quer à equipa de internamento que já tinham iniciado o SBV (Suporte Básico de Vida).

Esta equipa especializada de emergência interna tem um papel fulcral na conversão de inúmeras situações limite. Também tive oportunidade de observar a boa prática, que diariamente, os enfermeiros destacados para a SE têm, ao realizarem o teste de operacionalidade dos equipamentos, bem como o registo e arquivo dos mesmos. Além dos testes é necessário garantir as quantidades/validades/conservação dos diferentes materiais/equipamentos presentes na SE. Durante o estágio tive oportunidade de conhecer os materiais e equipamentos, manuseando-os com o objetivo de estar familiarizada com a sua funcionalidade e disposição, bem como questionando para que situações se adequam.

A **Unidade de Decisão Clínica 1 (UDC 1)** é assegurada por três enfermeiros nas 24h que prestam cuidados de enfermagem ao doente com prioridade laranja, amarela, verde e azul com necessidade de permanecer numa maca, bem como ao doente com necessidade de vigilância no SU enquanto aguarda exames complementares de diagnóstico e/ou vaga no internamento ou enquanto aguarda transferência para outra unidade de saúde.

Esta unidade, conforme referi anteriormente é destinada a doentes com patologias diversas, não respiratórias, o que implica receber também doentes vítimas de trauma e doentes considerados muito urgentes (pulseira laranja) com necessidade de monitorização e todos os doentes que foram triados para as VV AVC, coronária ou sépsis.

A experiência, perícia profissional, tomada de decisão perante o reconhecimento e a monitorização de focos de instabilidade é refletida em cuidados especializados a este tipo de doentes, promovendo a sua rápida assistência e encaminhamento para unidades diferenciadas. Exemplo disso, e que tive oportunidade de observar e participar, é a situação de receber diretamente do serviço de triagem um doente com prioridade muito urgente, colocado no box da VV Coronária, onde este é monitorizado, cateterizado acesso venoso periférico, observado por médico de especialidade de medicina interna, o qual prescreve análises de sangue e eletrocardiograma. Posteriormente, tendo sido confirmado o Enfarte Agudo do Miocárdio contacta o médico cardiologista que observa o doente e o encaminha para o laboratório de hemodinâmica. Este doente é acompanhado para o laboratório de hemodinâmica pelo cardiologista e pelo enfermeiro desta UDC e maqueiro. Todo este percurso desde a triagem até ao laboratório de hemodinâmica é feito em 10 minutos.

Considero esta, uma experiência muito enriquecedora, pois a existência das VV melhora a acessibilidade dos doentes na fase aguda da doença aos cuidados médicos, aos meios mais

adequados de diagnóstico e ao tratamento dentro da janela terapêutica eficaz, possibilitando um prognóstico mais favorável quando abordados o mais precocemente possível.

A UDC 1 está organizada em onze unidades que se subdividem cada uma em duas “boxes”, o que perfaz a capacidade de 22 unidades. A sua lotação é frequentemente superior à destinada, sendo alocadas macas no centro da UDC. Desta forma, fica comprometida a privacidade do doente, e a probabilidade de erro e de infecções cruzadas aumenta. Por sua vez o doente nesta situação sente-se fragilizado pela própria doença, tenso e ansioso pelo ambiente desprovido de privacidade.

Neste contexto, observei dois cenários: um onde a intervenção do profissional é norteadada pelo diagnóstico e tratamento da doença subordinando-se ao modelo biomédico, outro, em que este cenário é encarado como um desafio para o enfermeiro especialista, onde este orienta a sua prática profissional tendo em conta modelos de enfermagem direcionados ao doente e à família integrados no seu processo de cura, indo ao encontro da teoria de Watson de enfermagem adotada pela instituição.

Reconheço que neste cenário o desafio é muitas vezes difícil, mas compensador quando se consegue instituir. Exemplo disso, é o caso da Sr.^a X que pela idade (87anos) e pelo quadro de uma infeção urinária ficou mais prostrada e com recusa alimentar, onde foi contactada a cuidadora, a neta Y, e conversando com ela (visto a doente não estar capaz) com o resguardo de um biombo, chegámos à conclusão, que a senhora iria temporariamente com sonda nasogástrica (SNG) para o domicílio (realizando os respetivos ensinamentos ao cuidador) para que pudesse ser alimentada e hidratada sem riscos e até recuperação do seu estado de saúde, envolvendo desta forma a família no processo de saúde/doença da pessoa em situação crítica, constituindo o foco do cuidar do enfermeiro.

Denoto que atendendo ao fluxo intenso e rotatividade de doentes, característico destas unidades, seria produtivo uma metodologia de organização de cuidados, em que cada turno a equipa de enfermagem fosse constituída por mais um elemento, um enfermeiro especialista/perito/referência da equipa multidisciplinar que assumisse o papel de elo de ligação, agilizando e articulando os cuidados em torno do doente com a equipa multidisciplinar, por forma a que os outros enfermeiros pudessem estar mais disponíveis para a prestação de cuidados mais personalizados e em tempo útil ao doente crítico e família. Este enfermeiro, este elo de ligação, teria as competências necessárias para assumir este papel e à luz de uma perspetiva de supervisão clínica dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº 113 de

Junho de 2018) este enfermeiro seria um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, conforme o disposto no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135, 16 de julho de 2018 e conforme Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019.

A **Unidade de Decisão Clínica 2 (UDC 2)** é assegurada por quatro enfermeiros nas 12h diurnas e três enfermeiros nas 12h noturnas, que prestam cuidados de enfermagem a doentes exclusivamente respiratórios em maca ou cadeirão. Esta unidade está dividida em oito unidades, também elas subdivididas em duas boxes cada, o que perfaz a capacidade de 16 unidades. Quando necessário acrescentam-se mais macas no corredor da unidade.

Esta UDC previamente ao contexto pandémico, estava destinada a receber doentes com atribuição de prioridade laranja /ou com necessidade de monitorização e as vias verdes com critérios para permanência nesta unidade.

Neste momento do estágio, esta UDC destina-se exclusivamente a doentes do foro respiratório. Este posto de trabalho implementado no contexto pandémico, torna-se mais exigente do ponto de vista físico e psicológico. Os doentes críticos sentem-se ansiosos e com medo pela possibilidade de estarem infetados por covid-19. Os profissionais, por sua vez, e apesar de todas as incertezas que envolvem esta doença, sentem-se mais confiantes, quer por já estarem na segunda/terceira vaga pandémica, o que se traduz em maior conhecimento em termos das formas de transmissibilidade, quer por já se encontrarem imunizados com a vacina e pela maior acessibilidade aos equipamentos de proteção individual.

Denoto a enorme capacidade de liderança e espírito de equipa de vários enfermeiros, que no meio de tantas solicitações, conseguem direcionar os cuidados de enfermagem e em simultâneo servem de elo de ligação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar para que todo o processo flua da forma mais célere e eficiente. Possuem também balcões de apoio com computadores para registos de enfermagem e clínicos. As intervenções realizadas eram documentadas, elaborando registos dos cuidados usando a metodologia ABCDE através do aplicativo informático “Aplicações de Saúde” da Glint®, já por mim conhecido e que por isso não tive dificuldades na utilização desta aplicação.

A **área cirúrgica/área de trauma** é outro espaço da urgência que durante este período conturbado da pandemia foi sofrendo adaptações e por conseguintes mudanças consecutivas. Inicialmente

esta área era assegurada por um enfermeiro durante as 24h de prestação de cuidados a todos os doentes vítimas de trauma e do foro cirúrgico.

A vigilância dos doentes neste espaço é dificultada pelas condições da estrutura física, uma vez que os doentes em cadeira de rodas ou autónomos aguardam na sala de espera e apenas os utentes em maca aguardam na área de vigilância de enfermagem, uma área ampla aberta. Esta dificuldade torna-se ainda maior pela presença de apenas um enfermeiro alocado a esta área, denotando-se dificuldades para garantir a vigilância adequada a todos os doentes. Adicionando a esta limitação é de referenciar a impossibilidade atual do acompanhamento da pessoa significativa ou do cuidador junto do doente, não os envolvendo a vivenciar os processos complexos de doença. O doente fica mais tempo adjudicado aos profissionais, estando mais suscetível de desenvolver sentimentos de insegurança, medo e por vezes de confusão.

Esta reorganização de espaços, criou um debate entre a equipa de enfermagem, em novas oportunidades de melhoria, no repensar no tipo de atendimento prestados aos doentes críticos e assim analisar novas formas de intervenção. A mudança nem sempre é vista de forma construtiva, mas muitas vezes é compensadora para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e, portanto, de motivação para os profissionais. Partilho da opinião de alguns enfermeiros que a estrutura *open space* e a alocação de mais um enfermeiro nesta área, são mudanças fundamentais para a melhor vigilância clínica e prestação de cuidados para o doente crítico vítima de trauma, preservando ao mesmo tempo a sua privacidade e individualidade.

A área médica é assegurada por um enfermeiro nas 24h e um enfermeiro suplementar no período da tarde (14h30 – 20h30). Aqui são prestados cuidados de enfermagem ao doente do foro médico com prioridades diversas – azul, verde, amarela e laranja, e que possua autonomia ou capacidade para deambular ou mover-se em cadeira de rodas. Neste espaço de trabalho, o número de procedimentos de enfermagem executados aumenta e, para os profissionais aí alocados, este é um fator gerador de stress. O enfermeiro sente-se pressionado e a relação terapêutica de empatia e comunicação fica reduzida, causando frustração no profissional.

Na **Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU)** é admitido o doente crítico com patologia médica e/ou cirúrgica aguda e potencialmente grave ou tendencialmente instável, com necessidade de monitorização invasiva ou não invasiva e com vigilância contínua. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2003 p. 6) as Unidades de Cuidados Intermédios são, “locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais) que permitem

cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais”. Nestas unidades os doentes necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia e por isso, possuem um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados.

De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta unidade enquadra-se numa unidade de nível II. A unidade de nível II tem, segundo DGS (2003), capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, com acesso permanente a médico com formação específica, podendo ou não dispor de acesso ocasional ou permanente a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas especializadas garantindo articulação com unidades de nível superior.

A UCISU por vezes, também recebe doentes de nível III, uma vez que esta unidade está dotada de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica capazes de responder às necessidades diferenciadas do doente crítico, com equipas médicas e de enfermagem funcionalmente dedicadas com presença física de assistência médica qualificada 24h e capazes e implementar medidas de controlo e qualidade e dispor de programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003).

Esta unidade tem a capacidade máxima para 9 doentes, sendo que uma delas com condições de isolamento. Atualmente, e fruto do processo de contingência da covid-19, a unidade AVC está aqui também alocada com capacidade para 5 unidades, quer para as VV AVC quer para outras patologias do foro neurológico.

2.2. Análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas no serviço de urgência

A formação em contexto de estágio, diferente do local de prática clínica habitual, proporciona uma diversidade de experiências, o que se traduz na aquisição de competências especializadas para o desenvolvimento profissional.

Num contexto de formação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em especial na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, o estágio em serviço de urgência torna-se essencial na medida em que para além do atendimento a doentes com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde, dá também resposta a situações emergentes, que pela sua natureza crítica, necessita de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, (...)”

tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135, 16 de julho de 2018, p. 19362).

O domínio dos procedimentos técnicos e científicos nesta área, suportados pela melhor evidência, e a capacidade de os adaptar para uma melhor resposta às necessidades e especificidades da pessoa em situação crítica, é um requisito exigido ao enfermeiro especialista, e este, por sua vez, será reconhecido como “elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (OE, 2017, p. 11).

O curso de especialização em enfermagem reconhece ao enfermeiro especialista “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.99). Para além destes requisitos espera-se do enfermeiro especialista uma atitude crítica e reflexiva capaz de adequar os seus conhecimentos de forma personalizada, de forma holística sem nunca descurar a qualidade dos seus cuidados. Durante este percurso procurei, juntamente com a equipa de enfermagem, prestar cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (MS, 1996) e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135, 16 de julho de 2018.

A pessoa em situação crítica e família constituem o foco do cuidar do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. As competências intrínsecas ao cuidar especializado foram o fio condutor ao longo do estágio para a prática clínica e para a evolução profissional tanto no desenvolvimento cognitivo e técnico, bem como na componente relacional e humana com a equipa multidisciplinar e pessoa/família.

2.3. Competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Independentemente da área de especialidade, e segundo o Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série – N. 26 – 6 de fevereiro de 2019, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios de competências designadas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O termo competência, na área de enfermagem está relacionado com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Oliveira & Queirós, 2015). Para Benner (2001), a competência do enfermeiro é definida como a

capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob as diversas situações com que se depara.

Assim, procurei desenvolver as competências do enfermeiro especialista, apresentadas pela OE no regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crítica nomeadamente: **cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à morte; e maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção** (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135, 16 de julho de 2018).

Foi através de uma atividade sistemática em cada dia nos contextos da prática clínica que me permitiu desenvolver a perícia, enriquecer e aperfeiçoar o meu conhecimento e desempenho profissional.

Domínio da Prestação de Cuidados

De acordo com Benner (2001, p. 40), “há muito para aprender (..) à medida que as enfermeiras descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos que estão no âmbito da arte e da ciência da enfermagem”.

A prática baseada na evidência é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Consiste na utilização de evidência científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para a tomada de decisões sobre as melhores condutas a adotar em cada situação. É uma prática que exige ao enfermeiro uma atualização contínua dos seus conhecimentos, a fim de transportar de forma competente a dicotomia entre a teoria e a prática para o Cuidar, tendo como pilar as ciências humanas, tal como o exposto no Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Artigo n.º 109 da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Estes conhecimentos, estas competências são adquiridas desde cedo na formação inicial de enfermagem, mas para uma prática especializada é essencial aprofundar o Saber e, por conseguinte, um conjunto de competências mais específicas. Segundo Benner (2001) este percurso é designado por: de iniciado a perito, isto é, de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista, e segundo o Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, é aquele a quem se reconhece competência científica,

técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. Este enfermeiro para além das competências comuns adquire competências específicas que lhe proporciona um leque elevado de conhecimentos, competências e habilidades que o capacita para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com rigor técnico-científico, pensamento crítico que lhe permite prevenir complicações e intervir em tempo útil e de forma eficaz (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018).

Depois de uma integração quer no espaço físico, quer na organização e dinâmica do serviço, é chegado o momento de prestar cuidados à pessoa em situação crítica nas diferentes áreas do SU. Na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU), segui o método de trabalho da equipa que é orientado pelo processo de enfermagem e que confere sustentação à prática clínica com vista à obtenção dos melhores resultados.

Os doentes admitidos nesta unidade proveem da sala de emergência, das UDC's, das enfermarias ou do bloco operatório. Assim, quando o doente entra nesta unidade, é recebido e acolhido pela equipa de enfermagem, é monitorizado de acordo com o seu estado hemodinâmico e diagnóstico. É realizada a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a execução e avaliação, isto é, é aplicado o Processo de Enfermagem (PE), criando um plano individual de cuidados em conformidade, tendo como linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Aquando da avaliação inicial, são identificados vários elementos fundamentais para um cuidar holístico, como a avaliação física, incluindo os cinco sinais vitais, as suas crenças, as suas necessidades afetadas bem como a sua pessoa significativa/cuidador/familiar de referência.

O PE é documentado no programa informático instituído nesta unidade, o B-Simple®. Tive a oportunidade de explorar o programa, uma vez que até então era desconhecido para mim, e realizar planos de enfermagem adequados às necessidades do utente e sempre que possível à família.

A fim de melhorar significativamente o prognóstico da PSC, a comunidade científica preconiza uma intervenção precoce, adequada e organizada “*assegurando uma intervenção precisa, (...) eficiente e em tempo útil*” (OE, 2018, p.19363).

. Para tal, é imperativo a implementação de mecanismos organizacionais que facilitem a sua rápida identificação e efetivação de medidas otimizadas de tratamento (DGS, 2010).

Esta necessidade, de prestação de cuidados de forma organizada e eficaz, foi inicialmente sentida como primordial à vítima de trauma, culminando no desenvolvimento de uma metodologia sistematizada de cuidados apresentada pelo American College of Surgeons, que permitiu a abordagem e o tratamento das situações que representavam risco de vida imediato para estas PSC, através de uma sequência lógica de prioridades designada por ABCDE, conhecido pelo “ABCDE do trauma” (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*). As vantagens desta metodologia, tornou-a universalmente aceite pelos especialistas em emergência, uma vez que a sua aplicabilidade foca qualquer PSC e traz benefícios quer no desempenho dos profissionais, quer na qualidade dos cuidados e resultados obtidos (Thim *et al.*, 2012). De acordo com o Manual de Suporte Avançado de Vida do Instituto Nacional de Emergências Médicas (2020), a abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada na avaliação do doente crítico, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com as prioridades estabelecidas pelo ABCDE. Simultaneamente, fornece uma linguagem uniformizada nos registos em processo clínico.

Assim, ao identificar as necessidades de cuidados, fui documentando os diagnósticos de enfermagem relativos a problemas presentes e/ou de problemas potenciais; todas as intervenções realizadas, elaborando registos dos cuidados utilizando a metodologia ABCDE, no sentido de focalizar as prioridades, e sustentar uma intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil à PSC e sua família, exigida na prática avançada de enfermagem. Para a realização de um plano de cuidados adequado à pessoa em situação crítica é exigido ao enfermeiro uma grande aptidão quer nas competências técnico-científicas quer em competências relacionais.

Estas plataformas informáticas, como forma de documentar os registos de enfermagem, são facilitadoras no dia a dia do enfermeiro e dão maior visibilidade à nossa prática, uma vez que é através delas que são extraídos de forma automática indicadores de enfermagem (ausência de úlceras de pressão; ausência de infeção que possam resultar dos cuidados de saúde; ausência de erros na administração da medicação; ausência de quedas; adesão à higienização das mãos), por forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem promovendo a sua qualidade e sendo requisito de uma prática cada vez mais baseada na evidência, sendo por isso suporte na gestão, na formação, na investigação e na tomada de decisão nas políticas de saúde (OE, 2007). Verifiquei que todas as áreas do SU se encontram organizadas de forma funcional e existe por parte da equipa de enfermagem uma preocupação constante na formação contínua, quer em serviço ou participando em jornadas, congressos e Webinars, constituindo um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, contribuindo desta

forma para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Tendo em conta o contexto pandémico em que nos encontramos, a formação estagnou, quer ao nível do centro de formação do hospital, quer ao nível da formação em serviço, a fim de evitar aglomerações e também por forma que todos os recursos estivessem disponíveis para fazer face à pandemia. Ainda assim, estão a retomar-se os momentos formativos de acordo com as recomendações da DGS.

A Ordem dos Enfermeiros, revigora nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que “as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)” (OE, 2001, p.11), sobretudo quando nas intervenções de enfermagem está em causa a adoção de estilos de vida diferentes. A presença da família e/ou cuidador e/ou pessoa significativa em meio hospitalar, para além de ser um elo facilitador na promoção da saúde é uma realidade que advém do princípio da humanização (Gottlieb, 2016). Nesta linha de pensamento o enfermeiro especialista em Enfermagem da pessoa em Situação Crítica **“cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e /ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença crítica e/ou falência orgânica”**, conforme o disposto no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, p. 19363. Os cuidados de enfermagem assentes no princípio da humanização traduzem-se num conjunto de iniciativas que visam a produção de cuidados de saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com o acolhimento, respeito ético e cultural da pessoa doente, bem como da sua família, ou seja, valorização da pessoa como um ser holístico (Sanches *et al.*, 2016).

Ao longo do seu ciclo vital a família experiencia mudanças e desafios que envolvem adaptações e a mobilização dos seus recursos para manter a sua saúde e bem-estar (Cabete *et al.*, 2019). Se algumas transições são previsíveis e desejadas, uma situação de transição saúde/doença, seja aguda ou crónica, interfere na homeostasia do seio familiar, causando momentos de ansiedade, medo, inseguranças e instabilidade emocional (Sá *et al.*, 2015). A fragilidade e vulnerabilidade em que a pessoa doente se encontra individualmente, é vivida coletivamente pela família em que se insere (Mendes, 2018). Como tal, o enfermeiro que cuida da PSC deverá sempre recorrer-se da família com o seu pensamento crítico para compreensão das suas necessidades e por conseguinte elaboração do seu plano de cuidados personalizado e ajustado às suas necessidades.

A doença num dos membros da família acarreta alterações e incertezas profundas nos outros membros da família, colocando-a numa situação de grande ansiedade, exigindo uma reestruturação e readaptação da mesma. Na abordagem holística do cuidar a família é considerada parte

integrante, contudo a satisfação das suas necessidades em contextos críticos, são um desafio para os enfermeiros. A importância do foco de atenção na “família”, na formação de competências como enfermeiro especialista, na área do doente crítico é pertinente para estabelecer uma parceria de cuidados e encarar a família como uma área de avaliação e intervenção.

Apesar do enfermeiro ser o elemento da equipa de saúde que permanece junto do doente durante as 24h do dia, no serviço de urgência, verifiquei que nem sempre é ele o elo de ligação com a família. Para que o doente e família usufruam e adquiram competências essenciais à sua reabilitação é primordial uma colaboração mútua, uma parceria de cuidados entre a equipa de saúde e o doente/família, alcançando-se também desta forma melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Atendendo ao atual contexto pandémico, a pessoa significativa junto do doente nem sempre é autorizada, nem mesmo na UCISU a visita é permitida, só mesmo em situações excecionais, cumprindo as recomendações da DGS. Ainda assim, foi importante verificar que essas situações excecionais aconteciam e este momento era aproveitado para aprender mais acerca da pessoa ajustando assim as suas necessidades, conforme o disposto no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, p 19359, onde consta que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”.

Uma situação marcante neste estágio, pela gravidade envolvida, foi a de um jovem de 47 anos, politraumatizado (trauma facial; trauma torácico, com contusão cardíaca e pulmonar com pneumotórax; trauma dos membros inferiores), vítima de acidente de viação, que pela sua gravidade e instabilidade a equipa de enfermagem autorizou a visita do filho de 12 anos, também internado vítima do mesmo acidente, e da esposa que não sendo vítima era o elo essencial para eles e para nós como equipa de enfermagem. Foi importante para a esposa sentir que estávamos disponíveis para o esclarecimento de dúvidas de forma adequada transmitindo-lhe confiança, apoiando-a no processo de transição saúde/doença.

Neste cenário, foi importante para mim verificar que houve empatia e sensibilidade ao denotarmos a necessidade da pessoa em situação crítica ter a família envolvida no seu processo de doença, promovendo privacidade à família para a exposição de sentimentos e preocupações. Esta percepção e antecipação dos sinais de gravidade, aliado aos conhecimentos técnico-científicos permitiram ao enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, atuar atempadamente, proporcionando aquele momento de partilha de sentimentos, uma vez que o utente cerca de 3h

após a visita entrou em falência respiratória tendo necessidade de ser sedado, entubado e ventilado, e transferido para a unidade de cuidados intensivos.

Na mesma linha de pensamento, o enfermeiro especialista PSC, para além de exercer um papel fundamental no processo de cuidar da pessoa e família a vivenciar processos de doença complexos, também exerce um papel essencial na promoção do conforto à pessoa em fase terminal bem como na “dignificação da morte e processos de luto”. Esta situação foi experienciada, aquando da verificação do estado de morte cerebral após hemorragia intracraniana extensa, permitindo e estimulando a presença da família junto da pessoa na SE, estabelecendo uma relação de empatia facilitando a gestão de sentimentos e sobretudo dignificando a pessoa em falência orgânica.

Por outro lado, senti-me de certa forma dececionada por a equipa de enfermagem nem sempre manter esta relação de proximidade com a família/cuidador do utente no SU; uma falha de comunicação que sobretudo neste tempo pandémico se torna mais agravada. Habitualmente a informação é transmitida por telefone pela equipa médica. Abordei este tema com a equipa, sendo motivo de reflexão para todos nós e uma oportunidade de melhoria para o desenvolvimento das nossas competências. Por sua vez, a comunicação e a interação com o utente é cuidada, existe uma relação terapêutica de reciprocidade com o enfermeiro e o utente. Cabe ao enfermeiro especialista um olhar abrangente, proporcionando uma conceção de cuidados, de gestão e supervisão com inclusão do doente e da família.

O enfermeiro especialista, na assistência à pessoa em situação crítica e sua família, **mobiliza conhecimentos e múltiplas habilidades para responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade dos problemas de saúde e as respostas necessárias**, conforme o disposto no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, pelo que uma das suas características principais é identificar e responder de forma proactiva a focos de instabilidade.

Estar preparado para o imprevisto é uma condição intrínseca aos cuidados à PSC, que exige uma abordagem distinta e especializada. A importância da vigilância clínica e o antever focos de instabilidade são características essenciais naqueles que cuidam de doentes críticos, características estas que já detinha da minha prática em unidade de cuidados intermédios de cardiologia, mas que sublimei com as experiências vividas e com a partilha com os pares. Durante este estágio procurei pautar a minha abordagem sempre com o intuito de dar a melhor resposta às necessidades dos doentes/família.

Esta experiência em ambientes muitas vezes adversos e de elevada complexidade, proporcionou-me uma visão mais alargada dos cuidados diferenciados, permitindo um pensamento crítico-reflexivo mais aprofundado dos cuidados prestados. Para tal participei de forma proactiva e em equipa nas diferentes situações com que me deparei, colmatando algumas dificuldades com o apoio da equipa multidisciplinar, que me proporcionaram momentos de grande aprendizagem e de partilha de conhecimentos.

No decorrer deste estágio pude alargar conhecimentos no que concerne às diferentes patologias com que me deparei e tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem diferenciados em doentes críticos vítimas de: AVC isquémico com ou sem trombectomia ou com trombólise; AVC hemorrágico; Enfarte Agudo do Miocárdio; Meningite bacteriana; Pneumonia e Insuficiências Respiratórias graves por SARS-COV-2; Acidemia Respiratória; DPOC agudizadas; Choque neurogénico; Choque séptico; Urosepsis; Tromboembolismo Pulmonar maciço; Hemorragia Digestiva Alta; Colite infecciosa; Aneurisma da Aorta Abdominal – rotura; Pneumotórax; Politraumatizados: Traumatismo Crânio Encefálico, Traumatismo Vertebro Medular, Traumatismo Facial, Traumatismo torácico, Traumatismo Abdominal; Pneumotórax e Hemotórax; Cetoacidose diabética; Insuficiência Renal Aguda; Pós operatórios de cirurgias major; Hemorragia Subaracnoídea; Intoxicações Voluntárias medicamentosa ou por inseticidas; Síndrome Abstinência Alcoólica/Tabaco e outras drogas; Zoonose - Leptospirose; Síndrome de Guillain-Barré.

Todas estas patologias permitiram-me estudar e rever conceitos através da pesquisa bibliográfica e dos protocolos do serviço e da partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, bem como desenvolver um pensamento crítico acerca de determinados procedimentos e cuidados de enfermagem especializados e diferenciados (abordagem à via aérea artificial; ventilação mecânica invasiva e não invasiva; interpretação de gasometrias; manutenção e manuseamento de cateteres arteriais e centrais, drenos, trações esqueléticas, ostomias; monitorização hemodinâmica invasiva; monitorização ventilatória; uso de técnicas de substituição renal; gestão farmacológica). As questões pertinentes colocadas pela minha orientadora exigiram um pensamento analítico focado quer no modelo biomédico, quer no modelo de enfermagem preconizado neste hospital, orientado para um cuidar centrado na pessoa/família e de reciprocidade entre o profissional e o doente, tendo como meta o cuidado holístico, no qual a pessoa é vista na sua totalidade, independentemente da enfermidade que venha a possuir.

Outra situação por mim vivenciada, e onde também participei de forma proactiva, foi de um jovem de 46 anos vítima de acidente de trabalho, que resultou na amputação traumática do membro

superior direito por torção ao nível do ombro. Antes mesmo da sua chegada o CODU comunicou previamente a sua vinda ao responsável de turno do SU. Assim, quer a SE, quer toda a equipa multidisciplinar já estava preparada para o receber.

A celeridade em estabilizar esta vítima era crucial, como tal foram identificados prontamente focos de instabilidade, através da execução de cuidados técnicos de alta complexidade, como a monitorização invasiva dos sinais vitais, assim como a sua interpretação, da colheita de sangue para descartar distúrbios hidroeletrólíticos bem como para tipagem, uma vez que era uma vítima em eminência de entrar em choque hipovolemico.

Todo este conjunto de intervenções foram executadas de forma eficaz e eficiente, por forma a evitar futuras complicações e de modo a conseguir o reimplante do membro amputado (mantido devidamente acondicionado em caixa térmica com gelo, sem contacto direto com o mesmo e em bom estado de conservação) de forma apropriada, precavendo repercussões maiores sobre a vida da pessoa.

Apesar de se encontrar estável do ponto de vista hemodinâmico, consciente e ventilando espontaneamente em ar ambiente, com garrote em torniquete colocado no coto e com boa resposta à reposição com cristaloides, referia dor score 10 na escala numérica da dor, que foi gerida tendo em conta o seu bem-estar. A dor, enquanto 5.º sinal vital é reiteradamente foco de atenção e avaliação por parte do enfermeiro. Alinhado com a execução dos cuidados, já abordada anteriormente, outra das competências do enfermeiro especialista em enfermagem da PSC é a “(...) gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018), demonstrando habilidades de adaptação da comunicação à complexidade da situação crítica envolvendo a família neste processo, de acordo com a sua vontade que era a preocupação com os filhos e estar com o irmão (neste caso telefonou-se ao irmão e pediu-se para ele se dirigir ao hospital).

Em qualquer contexto de atuação, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem um papel de relevo na área do controlo da infeção e gestão e do risco dado o **“(...) o elevado risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita (...)”** (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, p.19364).

Durante este estágio, verifiquei grande preocupação de toda a equipa no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção em todos os procedimentos, mesmo em situações de maior complexidade e de urgência, boa prática que também procuro sempre seguir, em conformidade com o disposto no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, p 19359, onde consta que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica **“maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”**.

A fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC, pude verificar a existência de manuais de gestão de resíduos, instruções de trabalho específicas sobre os circuitos de sujios no SU, planos de higienização de materiais e equipamentos e circuitos de casos suspeitos/confirmados entre o Serviço de Urgência e os Internamentos covid-19.

Existe um elemento da equipa de enfermagem destacado como dinamizador do controlo de infeção, que é responsável por sensibilizar o cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeção. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica possui um papel preponderante a este nível, sendo uma das suas competências e que é transversal a todos os cuidados de enfermagem. A exigência e complexidade de cuidados do doente crítico implica que a equipa garanta a segurança dos procedimentos de enfermagem em tempo útil e de forma adequada. As inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e no tratamento associado ao doente crítico exigem preocupação com o controlo da infeção.

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos continuam a ser problemas atuais e a nível internacional, culminando na dilatação da mortalidade e morbilidade, no aumento de dias de internamento, e, por conseguinte, no aumento de custos em saúde (DGS – Infeções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário, 2018a). De salientar que a utilização correta e frequente de EPI (Equipamento de Proteção Individual) pelos profissionais, associada à higienização das mãos e ao seguimento de técnicas assépticas nos procedimentos invasivos, desempenha um papel crucial na redução do risco de infeção, bem como, para sua própria proteção.

Os enfermeiros especialistas do SU e enfermeiros de cuidados gerais possuem formação interna e externa, habilidades e competências, assumindo um papel preponderante no controlo da

infecção. Durante o estágio cumpro as técnicas e procedimentos de controlo de infeção, respeitando e adotando as medidas de prevenção adequadas aos tipos de transmissão de acordo com as recomendações do PPCIRA. Procurei de igual forma sensibilizar outros colegas da equipa multidisciplinar, utentes e famílias a adotarem comportamentos seguros, aderindo às boas práticas no que diz respeito à adoção de estratégias para o controlo da infeção.

Denoto que este tempo pandémico veio despertar ainda mais a consciência de cada um de nós para o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo de Infeção para prevenir o contágio, sendo de valorizar o esforço de todos os profissionais para alcançarmos o bem comum. Mas este esforço em torno das precauções de segurança e higiene torna mais difícil prestar cuidados em tempo útil e eficazes, levando à exaustão física, psicológica e emocional dos enfermeiros e de outros grupos profissionais. Os profissionais de saúde, e em particular os profissionais do SU, estão sem dúvida, na linha da frente no combate à covid-19.

No interesse de me manter atualizada nesta matéria e fundamentar a minha prática nas mais recentes evidências científicas, para além dos documentos pesquisados e disponibilizados pela DGS, as diretrizes preconizadas pelo PPCIRA, também participei Curso de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos que decorreu no dia 19 e 20 de maio de 2021 no Hospital onde decorreu o estágio, juntamente com os enfermeiros dinamizadores do PPCIRA de cada serviço.

Durante o exercício profissional as questões e dilemas éticos surgem constantemente sob diversas formas, e não se apresentam sempre fáceis quanto à sua aplicação prática. Os princípios éticos da reserva da intimidade, da autonomia dos doentes, da beneficência e da não-maleficência, são conceitos fulcrais na área da saúde, para prestação de cuidados humanizados que respeitem a dignidade e o valor da pessoa humana. Neste sentido, reflito acerca do direito à privacidade e sigilo no SU – os doentes nas UDC's, muitas vezes em situações vulneráveis do ponto de vista clínico, sem capacidade para a tomada de decisão, encontram-se muito próximos uns dos outros, e espaço é exíguo para a quantidade de doentes, o que dificulta o direito à privacidade e ao sigilo. O que é possível fazer em termos de privacidade é feita através de biombos que se vão mobilizando e sempre que é possível baixando o tom de voz, atitudes possíveis, mas insuficientes para que o doente tenha os seus direitos salvaguardados.

Neste contexto, o enfermeiro especialista na PSC adota um comportamento assente nos princípios da bioética de Beauchamp e Childress: da autonomia, da beneficência, da não beneficência e da justiça; no seu Código Deontológico, no artigo 99.º, integrado no Estatuto da Ordem dos

Enfermeiros da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, como guias orientadores nas suas tomadas de decisão, tendo em conta a dignidade da pessoa e a sua individualidade. Tendo em conta estes princípios éticos que norteiam a profissão de enfermagem procurei sempre agir em sua conformidade bem como através das normas e procedimentos legais que regulam a nossa profissão.

De acordo com, disposto no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, p 19363, onde consta que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica **“dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”** devendo participar ativamente dos planos de catástrofe ou emergência, bem como no planeamento da resposta concreta perante as pessoas ou emergências.

As catástrofes e as situações de exceção são acontecimentos imprevisíveis que levam à procura súbita dos cuidados de saúde urgentes, podendo originar um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, impondo para tal uma atuação coordenada e criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (INEM, 2012). Para se conseguir dar uma resposta eficaz a potenciais situações que possam ocorrer, intervindo rápida e precocemente de forma a limitar as consequências do acontecimento é necessário a elaboração de um plano de intervenção e catástrofe, existente no SU e disponível na intranet, no Sistema de Gestão Documental. O objetivo principal é permitir a esta unidade de saúde fazer face a uma situação excepcional, mantendo uma continuidade de cuidados de saúde, preservando, simultaneamente a segurança dos doentes e profissionais.

Paralelamente a este plano de catástrofe do hospital existem planos setoriais associados, com o objetivo de adaptar os procedimentos do plano geral do hospital às especificidades de cada serviço. Só um conhecimento por parte de todos os colaboradores, permite, se houver necessidade, a sua eficaz operacionalização.

O enfermeiro especialista da PSC, desempenha um papel preponderante nesta esfera de ação, na medida em que pelos seus conhecimentos e competências adquiridas, participa ativamente na conceção dos planos de catástrofe ou emergência, bem como no planeamento da resposta e na colaboração da coordenação da equipa de enfermagem em articulação com os restantes profissionais no caso de uma situação desta natureza.

Domínio da Formação

Na profissão de enfermagem, a formação adquire um papel indubitável uma vez que a sua área de intervenção comporta uma evolução tecnológica e científica constante, que o enfermeiro terá de acompanhar, contribuindo desta forma, eficazmente para a mudança no desempenho, para o desenvolvimento de competências e consequentemente para a melhoria da prática profissional, além de proporcionar sentimentos de realização e valorização profissional e pessoal.

Segundo Benner (2001), “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (p. 23). Ainda segundo Benner (2001), a formação promove o aumento de competências e suscita ao enfermeiro a reflexão sobre as suas práticas capacitando-o a defrontar as dificuldades do dia a dia. Em contrapartida, “práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria” (p.31).

O enfermeiro deve então **“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”**, conforme o descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da OE – Artigo n.º 97 da lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Torna-se então evidente que para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados torna-se essencial a formação constante dos profissionais de saúde, onde se inclui a formação em serviço, constituindo-se desta forma um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências importantes no cuidar da pessoa em situação crítica.

Relativamente ao impacto da especialização em enfermagem, Lopes, et al. (2018), num estudo que realizaram solicitado pela OE, concluíram que os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, tendem a participar em ações de formação contínua com mais frequência.

A atualização dos seus conhecimentos é da responsabilidade única de cada enfermeiro. Ainda assim, é boa prática do Hospital onde realizei o meu estágio, através da Unidade Formativa a existência de formações anuais obrigatórias, tendo em conta o local de trabalho de cada colaborador, para além das formações facultativas oferecidas àquele que assim o desejar. As temáticas abordadas nas formações em serviço são fruto da auscultação da equipa sobre matérias em que se detetam carências e necessidades de formação.

O SU é um serviço em que a elevada afluência, imprevisibilidade e multiplicidade de condições de saúde da pessoa, exige dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, um conjunto ímpar de conhecimentos, destreza e capacidade de resolução de problemas em tempo útil e de forma eficaz (Brazão *et al.*, 2016).

Como tal, no serviço de urgência existe um plano interno de formação contínua atualizado anualmente, conforme as necessidades sentidas pela equipa, com vista à excelência e à qualidade dos cuidados prestados e por conseguinte ao desenvolvimento profissional, indo ao encontro dos PQCE (OE, 2001, p.18).

Atendendo ao contexto pandémico em que nos encontramos, a formação quer ao nível do centro de formação do hospital, quer ao nível da formação em serviço foram canceladas para que todos os recursos estivessem disponíveis para fazer face à pandemia. Contudo, paulatinamente, e por necessidade extrema de formação específica aos profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados à PSC vítimas de covid, foram-se retomando os momentos formativos, pelo que tive oportunidade de estar presente em algumas formações, nomeadamente: formação acerca da ventilação invasiva e ventilação não invasiva – sistema humidificado de alto fluxo; técnicas de substituição renal; prevenção e controlo de infeção – temas estes com elevada pertinência tendo em conta a situação atual em que vivemos.

Estas formações permitem uma atualização sistemática dos conhecimentos para a melhoria do desempenho enquanto enfermeiros e para a uniformização dos cuidados. O atual cenário pandémico acarretou às instituições hospitalares pressões para a abertura de maior número de camas destinadas a doentes críticos vítimas de covid-19 e, por conseguinte, a necessidade de formar e integrar profissionais qualificando-os por forma a torná-los capazes de responder ao aumento de doentes com formas de expressão mais graves da doença.

Contudo, aferi junto da equipa de enfermagem, que a necessidade de formação não foi totalmente colmatada. Ao longo do estágio verifiquei que muitos profissionais referem desde o início da pandemia da covid-19 sintomas de fadiga, de ausência de bem-estar psicológico, de ansiedade, de alterações de humor, de isolamento social e de stress, mesmo em profissionais mais resilientes. Através de conversas com os diversos profissionais e com os enfermeiros responsáveis, estes referem que a saúde mental é colocada em segundo plano e reconhecem a necessidade de desenvolver estudos nestas áreas para que os dados que daí resultarem possam contribuir de forma positiva para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, diminuindo a incapacidade inerente aos problemas de saúde

mental dos enfermeiros das unidades de cuidados ao doente crítico da referida instituição hospitalar. Esta problemática foi o ponto de partida para a investigação que irei desenvolver no capítulo 3.

Como futura enfermeira especialista e tendo em conta a complexidade do contexto de estágio, procurei demonstrar uma postura dinâmica, perspicaz e pesquisei, atualizando constantemente o conhecimento teórico para assim conseguir colmatar algumas limitações e alicerçar a minha prática, o meu pensamento crítico e juízo clínico, bem como a tomada de decisão de uma forma mais autónoma, no sentido da melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados.

Domínio da Gestão

Relativamente à gestão e dinâmica do serviço de urgência, a figura central é o enfermeiro chefe, enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como sendo o responsável pela gestão de todo o serviço de urgência e da avaliação dos cuidados. Assim o horário quer da equipa de enfermagem quer da equipa dos assistentes operacionais é realizado pelo enfermeiro chefe, que sempre que possível é ajustado aos pedidos pessoais dos colaboradores tendo em conta as necessidades do serviço. Em simultâneo com o enfermeiro chefe há um enfermeiro responsável de turno, sendo sempre um enfermeiro especialista. Cada área do SU possui um enfermeiro responsável por forma organizar, mobilizar e coordenar a área a si adstrita.

Durante o estágio foi possível acompanhar a enfermeira responsável de turno e de serviço nesse dia por ausência do enfermeiro chefe, acompanhando-a na realização de atividades de gestão inerentes ao papel que lhe foi atribuído, colaborando com ela nessa função. Esta função é uma das funções que poderá ser da competência do enfermeiro especialista, conforme o exposto em Diário da República, no regulamento n.º 140 (2019, p. 4745), o enfermeiro especialista **“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação da equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia de cuidados”**.

Assim, é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno a elaboração do plano de trabalho de enfermagem e dos assistentes operacionais para o turno seguinte, articulando os postos de trabalho com os elementos disponíveis para esse turno, de modo que rodem pelas diferentes áreas de trabalho, como é prática deste serviço, e de modo que cada posto de trabalho tenha um elemento especialista ou perito na área.

O responsável também substitui os elementos em falta; faz rondas periódicas por todos os postos de trabalho a fim de mobilizar elementos de outras áreas com menos solicitações para áreas mais sobrecarregadas, garantindo desta forma a otimização da qualidade e segurança dos cuidados. Este elemento também tem a função de acondicionar e enviar amostras de provas de vítimas com suspeita de violência e/ou abuso sexual; amostras para pesquisa de álcool ou outras substâncias psicotrópicas para o Instituto de Medicina Legal do Porto, que são armazenadas em frigorífico próprio com chave, localizado no gabinete do enfermeiro responsável de turno, o que acontece todas as quintas-feiras.

Também é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno controlar a reposição dos materiais de sutura e penso e da farmácia, pedindo reforço de algum material se assim for necessário, bem como controlar a utilização eficiente dos recursos existentes; conferir e solicitar a reposição dos estupefacientes; solicitar reparações de materiais/equipamentos danificados em aplicação informática própria INFOR.

Durante o turno da noite o enfermeiro responsável de turno acumula também a função de gestor de camas do hospital e da coordenação de enfermagem.

Na minha prática profissional desempenho o papel de responsável de turno e de enfermeira de referência e gestão do serviço e esta oportunidade de partilha de experiências enriqueceu as minhas competências neste domínio. Destaco a grande capacidade de liderança e gestão de recursos da Enfermeira Especialista que acompanhei, com habilidades de comunicação, motivação da equipa, congruência, rigor, disciplina, capacidade de resposta em tempo útil, capacidade de adaptação ao imprevisto, planeamento e empatia, características representativas de um líder, e neste caso em particular a certificação da importância do papel do enfermeiro especialista na gestão de um serviço.

Uma das funções do enfermeiro gestor consiste na organização dos cuidados de enfermagem. Esta atividade passa pela escolha do método de trabalho e pelo planeamento e distribuição dos cuidados de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), a metodologia de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, maximizando a sua eficácia. Como tal, o responsável pela organização e gestão dos cuidados de enfermagem deve fazê-lo por forma a que estes cuidados sejam eficazes e eficientes, tendo em conta os objetivos da instituição, as características dos doentes (dependências, quantidade), bem como os recursos humanos e materiais disponíveis (Marquis & Huston, 2009). Reforça-se neste sentido, que para garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade

dos cuidados de enfermagem, competência no domínio da gestão, cabe ao enfermeiro gestor promover o planeamento da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros integrados na sua equipa, bem como assegurar a organização, coordenação e avaliação dos mesmos, conforme o exposto em Diário da República no regulamento n.º 101 (2015, p. 5950).

Esta metodologia traduz a forma como os enfermeiros prestam e organizam os cuidados à pessoa (Huber, 2006), sendo os métodos mais conhecidos, o método funcional, o individual, o de equipa, o de enfermeiro de referência e mais recentemente de gestão de casos (Marquis & Huston, 2009). Estes métodos podem ser divididos, de acordo com o foco da sua atenção, em dois grupos, os centrados na tarefa (método funcional) e os centrados na pessoa (método individual, de equipa, de referência e gestão de casos).

A escolha desta metodologia de trabalho, prende-se com a influência que esta pode apresentar quer nos ganhos em saúde e no grau de satisfação dos utentes e suas famílias, assim como na satisfação dos próprios profissionais. Desta forma, os enfermeiros gestores têm influência no funcionamento dos serviços, na satisfação e motivação dos enfermeiros e, por conseguinte, na qualidade dos cuidados prestados (O'Donnell, *et al.*, 2012).

A enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar e conforme é referido por Santos *et al.*, (2013), a gestão de cuidados centra-se no doente e nas suas necessidades, compreendendo ações educativas, administrativas e de cuidado em prol do mesmo, ou seja, concentra-se em desenvolver condições e organizar o trabalho em função do processo de cuidar. A gestão de cuidados em enfermagem (...), independentemente da metodologia de trabalho escolhida, é um instrumento para alcançarmos a assistência e, como tal, contém a possibilidade de propor mudanças, implementá-las e instituir novas ações (Lima, *et al.*, 2016, p. 29).

Florence Nightingale foi a primeira enfermeira gestora a utilizar um método de planeamento de recursos humanos. Este método era intuitivo e baseava-se na subjetividade, isto é, os enfermeiros eram distribuídos de acordo com as tarefas e gravidade dos utentes (Magalhães, *et al.*, 2009).

Atualmente a organização dos cuidados de enfermagem no SU segue os princípios do método centrado na pessoa, o método individual e/ou equipa de trabalho, dependendo do posto de trabalho onde se está alocado. Por vezes, e tendo em conta a maior afluência de utentes ao SU este método de trabalho passa muitas vezes pelo método funcional.

Face às exigências da pessoa em situação crítica, e refletindo sobre a prática profissional, os cuidados necessários, exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica,

pelo que o trabalho em equipa se torna no mais eficaz. Neste contexto Abreu *et al.* (2005), refere que no trabalho em equipa, deverá haver uma gestão no sentido de integrar habilidades e talentos individuais, numa habilidade coletiva para produzir resultados mais efetivos e eficientes. O foco do trabalho em equipa é baseado no esforço coletivo, na busca de objetivos e nas metas comuns, em clima de confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre os seus membros. Este método de trabalho, tendo em conta o contexto de serviço de urgência pareceu-me adequado, uma vez que em situações de emergência, é impossível aos profissionais de saúde trabalharem isoladamente, quer devido à complexidade das situações apresentadas pelo utente, quer devido ao volume de tarefas a executar em simultâneo, quer também devido ao desenvolvimento tecnológico.

Os profissionais de saúde que desenvolvem o seu trabalho em urgência/emergência devem possuir para além do conhecimento teórico/prático, requisitos e características facilitadoras, que de acordo com Lazaroto (2004) e Matney (2016) são o equilíbrio emocional e autocontrolo, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade física e mental para a atividade, iniciativa, perícia, facilidade de comunicação e capacidade de trabalhar em equipa. Para se conseguir esta eficácia, para além do trabalho em equipa e do bem-estar físico e mental dos profissionais é fundamental a dotação adequada de enfermeiros para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo adequando os recursos humanos às necessidades de cuidados (OE,2019a), sendo esta uma preocupação diária por parte do enfermeiro chefe ou responsável de turno, onde esta gestão é realizada em cada turno tendo em conta a plasticidade do serviço de urgência.

Desta forma, a gestão do SU invoca à organização, à distribuição de tarefas tendo em conta os recursos disponíveis, de acordo com as competências do profissional de saúde, envolvendo a pessoa e família em todo o processo de doença e recuperação.

Domínio da Investigação

De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro de 1996. p. 2961, **“os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e acessória, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”**.

Os ambientes de trabalho muito complexos e stressantes como é o caso dos SU, leva muitas vezes a problemas de saúde mental nos profissionais de saúde, sendo neste sentido difícil a prestação de cuidados com qualidade e segurança (Kinman *et al.*, 2020). A manutenção do bem-estar e da

saúde mental dos enfermeiros do SU, particularmente neste período pandêmico, revelou-se num desafio diário para estes profissionais.

Para além do trabalho avassalador, o medo da exposição à covid-19, o medo de ser infetado e de infetar a família, a morte de doentes, a doença de colegas de trabalho, a falta de conhecimento acerca de terapêuticas eficazes para controlar e parar o vírus, são fatores que têm contribuído para o declínio da saúde mental dos enfermeiros (Lai *et al.*, 2020).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas cientificamente, impondo na equipa um elevado grau de operacionalidade e flexibilidade para responder às exigências da sociedade atual. É extremamente importante ao enfermeiro, nomeadamente em contexto de urgência/emergência” (...) manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (OE 2015b).

Tendo em conta o alto grau de complexidade dos contextos de trabalho em ambiente hospitalar, onde o ambiente é particularmente stressante, os profissionais de saúde que aí trabalham, nomeadamente os enfermeiros cuidadores de pessoas em situação crítica, estão sujeitos a que o seu bem-estar e saúde mental possam ficar comprometidos, levando à ocorrência de problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, e por conseguinte, na qualidade e na eficácia dos cuidados prestados (Martins *et al.*, 2016).

Como referi anteriormente, foi através de conversas informais com os diversos profissionais e com os enfermeiros responsáveis, que observei que a saúde mental dos enfermeiros durante a pandemia ficou em segundo plano. O enfermeiro gestor do SU refere que muitos profissionais mencionam desde o início da pandemia da covid-19 sintomas de fadiga, de ausência de bem-estar psicológico, de ansiedade, de alterações de humor, de isolamento social e de stress, mesmo em profissionais mais resilientes. O mesmo refere a necessidade de desenvolver um estudo de investigação neste SU, para que os dados que daí resultem possam contribuir de forma positiva para o desenvolvimento de um programa de promoção da saúde mental e de prevenção de doenças mentais. Esta problemática e esta solicitação por parte do enfermeiro gestor do SU, foi o ponto de partida para a construção do projeto de investigação que irei desenvolver no capítulo seguinte.

3. METODOLOGIA

Ao longo deste estágio pretendo adquirir e desenvolver conhecimentos e competências pessoais, enquanto enfermeira especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, como tal adotei a metodologia de trabalho de projeto por forma a estabelecer a ponte entre a teoria e a prática, tendo em conta situações reais. Esta metodologia permite a execução de “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo & Ferrito, 2010).

Assim, a metodologia de trabalho de projeto permitiu-me, através de um conjunto de técnicas, procedimentos e estratégias, orientar o sentido do meu percurso com o objetivo de analisar e resolver um problema, estabelecendo-se uma dinâmica entre a teoria e a prática (Ruivo & Ferrito, 2010).

As etapas conducentes da metodologia de trabalho de projeto são: i) diagnóstico da situação; definição de objetivos; ii) planeamento; iii) execução; iv) avaliação; v) divulgação dos resultados (Ruivo & Ferrito, 2010).

3.1. Diagnóstico da situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto que “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.10). Este diagnóstico é contínuo e atualiza-se constantemente “tendo em atenção as alterações da realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.10).

Desde o início deste estágio no SU e UCISU analisei eventuais necessidades dentro da equipa de enfermagem, com o propósito de estudar um problema com o qual me deparei, com o intuito de melhorar e aperfeiçoar a prática individual ou coletiva destes enfermeiros. Para tal foi importante contextualizar o ambiente onde foi identificado esse problema, bem como as oportunidades, os desafios e as aprendizagens obtidos a partir de diversos cenários, durante o estágio onde estive incluída, já descritos no capítulo anterior. Segundo, Ruivo e Ferrito (2010) projetar é “assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”.

Tornou-se essencial as conversas com o enfermeiro gestor, na pessoa do enfermeiro chefe do SU, com os enfermeiros especialistas dos diferentes colégios, com os enfermeiros da PPCIRA, com os

enfermeiros do grupo da qualidade e gestores do risco, entre os outros pares, a fim de detetar inquietações, carências, problemáticas, bem como sugestões, teóricas ou práticas, que contribuíssem para uma melhoria na sua atuação enquanto enfermeiros cuidadores da pessoa em situação crítica.

Durante este estágio desenvolvido no atual contexto pandémico no SU/UCISU, o conceito de bem-estar físico e mental do enfermeiro era uma constante, estando a saúde mental intimamente ligada à saúde física e comportamental, sendo este bem-estar que nos permite responder de forma positiva às adversidades, o que muitas vezes não acontecia. Durante este período ocorreram mudanças no processo de trabalho dos enfermeiros que os afetavam física e psicologicamente, como por exemplo: execução de tarefas que não pertenciam à sua rotina diária, mudança de equipa ou de serviço, além da necessidade de reorganizar a sua vida pessoal e social pela necessidade de realização de turnos extras, provocando nestes profissionais sentimentos de medo e ansiedade. A constatação desta problemática suscitou a minha atenção/interesse, sendo também uma preocupação da equipa de enfermagem. Após diálogo com o enfermeiro gestor do serviço, verificamos que não existia qualquer avaliação psicológica/saúde mental dos enfermeiros, mesmo daqueles que apresentavam absentismo por doença psiquiátrica durante este período. A equipa de saúde ocupacional do hospital estava totalmente dedicada à problemática da covid-19. Em contexto pandémico, e nesta instituição, unicamente foi colocada à disposição dos enfermeiros uma linha telefónica de apoio psicológico a todos os profissionais que desejassem solicitar ajuda. Neste sentido foi meu objetivo desenvolver e propor à instituição um projeto de investigação de avaliação da saúde mental dos enfermeiros prestadores de cuidados à pessoa em situação crítica, contribuindo os seus resultados para a criação de um gabinete constituído por equipa multidisciplinar permanente de apoio aos enfermeiros e elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde mental.

Ao longo dos tempos a ideia de saúde mental foi sempre contextualizada numa perspetiva psicopatológica (Ribeiro, 2001). Foi apenas na década de 70, que se passou do conceito da Doença Mental ou Psiquiátrica à Saúde Mental, numa orientação positiva. Foi desde então que se tornou pertinente a avaliação da saúde mental da pessoa, quer no contexto da doença, quer no estado de bem-estar psicológico, indo ao encontro da definição atual da OMS (2019) que menciona que a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades.

Atualmente o conceito de saúde mental é entendido não apenas como ausência de doença, mas pelo contrário, agrega uma visão compreensiva e integrativa da pessoa, além de uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e físicos (OMS, 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde não existe uma definição oficial do termo saúde mental. No entanto a organização define-a como, o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, percebendo o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (OMS,2019). Esta definição holística de saúde comporta dois pressupostos inequívocos: de que não existe saúde sem saúde mental e que a saúde deve ser vista, para além da ausência de doença, como um estado positivo de bem-estar físico, mental e social. Desta forma, a saúde mental é parte integrante da saúde, e é mais do que a ausência de doença mental estando intimamente ligada à saúde física e comportamental, é um bem-estar em que nos permite responder de forma positiva às adversidades.

O trabalho de enfermagem nas Unidades de Cuidados a doente críticos, como é o caso do SU/UCISU, traduz um alto grau de complexidade tecnológica, onde o ambiente é particularmente stressante e onde os doentes se encontram em estado crítico, requerendo dos enfermeiros assistência altamente especializada. Todo este contexto de trabalho em ambiente hospitalar, coloca o enfermeiro sujeito a que o seu bem-estar e a sua saúde mental possam ficar comprometidos, levando à ocorrência de problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade (Martins *et al.*, 2016). A saúde mental, é o resultado de uma relação dinâmica e interatuante entre diversos fatores (biológicos, socioeconómicos e culturais; ambiente físico e social; comportamentos e estilo de vida) e que por isso é variável de pessoa para pessoa.

A saúde mental da equipa de enfermagem tem sido bastante desafiada particularmente nesta pandemia, e assim como ocorreu durante o surto da SARS-CoV-2, o sofrimento psicológico entre estes profissionais de saúde, o medo e a ansiedade apareceram imediatamente e diminuíram nos estágios iniciais da epidemia, mas a depressão, os sintomas psicofisiológicos e de stresse pós-traumático surgiram mais tarde e duraram por muito tempo, levando a impactos profundos (Paiano *et al.*, 2020).

Desta forma, surgiu a questão de investigação:

Qual o nível de saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal?

3.2. Planeamento

O planeamento é a segunda fase da metodologia do projeto, onde é executada de forma detalhada o esboço do projeto, realizando o levantamento dos recursos, bem como das limitações do trabalho. O projeto encontra-se dividido em duas etapas. A primeira etapa foi por mim desenvolvida, onde desenhei o estudo de investigação e redigi o projeto. Terminada esta etapa, ficou previamente acordado com o enfermeiro gestor e a enfermeira tutora do estágio, que o Serviço de Urgência iria proceder à segunda etapa, ou seja, à submissão do projeto à Comissão de Ética do Hospital para aprovação. A colheita e análise dos dados ficaria sobre a responsabilidade do SU após aprovação do projeto pela Comissão de Ética do Hospital.

1ª ETAPA | Desenho do estudo de investigação e redação do projeto

Nesta etapa, a revisão de literatura científica existente, relativa ao fenómeno em estudo a partir das bases de dados referenciais Scielo, *Scopus*, *Web of Science*, *Medline*, no *Repositório Aberto de Portugal* e *Repositório da Universidade do Minho*, de acordo com a palavras-chave em inglês/português, *nurses/enfermeiros*, *critical person/* pessoa em situação crítica, *mental health/saúde mental* e *emergency services/* serviço de urgência integradas nas expressões booleanas de pesquisa irão permitir conhecer o *estado da arte* referente à saúde mental dos enfermeiros.

Posteriormente à revisão da literatura será selecionado o desenho de investigação, definida a população e amostra, selecionado o instrumento de recolha de dados para avaliação da saúde mental dos enfermeiros do SU/UCISU da referida instituição hospitalar, delineado como se concretizará a análise dos dados, bem como os procedimentos éticos e formais a ter em conta.

3.2.1 Revisão da literatura

A revisão da literatura é útil na apresentação de um determinado tópico de investigação, numa perspetiva ampla, permitindo a consolidação de uma área de conhecimento, e como tal constitui um elemento fundamental na orientação de práticas pedagógicas para a formação e atualização dos profissionais de saúde (Green *et al.*, 2006). Para tal, realizei a pesquisa recorrendo às várias bases de dados já mencionadas.

A saúde mental dos enfermeiros pré pandemia

A Organização Mundial de Saúde (2013) refere que apesar do interesse pela Saúde Mental ter aumentado nos últimos anos, ainda não é vista com a mesma importância que a saúde física. Ainda segundo a OMS (2013), a doença mental refere-se à incapacidade, ao sofrimento e à morbidade devido a perturbações mentais e neurológicas, e por uso de substâncias, podendo ainda surgir devido a fatores genéticos, biológicos, bem como a condições adversas e fatores ambientais. A prevalência de transtornos mentais continua a aumentar, causando efeitos consideráveis na saúde das pessoas e graves consequências socioeconômicas e de direitos humanos em todos os países. O Plano de Ação Abrangente da OMS sobre Saúde Mental 2013-2020, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2013, reconhece que a saúde mental é um elemento essencial para o bem-estar de todas as pessoas (OMS, 2019). Refere ainda que a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades.

Assim, como já foi referido, e apesar de não haver consenso acerca do conceito de Saúde Mental, verifica-se que os autores vão ao encontro da definição adotada pela OMS. Bolier (2014), citado por Carvalho et al., (2019), define a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as suas tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade.

Paralelamente, a Ordem dos Enfermeiros (OE), e tendo como base a definição da OMS, também define de forma abrangente e global a saúde, não separando a saúde física da saúde mental, como sendo “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2017, p.2). Sendo uma representação mental, é um estado subjetivo, e por isso não pode ser definida como o oposto ao conceito de doença. O bem-estar de cada pessoa é variável no tempo, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2017). A pessoa, sendo um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, torna-a num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se OE (2017). Estes comportamentos, de cada pessoa, são influenciados pelo ambiente em que a pessoa interage, procurando sempre melhores níveis de saúde, tendo em

conta os seus valores, crenças e desejos. Este conceito é indiscutivelmente individual e intencional, na medida em que até as funções fisiológicas, não intencionais, são influenciadas pela condição psicológica da pessoa e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico.

Segundo Remoaldo & Nogueira (2010), o estado de saúde resulta de um conjunto diverso e interagente de fatores. Estes fatores classificam-se como individuais, sendo eles, biológicos (sexo e idade, por exemplo), socioeconómicos (educação, rendimentos) e culturais (etnia); fatores ligados ao ambiente físico e social; comportamentos e estilo de vida. Desta forma constata-se que a saúde, a saúde mental, é o resultado de uma relação dinâmica entre diversos fatores e que por isso é variável de pessoa para pessoa. Desta forma, considera-se que a saúde mental é parte integrante da saúde, e nenhuma delas pode existir sem a outra: a saúde mental, física e social são interdependentes e fazem parte de um conceito mais global de saúde. É reconhecida, assim, a influência, a existência de uma relação, dos fatores biológicos, psicológicos e sociais nas doenças mentais e físicas.

Segundo Ribeiro (2001) a saúde mental tem duas orientações/vertentes, a positiva e a negativa. Do lado da vertente negativa estarão as alterações do foro psicopatológico que se encontram diretamente relacionadas com o distress psicológico. Por sua vez o distress psicológico está relacionado com a frustração e por sentimentos ansio-depressivos de desânimo e mal-estar psíquico. Este distress quando constante e recorrente sem períodos de descanso ou enfrentamento adequado são uma das principais causas de transtornos de humor e ansiedade. Por outro lado, encontramos a dimensão do bem-estar psicológico, a vertente positiva da saúde mental. Ambas são consideradas relevantes na avaliação da saúde mental.

Da mesma forma, Korkeila (2000), citada por Cabral & Florentim (2015), propôs um conceito de saúde mental com duas dimensões, uma dimensão positiva e outra negativa. Para esta autora a saúde mental negativa refere-se à patologia mental, relacionada com o distress psicológico. A dimensão positiva encontra-se em pessoas que demonstram afeto positivo e traços positivos de personalidade. A saúde mental positiva diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas como a satisfação social, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena consigo própria e com a sociedade, são elementos protetores no que diz respeito ao desenvolvimento de patologias/distúrbios mentais. Destes conceitos surgiu a necessidade de criação de vários instrumentos para avaliação da saúde mental.

De acordo com Novo (2003), as perspectivas mais positivas e abrangentes têm considerado, com maior frequência, o bem-estar psicológico como uma dimensão fundamental da saúde mental. A saúde mental, positiva ou negativa, exerce uma grande influência na sociedade, uma vez que, alteram o contexto familiar, pessoal e de trabalho da pessoa que a vivencia, e conseqüentemente, terá implicações com o relacionamento com os outros.

O estado de saúde, bem como o estado de doença, sucede quando um conjunto de sintomas a um nível específico interfere com o funcionamento cognitivo e/ou social. A saúde mental pode ser operacionalizada como uma “síndrome” de sintomas de bem-estar emocional e o reconhecimento da capacidade de realização do potencial intelectual e emocional numa pessoa. O bem-estar integra uma percepção individual, uma avaliação da própria vida, mediante o estado emocional e o funcionamento psicológico e social. Deste modo, a saúde mental passou a ser considerada como um todo, ou seja, para além da presença ou ausência da doença mental, devendo incluir a presença ou ausência de saúde mental positiva. A SM positiva não é mais do que a avaliação do bem-estar emocional, tendo em conta as suas dimensões – bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. A psicologia positiva demonstrou que o aumento das virtudes positivas está associado a um melhor funcionamento físico e psicossocial, e menos doença mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nesta perspectiva, e sendo a enfermagem uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao outro, ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipa, é fundamental que estes profissionais tenham níveis positivos de saúde mental. Deve-se observar que o aspeto de maior eficiência e de maior qualidade no atendimento da pessoa, prende-se com a satisfação e o bem-estar do profissional de saúde, para além das suas capacidades técnico-profissionais (Rocha & Almeida, 2000).

O enfermeiro, assume-se como um dos principais intervenientes no processo terapêutico dos indivíduos e suas famílias inseridas numa comunidade, pelo que a saúde mental deve funcionar como instrumento de trabalho eficaz na sua atividade profissional. Deste modo, é imprescindível que os profissionais de saúde mantenham uma saúde mental própria e capaz, que lhes proporcione todas as condições para prestar esses cuidados de excelência (Cabral & Florentim, 2015). Para que este instrumento de trabalho seja eficaz, porque só se cuidando da sua própria saúde se poderá cuidar da do outro, é preciso dinamizar e rastrear a própria saúde mental.

Em 2014 existiam 66452 enfermeiros ativos em Portugal, dos quais cerca de 51% desempenhavam diariamente as suas funções em meio hospitalar (OE, 2015c). Atualmente, em ambiente hospitalar os enfermeiros asseguram a prestação de cuidados de 24 horas por dia e 365 dias por ano, trabalho esse cada vez mais exigente a nível profissional, pessoal, físico e mental. Isto deve-se em parte à escassez de recursos humanos, à instabilidade das equipas, ao número de doentes que cuidam diariamente e ao elevado número de horas de trabalho.

Desta forma e tendo em conta o alto grau de complexidade dos contextos de trabalho em ambiente hospitalar, os enfermeiros que aí trabalham estão sujeitos a que o seu bem-estar e a sua saúde mental possam ficar comprometidos, levando à ocorrência de problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade (Martins, et al., 2016).

Em contrapartida, na população portuguesa, assiste-se a um aumento exponencial das expectativas e exigências dos cidadãos, com aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde diferenciados, principalmente em situações críticas, onde se espera uma atuação firme e determinada, ao mesmo tempo eficiente e organizada.

Dentro do contexto hospitalar, o serviço de urgência e as unidades de cuidados intermédios e intensivos (UCI) são serviços com características próprias, dentre elas o ambiente fechado e a complexidade tecnológica, onde o ambiente é particularmente stressante, destinadas ao atendimento de doentes em estado crítico, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São caracterizadas por rotinas exigentes, equipamentos sofisticados e ruidosos, a maioria das vezes sem luz natural e elevada possibilidade de morte e dor. O trabalho aqui realizado é complexo e intenso, onde é exigido ao enfermeiro, a qualquer momento e de imediato, cuidados a utentes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo útil e de forma eficaz (Rodrigues & Ferreira, 2011).

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de

cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” ¹.

Por sua vez, “a pessoa em situação de doença 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” ².

Nesta lógica, depreende-se que a prestação de cuidados nestes serviços, é um trabalho exigente, complexo e intenso, onde o enfermeiro ocupa um lugar de extrema relevância, devendo estar permanentemente capaz de cuidar de pessoas com elevado risco de vida, as quais exige um conjunto de conhecimentos específicos, sólidos e consistentes, bem como, um enorme poder de decisão em tempo útil (Vargas & Braga, 2006).

Os enfermeiros ao confrontarem-se constantemente com sofrimento e situações que envolvem forte carga emocional na qual a vida e a morte se misturam, a longo prazo, estes cenários desgastantes vão prejudicar o seu bem-estar psicológico, tendo implicações no cuidar e na sua própria saúde mental.

Tendo em consideração um estudo realizado em 2017 com enfermeiros portugueses concluiu-se que cerca de dois terços dos inquiridos apresenta uma perceção negativa da sua saúde mental (Seabra, et al., 2018), onde se verificou uma incidência elevada de problema de saúde mental, com prevalências por vezes mais elevadas quando comparado com a população adulta, como é o caso da depressão (Letvak, et al., 2012).

Em 2018, foi realizado um estudo com um grupo de enfermeiros de uma unidade hospitalar da região centro de Portugal onde se verificou a prevalência de sintomas graves de depressão em 20,5% da amostra, e 18,1% da amostra apresenta sintomas moderados de depressão. Este estudo também correlacionou a saúde mental com as variáveis sociodemográficas da amostra, tendo-se verificado que as mulheres apresentavam níveis mais baixos de saúde mental do que os homens. A OMS (2019) vem corroborar com estes dados, quando refere que a depressão é um transtorno mental comum e uma das principais causas de incapacidades em todo o mundo. Afeta mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo, com maior prevalência em mulheres do que em homens. Quando analisadas as diferenças de saúde mental tendo em conta o grau académico, verificou-se que os enfermeiros com maior grau académico apresentam níveis de saúde mental mais baixos relativamente aos que possuem menor grau (Carvalho et al.,2019).

¹ Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011

² Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011

Comparativamente à população em geral os enfermeiros apresentam níveis de saúde mental inferiores (Mendes e Machadeiro, 2014).

Segundo Perry (2014), citado por Carvalho et al. (2019), as repercussões para a saúde mental dos enfermeiros são maiores, onde exista maior prevalência de violência no trabalho, onde seja mais frequente os conflitos com os pares e com a equipa, e onde exista maior taxa de mortalidade ou ocorrência de eventos ou situações traumáticas, como é no caso das UCI e SU. Quando existe um comprometimento da saúde mental dos enfermeiros poderá haver uma potencialização de situações de ocorrência de erros de medicação, quase acidentes, interferindo igualmente na satisfação da pessoa/família cuidada (Gartner (2010), citado por Carvalho *et al.*, (2019). A manutenção e prevenção da saúde mental dos enfermeiros é fundamental para que eles consigam ter as condições necessárias para uma prestação de cuidados eficaz e de qualidade (Cabral & Florentim, 2015).

Também a União Europeia tem demonstrado interesse pela saúde mental, e nesse sentido, têm sido desenvolvidas várias iniciativas nesta área em vários países, como é o caso do projeto “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A police for Europe” (Jané-Llopis, & Anderson, 2005). Este projeto é aplicado em escolas por serem considerados locais propícios para a promoção. Também na Espanha foram desenvolvidos programas de promoção para a Saúde Mental Positiva, direcionados para alunos, professores, encarregados de educação. Estes programas procuram divulgar estilos de vida saudáveis e fatores protetores de saúde mental (Jané-Llopis & Anderson, 2005).

Nos últimos anos a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EUOSHA, 2018) tem vindo a enfatizar o impacto negativo do stress crónico no trabalho, sendo fundamental identificar fenómenos como o *burnout* (estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional), pois a sua presença constitui fator de risco no adoecer psicológico dos enfermeiros. Assim, a saúde psicológica e saúde mental têm sido alvo de interesse crescente assumindo-se o impacto que a doença mental tem a nível do indivíduo, família, profissão e sociedade e enfrentando, por isso, a sociedade atual e o mundo do trabalho, novos desafios (Cordeiro, 2018).

Reforçando a necessidade de estudos sobre a saúde mental no trabalho, em 2017, no Dia Mundial da Saúde Mental foi eleito como tema prioritário “Mental health at workplace”, nomeadamente stress no trabalho e *burnout*, tópicos sobre os quais a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND, 2018) e a Agência Europeia para a

Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2018) têm vindo a alertar devido aos prejuízos e custos que acarretam na saúde do trabalhador e na produtividade da organização.

A nível nacional, através dados epidemiológicos e segundo o Relatório do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019), os problemas relacionados com a saúde mental, são a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença, estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados. As perturbações mentais são responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis, sendo que as mulheres são mais afetadas do que os homens. Tal situação representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos económicos. Uma estimativa (subestimada) dos custos com a doença mental em Portugal aponta para 3,7% do PIB, correspondendo a 6,6 mil milhões de euros. Para gerir esta tendência emerge a necessidade de investir na saúde mental e ainda, na literacia em saúde mental.

Portugal é dos países europeus com maior prevalência de doenças mentais. A análise da saúde mental portuguesa no âmbito do projeto *EU Joint Action on Mental Health and Well-being* (2013-2016), evidenciou o progressivo afastamento do nosso país das metas preconizadas pela OMS. Refere ainda que são necessárias mudanças profundas e urgentes nas políticas e serviços de saúde mental, para que o nosso país se possa juntar ao processo de mudança atualmente em curso a nível europeu (DGS, 2017).

Neste sentido, monitorizar a Saúde Mental é uma prioridade assumida no âmbito das Políticas de Saúde tanto pelo plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, explanada no Plano de Ação de Saúde mental 2017-2020 (DGS, 2018b). O Programa Nacional de Saúde mental aponta como meta até 2020 aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais (DGS, 2018b).

A saúde mental dos enfermeiros pós pandemia

De acordo com o recente relatório da Sociedade de Medicina do Trabalho, difundido antes da pandemia covid-19, a saúde mental já estava fortemente comprometida com altos níveis de stresse ocupacional devido às más condições de trabalho, à sobrecarga de trabalho e falta de apoio (Lai *et al.*, 2020). No mesmo relatório pode ler-se também que a alteração da saúde mental dos enfermeiros é muito provável que dificulte a prestação de cuidados de qualidade e segurança (Kinman *et al.*, 2020).

Também os ambientes de trabalho dos enfermeiros pela sua complexidade e pelos seus níveis de stresse levam muitas vezes a problemas de saúde mental (Hurley *et al.*, 2020).

Na atualidade recente, precisamente em março de 2020 a covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia ligada a diversos transtornos psíquicos, relacionados com à impotência, ao medo, ao pânico (Orsini *et al.*, 2020). O medo de ser veículo de infeção para familiares e amigos; sensação de insegurança no trabalho; culpa pela dificuldade em conciliar o papel, as exigências e necessidades profissionais e familiares; exaustão física por excesso de trabalho e diminuição do autocuidado; sobrecarga emocional. Por conta do vírus SARS-CoV-2, acresce ainda o stresse, a pressão e o risco de adoecer e a possibilidade de inadvertidamente infetar outras pessoas, gerando graves problemas como a ansiedade e a depressão (Schmidt, *et al.*, 2020).

O isolamento social, como medida principal adotada para o controlo da pandemia, teve relação direta com a exacerbação de distúrbios psiquiátricos pré-existentes e ao desenvolvimento de novos quadros, sobretudo depressão, ansiedade e stress pós-traumático. Também os sentimentos negativos exacerbados com tal situação podem desencadear a eclosão de sintomas não orgânicos, uma vez que o perigo e a ameaça de adoecer e transmitir a doença à família, impactam diretamente na saúde mental. Por sua vez com o avanço exponencial da doença, os profissionais da linha da frente, aumentaram as suas cargas de trabalho, impossibilitando-os de concluir um período de sono adequado (Orsini *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada no Lancet Psychiatry (Wu *et al.*, 2020) demonstrou que os níveis de depressão, ansiedade, insónia e sintomas de stress, nas equipas médicas atuantes no combate a epidemias eram superiores nesta pandemia atual da covid-19, em relação à H1N1 (2009), ao poliovírus (2014), ao surto de ébola na África (2014), ao Zica vírus no Brasil (2018) e ao novo surto de ébola no Congo (2018). Este estudo também revelou que os enfermeiros apresentam mais problemas de saúde mental quando comparados aos demais profissionais de saúde (Wu *et al.*, 2020).

Um estudo transversal, realizado em Portugal durante o surto de covid-19 (dados recolhidos entre 31 de março de 2020 a 7 de abril de 2020 – primeira vaga da pandemia) por Sampaio *et al.*, 2020, revelou que os enfermeiros portugueses apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse, quando comparados com a população geral portuguesa. Também mostrou que aqueles enfermeiros que consideravam a quantidade e qualidade dos equipamentos de proteção individual como inadequados, bem como aqueles que trabalharam mais horas (más condições de trabalho) apresentavam níveis significativamente maiores de depressão, ansiedade

e stresse. Nesta investigação foi encontrada uma correlação significativa e positiva entre o medo (ser infetado e infetar a família) e a depressão, ansiedade e stresse. Assim, aqueles enfermeiros que referiram maiores níveis de medo apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse.

Sampaio *et al.*, (2020), refere ser este o primeiro estudo a investigar o estado da saúde mental dos enfermeiros durante o surto da covid-19 em Portugal e a explorar os fatores que podem acentuar as consequências negativas sobre a sua saúde mental. As conclusões demonstram que a saúde mental destes enfermeiros está particularmente afetado pela pandemia da covid-19 e que alguns elementos modificáveis, como EPI não adequado ou trabalho em horas extras poderiam acentuar as consequências negativas sobre a sua saúde mental.

A corroborar com este estudo, Pappa *et al.*, (2020), através de uma revisão sistemática e meta-análise, demonstra que os profissionais de saúde que tratam utentes expostos ao covid-19 apresentam uma prevalência de depressão de 22,8%, uma prevalência de 23,2% de ansiedade e prevalência de insónia estimada em 38,9%. Além disso, deste grupo de profissionais foram os enfermeiros que apresentaram maiores taxas destes sintomas.

Através destes estudos verificou-se que inevitavelmente a pandemia covid-19 contribuiu para problemas de saúde mental em todo o mundo. Os enfermeiros são particularmente propensos ao stresse porque cuidam diretamente indivíduos suspeitos ou confirmados de covid-19, estando mais expostos a eventos traumáticos como o sofrimento e a morte. Para além desta exposição o número crescente de casos confirmados e/ou suspeitos de covid-19, a deficiente oferta de equipamentos de proteção, a sobrecarga de trabalho e a inexistência de medicamentos específicos para o vírus, são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Por estas razões, os profissionais de saúde têm um alto risco de desenvolver problemas de saúde mental, o que poderá agravar os sintomas de ansiedade, stresse e depressão, podendo precisar de apoio psicológico ou outras intervenções (Lai, *et al.*, 2020).

Os enfermeiros têm um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde e representam o maior número de profissionais de saúde neste setor. Portanto é importante e urgente preservar a sua saúde mental. Contudo, as informações epidemiológicas sobre a saúde mental do enfermeiro e os fatores que a influenciam durante a pandemia covid-19 são escassas, mas fundamentais para a coordenação das suas ações neste contexto.

Nesta sequência, Pinho *et al.*, (2021), considerando estas preocupações investigaram a associação entre as estratégias de promoção de saúde mental utilizadas por enfermeiros que

trabalham em Portugal durante o surto de covid-19 e os seus sintomas de depressão, ansiedade e stresse. Assim, concluiu-se que a alimentação saudável, a atividade física, o descanso entre turnos de trabalho, a manutenção de vínculos sociais, a verbalização de sentimentos/emoções e o menor tempo gasto em busca de informações sobre a pandemia covid-19 estiveram associados a melhor saúde mental em enfermeiros. Sendo estas estratégias acessíveis a todos, uma vez que fazem parte do autocuidado e não requerem recursos substanciais, torna-se evidente que os enfermeiros deverão promover a adoção destas estratégias promotoras de saúde mental como medidas de autocuidado para si e para os utentes.

Também a OMS (2020) publicou um conjunto de estratégias para promover e proteger a saúde mental dos profissionais de saúde, incluindo pausas e descanso entre os turnos de trabalho, alimentação saudável, prática de exercícios físicos, evitando o uso de substâncias (tabaco, álcool ou outras drogas) para lidar com o stresse e estar em contacto com a família e amigos, ainda que virtualmente, minimizando possíveis consequências.

Em Portugal foi realizado um estudo prospetivo de coorte com uma amostra de 199 enfermeiros que cuidaram de utentes suspeitos ou confirmados covid-19, sendo a colheita de dados realizado em dois momentos: na linha da base da pandemia (31 de março de 2020 a 14 de abril de 2020) e após seis meses do início da pandemia (19 de outubro a 4 de novembro). Esta investigação demonstrou que os enfermeiros que adotaram estratégias de promoção de saúde mental, como as atividades físicas, de relaxamento e recreativas; a ingestão de alimentação saudável; intervalos entre turnos de trabalho; manutenção de contatos sociais e remotos e verbalização de sentimentos/emoções, impactaram positivamente a sua saúde mental. Estes enfermeiros que frequentemente ou sempre utilizaram essas estratégias apresentavam menos sintomas de stresse, ansiedade e depressão (Pinho, *et al.*, 2021).

A literatura sinaliza que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam em cuidados de saúde diferenciados, possuem maior probabilidade de desenvolverem quadros psiquiátricos desfavoráveis, especialmente quando associados à precariedade do sistema de saúde e das condições de trabalho existentes. Estes profissionais por estarem expostos a situações de stress elevado estão particularmente vulneráveis a sentimentos de medo e ansiedade e ao *burnout*. Apesar de os efeitos da SARS-CoV-2 na saúde mental ainda não terem sido estudados com minúcia, não os deveremos negligenciar. Tal fato, não é negligenciado pela OE, de tal forma que está a desenvolver um projeto/estudo, a decorrer em outubro de 2020, intitulado “Gestão emocional dos Enfermeiros em contexto de Pandemia por covid-19”, sendo os pontos de análise:

a inteligência emocional percebida; o bem-estar no trabalho e fatores condicionantes; dados socioprofissionais.

Como já foi referido, atualmente, os cuidados de saúde, onde se inserem os cuidados de enfermagem, têm cada vez maior exigência técnica e científica, solicitando aos profissionais uma diferenciação, o que vai de encontro às competências do enfermeiro especialista, onde está referido que este profissional alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b)

Assim, e tendo em conta a conjuntura atual e as orientações nacionais e internacionais torna-se pertinente este estudo, em particular a saúde mental dos enfermeiros cuidadores de doentes críticos e perceber a relação de fatores de ordem pessoal, sociodemográfica e profissional na sua saúde mental.

3.2.2 Tipo de estudo

Segundo Giddens (1997), todas as investigações partem de um problema de investigação que preocupa ou desconcerta o investigador.

A relevância deste estudo prende-se com o preocupante número excessivo de enfermeiros com elevada incidência de problemas de saúde mental já verificados no contexto pré-pandémico e que inevitavelmente a covid-19 contribuiu para a sua exacerbação. Por outro lado, a importância de conhecer os níveis da sua saúde mental, positiva ou negativa, dos enfermeiros que cuidam da PSC (uma vez que estes podem ter a sua saúde mental comprometida e, por conseguinte, o seu bem-estar, bem como, a sua aptidão e eficácia profissional); e dar resposta às exigências nacionais e internacionais por forma a diminuir o sofrimento humano e a sua incapacidade bem como os custos a eles inerentes. Para além de analisar os resultados em termos de saúde mental da amostra estudada, pretendo compreender a sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

Assim, após ter definido a problemática do fenómeno em estudo – saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal – é necessário definir os objetivos que irão determinar o rumo que o investigador pretende dar à investigação (Fortin, 2009).

Para conduzir a investigação e enunciar de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter resposta à sua questão de investigação, foi definido o objetivo geral:

- Avaliar a saúde mental dos enfermeiros de um serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

Tendo em conta este objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal a partir de um questionário sociodemográfico e de uma escala validada: o Inventário de Saúde Mental de Pais Ribeiro (2001).
- Analisar a relação entre os fatores sociodemográficos e a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal;
- Analisar a relação entre os fatores profissionais e a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

Na perspetiva de Fortin (1999), é a questão de investigação que determina o método apropriado ao estudo de um fenómeno. Neste sentido, e face à questão deste estudo, surgiu esta investigação de caráter quantitativa, transversal, numa base descritiva e correlacional, por forma a concretizar os objetivos planeados neste trabalho de investigação.

Este estudo é de caráter quantitativo, uma vez que se pretende obter conhecimentos objetivos em resposta ao problema enunciado. Os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo, para que o investigador conheça melhor o fenómeno do exterior (Fortin, 2009).

Os estudos descritivos apresentam uma descrição dos dados, quer sob a forma de palavras, de números, ou enunciados descritivos de relações de variáveis. Estes conceitos descritos ou fatores determinantes estão associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009) um estudo descritivo-correlacional objetiva explorar relações entre variáveis com vista a descrevê-las. Assim, neste tipo de estudo, das relações entre variáveis, são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses. No presente estudo pretendo explorar/descrever a relação entre os fatores sociodemográficos e profissionais e a saúde mental dos enfermeiros de uma instituição hospitalar do norte do país.

3.2.3 Contexto de estudo

O contexto de estudo de investigação é o local onde os indivíduos de interesse deste estudo vivem e experienciam o fenómeno e onde é realizada a colheita de informação. Neste caso, no presente estudo, para avaliar a saúde mental dos enfermeiros que cuidam da PSC, o contexto será o SU/UCISU de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

A classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere três níveis de UCI, de acordo com as técnicas utilizadas, com o nível de cuidados prestados e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Este paradigma europeu admite que possam coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar. Esta é a classificação ainda hoje adotada pela Direção Geral de Saúde em Portugal.

Desta forma, a Unidade de Nível I, também designada de Unidade de Cuidados Intermédios, visa, basicamente a monitorização normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior.

A Unidade de Nível II,

tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. Deve ter acesso a médico permanente e a médico com preparação específica. (MS, 2013, p.58)

Estas unidades, nos últimos anos, tendencialmente estão funcionalmente fundidas e integradas em UCI de nível III.

As Unidades de Cuidados Intensivos / Serviços de Medicina Intensiva correspondem à denominada Unidade de Nível III. A designação Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos nos Hospitais Portugueses deve referir-se exclusivamente a Unidades de nível III.

Estas unidades,

devem ter preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. (MS, 2013, p.58)

No que concerne à classificação quanto à forma como são geridas as UCI, esta divide-se em abertas, semifechadas e fechadas. Nas unidades abertas qualquer médico pode admitir e tratar doentes. A equipa da unidade só intervém a pedido do médico assistente. Nas unidades semifechadas caracterizam-se pela existência de um diretor da unidade que revê e aprova todas

as decisões. A assistência ao utente pode ser feita ou não pela equipa da unidade. Nas unidades fechadas o diretor e a equipa são responsáveis por todas as admissões e altas. Os utentes admitidos na UCI são da total responsabilidade da equipa da UCI, que, no entanto, devem trabalhar em colaboração com o médico assistente. Em Portugal e na Europa, a gestão das UCI na sua maioria ocorre sob a forma fechada.

Quanto ao tipo de doentes, as UCI classificam-se em médicas e cirúrgicas, recebendo doentes destes foros. Podem ainda ser polivalentes e monovalentes (quando se encontram agregadas a uma especialidade: pneumologia, doenças infecciosas, neurocirúrgicas, cardiotorácicas, etc.), cuja diferença se constata entre a capacidade de uma abordagem global ou direcionada a uma valência fitopatológica, do utente.

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2003 p. 6) as Unidades de Cuidados Intermédios são, “locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais) que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais”. Nestas unidades os doentes necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia e por isso, possuem um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados.

A instituição hospitalar em estudo possui quatro UCI, de nível II, fechadas e monovalentes, que se diferenciam segundo diferentes patologias e destinatários, sendo elas:

Unidade de cuidados Intermédios de Cardiologia - UCIC;

Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos – UCIN;

Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência – UCISU;

Unidade de Acidente Vascular Cerebral – UAVC (incorporada na UCISU).

Ao apresentar o contexto do serviço, pretende-se perceber o local onde os participantes experienciam o fenómeno em estudo. Neste caso, o local onde irá ser aplicado a presente investigação será no SU/UCISU da instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

3.2.4 População e amostra em estudo

Segundo Fortin (2009), uma população é um conjunto de elementos que partilham características comuns, tendo em conta determinados critérios. Já a amostra é um subconjunto da população ou uma réplica em menor número da população alvo.

A amostra escolhida é não-probabilística de conveniência (acidental) e para a realização deste estudo serão os enfermeiros a exercer funções no SU/UCISU de uma instituição Hospitalar do

Norte de Portugal. Consideram-se como critérios de inclusão, ser enfermeiro do serviço referido a exercer funções com tempo superior a dois anos e prestar cuidados a doentes críticos de forma permanente há mais de um ano. Serão critérios de exclusão trabalhar há menos de dois anos neste serviço e prestar cuidados de forma ocasional a doentes críticos.

3.2.5 Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos de medida escolhidos para o processo de recolha de dados, têm como finalidade recolher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes (Fortin, 1999). Vários são os métodos de recolha de dados que estão ao alcance dos investigadores e segundo o objetivo do estudo e as questões de investigação formuladas, o investigador determinará o tipo de instrumento a utilizar.

Como instrumentos de recolha de dados serão utilizados um questionário sociodemográfico e uma escala validada - o inventário de saúde mental de Pais Ribeiro (2001).

Para obter informações concretas sobre determinadas características da amostra optou-se por um questionário sociodemográfico (ANEXO 1), e para o rastreio da saúde mental será utilizado o Inventário de Saúde Mental, versão reduzida do Mental Health Inventory de Veit & Ware (1983), validado e traduzido para a população portuguesa, por Pais Ribeiro em 2001, MHI-5 (ANEXO 2). Pretende-se explicar e dar a conhecer, a todos os participantes, o objetivo e o protocolo do estudo bem como o pedido do consentimento informado.

Este protocolo inclui na primeira parte um questionário sociodemográfico, onde será feita a caracterização dos participantes através de dados pessoais, sociodemográficos e profissionais (idade, sexo, estado civil, grau de formação, área de especialização, número de anos de exercício profissional, categoria profissional). A segunda parte será constituída pelo Inventário de Saúde Mental, versão reduzida, de Pais Ribeiro (2001), de forma a poder avaliar a Saúde Mental dos participantes, identificando os aspetos negativos e os positivos. Esta versão reduzida do MHI possui cinco itens, MHI-5, que representam quatro dimensões de saúde mental: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental, e Bem-Estar Psicológico. E por sua vez estas quatro dimensões agrupam-se em outras duas grandes subescalas que medem respetivamente o Distresse Psicológico (resulta da soma dos três itens associados a perturbação mental) e o Bem-Estar Psicológico (resulta da soma dos dois itens associados com valências emocionais positivas). O MHI-5 é um questionário de auto-resposta, sendo que a resposta a cada item é dada numa

escala ordinal de seis posições. Valores mais elevados correspondem a melhor SM (menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional, e mais afeto positivo e laços emocionais). O Inventário de saúde mental (MHI) de Veit & Ware (1983) é um dos instrumentos que se propõe identificar aspetos negativos e positivos da saúde mental, diferenciar indivíduos com mais e menos saúde mental, entre a população geral, não psiquiátrica, e fornecer indicações para rastreio de perturbação mental (Ribeiro, 2001).

A versão portuguesa da escala MHI e da MHI-5 apresentam estruturas semelhantes à versão original. Na composição da escala total as dimensões negativas têm mais peso para a nota final, embora, relativamente às escalas tradicionais de avaliação da saúde mental, esta escala, constitua um avanço. Pode-se concluir que a versão portuguesa pode ser utilizada com os mesmos objetivos e do mesmo modo que as versões originais (Ribeiro, 2001). Esta escala apresenta valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) satisfatórios a elevados, valores esses idênticos à escala original, mostrando a fidelidade da escala validada. Dada a relevância e aplicabilidade mundial do instrumento, de estar disponível uma versão portuguesa (validada e traduzida para a população portuguesa) e permitir avaliar a saúde mental na população geral, foi um instrumento selecionado. Para o tratamento e análise de dados será utilizado o Software Statistic SPSS versão 26, uma vez que este permite resumir os dados adquiridos recorrendo a testes estatísticos que irão determinar a relação entre as variáveis, respondendo desta forma às questões de investigação.

De forma a orientar o desenvolvimento do trabalho de projeto e planear as atividades a desenvolver em função do tempo disponível elaborei o seguinte cronograma:

Tabela 1 - Cronograma de elaboração e redação do projeto

2021	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Estágio no Serviço de Urgência	X	X	X	X	X	
Identificação da problemática (etapa 1)	X					
Pesquisa bibliográfica (etapa 1)	X	X	X	X	X	
Fase metodológica (etapa 1)			X	X	X	
Redação do Relatório	X	X	X	X	X	X
Entrega de relatório final de estágio						X

3.2.6 Considerações éticas

A investigação na área da saúde implica necessariamente questões de pesquisa que envolvem pessoas, pelo que toda a investigação obedecerá às normas de pesquisa em saúde e terá por base o código deontológico do enfermeiro, para proteção do interesse e do bem público (Ordem dos Enfermeiros, 2005b).

Ainda segundo Fortin (1999), a investigação efetuada a seres humanos levanta questões morais e éticas e existem limites que não devem ser ultrapassados para a obtenção dos conhecimentos. Este limite diz respeito à pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e com dignidade enquanto ser humano.

Neste estudo serão utilizadas todas as estratégias com o intuito de proteger os indivíduos estudados: a utilização do consentimento livre e esclarecido, seguindo o estabelecido nos Princípios éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos inscritos na Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴ (2013).

Paralelamente, e antes de dar início ao estudo, foi realizado um pedido de cedência do instrumento de recolha de dados, nomeadamente da escala MHI, e da sua aplicação ao Professor Pais Ribeiro, sendo o seu parecer favorável (ANEXO 3).

No mesmo sentido, previamente ao início ao estudo, pretende-se que o mesmo seja aprovado pela Comissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (Anexo 4) da Instituição de Ensino e pela Comissão Executiva da Instituição Hospitalar onde se vai realizar o estudo (Anexo 5). Após as respetivas autorizações dar-se-á início à colheita de dados.

Pretende-se, igualmente, que todos os participantes sejam esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e do seu direito em se recusar a participar, ou em qualquer momento revogar o consentimento de participar, sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem um eventual abandono (Nunes, 2013). A sua participação deverá respeitar o princípio da autonomia, ou seja, deve ser voluntário, livre para além de esclarecido. Só participarão, aqueles que assim o desejarem, após clara explicação das fases de investigação, informação precisa acerca dos objetivos e métodos do estudo. Desta forma, a cada participante será dado o consentimento livre e esclarecido de forma verbal, mas que será igualmente formalmente documentado (ANEXO 6). Será assegurando aos participantes do estudo, o anonimato e a confidencialidade (Carpenter & Streubert, 2002), visto que em nenhum momento o seu nome será pedido e os dados serão

³ <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

⁴ <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>

codificados. Toda a informação será apenas utilizada para fins acadêmicos e não há previsão de danos para os sujeitos envolvidos na investigação.

3.2.7 Limitações do estudo

Uma das limitações do estudo prende-se com a subjetividade do tema, que permite a variabilidade dos resultados ao longo do tempo, uma vez que a escala MHI orienta a colheita de dados para os últimos trinta dias de vida da pessoa. Atendendo à progressão e agravamento da pandemia por covid-19, a sobrecarga nos serviços de urgência pode condicionar a saúde mental dos enfermeiros desses serviços.

Outra limitação apontada surge também pela presença da pandemia uma vez que, existe a possibilidade de não ter todos os participantes da amostra disponíveis, para responder ao questionário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório de estágio permitiu-me perceber que o aperfeiçoamento profissional e pessoal está aliado à aprendizagem contínua permanente através de novas fontes de saber, visando melhorar, orientar e suportar cientificamente a prática, como força motriz na resposta à constante evolução dos cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência representou uma parte significativa de todo o processo de aprendizagem, uma vez que contribuiu fortemente para a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e científicas especializadas.

Durante o estágio realizado no SU, a componente técnica e científica, a relação estabelecida com a pessoa/família e equipa multidisciplinar, tornou possível a concretização dos objetivos a que me propus. Em consonância com as competências preconizadas do enfermeiro especialista, desenvolvi competências centradas no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação.

A atualidade recente revelou-se inesperada sobretudo para os profissionais de saúde, nomeadamente para o enfermeiro, que se confrontou com o medo, nunca antes sentido, na prestação de cuidados ao doente. A pandemia covid-19 aumentou as dificuldades já existentes na saúde. Se até então os enfermeiros já laboravam com sobrecarga de trabalho; em ambientes muito complexos e stressantes como é o caso dos SU, com a atual pandemia o trabalho intenso e o medo da exposição à covid-19, o medo de ser infetado e infetar a família, tornaram-se fatores que têm vindo a contribuir para o declínio da saúde mental dos enfermeiros (Lai *et al.*, 2020). A complexidade da situação pandémica acarretou mudanças contínuas nos serviços, obrigando a uma reorganização e adaptação constante dos recursos disponíveis no combate à pandemia.

Tendo em conta o alto grau de complexidade dos contextos de trabalho em ambiente hospitalar, os profissionais de saúde que aí trabalham, nomeadamente os enfermeiros cuidadores de pessoas em situação crítica, encontram-se sujeitos a alterações do seu bem-estar e saúde mental podendo levar à ocorrência de problemas ao nível da saúde mental individual, e, por conseguinte, com repercussões na qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

O estágio em contexto de SU em plena pandemia, constituiu um campo privilegiado para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica suportado pela evidencia científica, permitindo identificar uma problemática – a saúde mental dos enfermeiros, a qual ainda não foi alvo de investigação nesta instituição

hospitalar. Analogamente, o enfermeiro gestor do SU revelou a mesma preocupação e a necessidade de desenvolver um estudo de investigação neste SU, para que os dados que daí resultassem pudessem contribuir de forma positiva para o desenvolvimento de estratégias/programas de promoção da saúde mental e de prevenção de doenças mentais diminuindo a incapacidade inerente aos problemas de saúde mental dos enfermeiros das unidades de cuidados ao doente crítico da referida instituição hospitalar. A realização de uma revisão da literatura acerca desta problemática, constituiu-se essencial na construção deste trabalho de investigação e na prossecução dos objetivos previamente delineados. Possibilitou-me uma visão mais abrangente e aprofundada sobre o atual estado de arte em relação à saúde mental dos enfermeiros pré e pós pandemia no SU. Tendo em consideração a solicitação do enfermeiro gestor do SU, desenvolvi um projeto de investigação que propus ao serviço de urgência.

Adotei a metodologia de trabalho de projeto por forma a estabelecer a ponte entre a teoria e a prática. Esta metodologia permitiu a execução de “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo & Ferrito, 2010).

Este percurso revelou-se enriquecedor não só pela aquisição e pelo desenvolvimento de novas competências do cuidar, mas também, pela procura e aperfeiçoamento de acordo com as orientações científicas para uma prática de cuidados segura e de qualidade.

Destaco como dificuldades, o esforço físico, familiar e profissional que, exacerbados pelo período pandémico, acompanhou-nos ao longo desta jornada. Todavia, acredito que este caminho formativo irá contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados no SU, no sentido de promover a adoção de estratégias de promoção de saúde mental, como as atividades físicas de relaxamento e recreativas; a ingestão de alimentação saudável; intervalos entre turnos de trabalho; manutenção de contatos sociais e remotos e verbalização de sentimentos/emoções, que impactam positivamente a sua saúde mental (Pinho, *et al.*, 2021) e por conseguinte na qualidade de vida daquele que cuida e daquele que é cuidado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, O., Munari, D., Queirós, A. & Fernandes, C. (2005). – *O trabalho de equipa em enfermagem: revisão sistemática da literatura*. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, nº 2, p. 203-207. (Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019629015.pdf>).

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Brazão, M., Nóbrega, S. Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). *Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 23 (3), pp. 8 – 14. (Recuperado de https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf).

Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrícia, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). *Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions*. Revista de Enfermagem, 4 (20), pp. 129-138. (Recuperado de <https://doi.org/10.12707/RIV18062>).

Cabral, L., & Florentim, R. (2015). *Saúde mental dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários*. Millenium, 49(jun/dez), 195-216. (Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8085>).

Carpenter, R., & Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusodidacta.

Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2019). *A saúde mental dos enfermeiros: um estudo preliminar*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, N° 21. (Recuperado de doi: [org/10.19131/rpesm.0237](https://doi.org/10.19131/rpesm.0237)).

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS.

Cordeiro, R. (2018). *Os novos desafios para a saúde mental na europa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 20, 6-8. (Recuperado de doi: [10.19131/rpesm.0220](https://doi.org/10.19131/rpesm.0220)).

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A. 161, 2959-2962.

Decreto-Lei n.º 113, 14 de junho de 2018. Diário da República, II série. N.º 113, p. 16656-16663. (Recuperado de [reg.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://reg.pdf(ordemenfermeiros.pt))).

Despacho n.º 11275/2020 de 16 de novembro. (2020). Diário da República, 2.ª série – N.º 223. Universidade do Minho. Lisboa.

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). *Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU)*. Diário Da República, 2.ª Série - N.º 153 - 11 de agosto de 2014, 20673–20678. Ministério da Saúde. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2003). *Direção de serviços de planeamento cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2010). *Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2012) – *Reavaliação da rede nacional de urgência e emergência – relatório – CRRNEU*. (Recuperado de RELATORIO-GT-Urgências.pdf (sns.gov.pt)).

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2018a) – *Infeções e resistências aos antimicrobianos. Relatório anual do programa prioritário*. Lisboa. (Recuperado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>).

Direção Geral da Saúde (2018b). *Programa nacional para a saúde mental 2018*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. (Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>).

Esteves, F., Cunha, O., Bohomol, E., & Negri, C. (2018). *O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa*. Revista Brasileira Enfermagem, 71 (4), pp. 1842-1853. (Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>).

EU-OSHA (2018). *Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EUROFOUND (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fortin, M. (1999). *Processo de investigação: da concepção à realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência, Edições técnicas e Científicas, Lda.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças – saúde e cura para a pessoa e família*. Loures: Lusodidacta.

Green, B., Johnson, C., & Adams, A. (2006). *Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade*. Journal of chiropractic medicine, 5(3), 101-117. (Recuperado de doi: 10.1016/S0899-3467(07)60142-6).

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência. Manual do Formando* (2ª ed.). Lisboa: Grupo Português de Triagem.

Hurley, J., Hutchinson, M., Kozlowski, D., Gadd, M. & Vorst, S. (2020). *Emotional intelligence as a mechanism to build resilience and non-technical skills in undergraduate nurses undertaking clinical placement*. Int. J. Ment. Health Nurs. 29 (1), 47–55. (Recuperado de <https://doi.org/10.1111/inm.12607>).

Huber, D. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3ª edição). Philadelphia: Saunders.

Kinman, G., Teoh, K. & Harriss, A. (2020). *The Mental Health and Wellbeing of Nurses and Midwives in the United Kingdom*. (Recuperado de <https://www.som.org.uk/challenging-work-conditions-lead-widespread-mental-health-problems-and-burnout-among-nurses-and>).

Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2012). *Situação de Exceção – Manual TAS*. (1ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. (Recuperado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>).

Instituto Nacional de Emergências Médicas (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Versão 2.0 – 1ª Edição 2020.

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.

Lai, J.; Ma, S.; Wang, Y.; Cai, Z.; Hu, J.; Wei, N.; Wu, J.; Du, H.; Chen, T. & Li, R. (2020). *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA Netw. Open, 3, e203976. (Recuperado de doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976).

Lazaroto, D. (2004). *Avaliação Ergonómica de uma Equipa de Emergências em Situações Simuladas*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Engenharia, Tese de Mestrado. (Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5695/000473961.pdf?sequence=1>).

Lei n.º 156/2015 (2015). Estatuto da ordem dos enfermeiros. Diário da República, 1.ª Série – N.º 181, de 16 de setembro de 2015, pp. 8059-8105. (Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>).

Letvak, C., Ruhm, T. & McCoy (2012). *Depression in hospital-employed nurses*. Clinical Nurse Specialist, 26. (Recuperado em doi: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0).

Lima, A., Prado, C., Tronchin, D., Fugulin, F., Freitas, G., Peres, H., Santos, M., Massarollo M., Fernandes, M., Ciampone M., Leite, J., Peduzzi, M., Melleiro, M., Baptista P., Gaidzinski R., Castilho, V., Leonello, V., Felli, V., Mira, V., & Kurcgant, P. (2016). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC. Porto. (Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescabril2018.pdf).

Magalhães, M., Riboldi, O. & Dall'agnol, M. (2009). *Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças*. Revista Brasileira de enfermagem. 62 (4), 608-612. (Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400020>).

Marquis, L. & Huston, J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Chaves, C., & Silva, E. (2016). *Fatores de risco em saúde mental: Contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 3, 21-26. (Recuperado de <https://doi.org/10.19131/rpesm.01112>).

Matney, S., Staggers, N., & Clark, L. (2016). *Nurses Wisdom in Action in the Emergency Department*. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-10. (Recuperado de <http://doi.org/10.1177/2333393616650081>).

Mendes, A. (2018). *Impacto da Notícia de Doença Crítica na Vivência da Família: Estudo Fenomenológico Hermenêutico*. Revista Brasileira de Enfermagem, 71 (1), pp. 170-177.

Mendes, A. & Machadeiro, J. (2014). *O stress e a saúde dos enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria*. In Atas da XIV Pan American Nursing Research Colloquium, Cartagena das Índias, Colômbia, 1ª Edição.

Ministério da saúde (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 Diário da República – I Série – A, n.º 205, pp. 2959 – 2962. (Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>).

Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Governo de Portugal.

Novo, F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atendermos trabalhos académicos de enfermagem*. Setúbal. Instituto Politécnico de setúbal escola superior de saúde- departamento de enfermagem.

O'Donnell, M., Livingston, M. & Bartram, T. (2012). *Human resource management activities on the front line: A nursing perspective*. Contemporary nurse, 41 (2), 198-205.

Oliveira, L. & Queirós, P. (2015). *Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a População Portuguesa*. Revista Investigação em Enfermagem, pp. 77-89. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Recuperado

de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>).

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios Básicos da Arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Recuperado de [CodigoDeontologico.pdf](#) (ordemenfermeiros.pt)).

Ordem dos Enfermeiros (2015c). (Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica.pdf>).

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros (Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área do doente Crítico n.º 429/2018, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 135 de 16 de julho de 2018

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ponta Delgada: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista. (Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>).

Organização Mundial de Saúde (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: OMS. World Health Organization. (Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>).

Organização Mundial de Saúde (2019). *Mental disorders - Key facts*. (Recuperado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>).

Organização Mundial da Saúde (2020). *Saúde Mental e Considerações Psicossociais durante o Surto COVID-19*. Organização Mundial da Saúde. (Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

Orsini, M., Nascimento, J., Azizi, M., Reis, C., Nunes, N., Eigenheer, J., Moreno, A., Santanna, M., Leite, M., Bastos, V., Teixeira, S., Oliveira, A. & Cardoso, C. (2020). *Danos psíquicos durante pandemia por COVID-19 no Brasil*. *Enfermagem Brasil* 2020; 19 (3): 196-201. (Recuperado de <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.4256>).

Paiano, M., Jaques, A., Nacamura, P., Salci, M., Radovanovic, C. & Carreira, L. (2020). *Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: na integrative review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (Suppl 2): e20200338. (Recuperado de doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>).

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V., Papoutsis, E. & Katsaounou, P. (2020). *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. *Brain Behav. Immun.* 88, 901-907. (Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>).

Pedras, S., & Seabra, F. (2016). *Supervisão e Colaboração: contributos para uma relação*. *Revista Transmutare*, 1(2), p.293-312. (Recuperado de http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6144/1/Artigo_Publicado.pdf).

Peck, S. (2003). *O caminho menos percorrido*. Porto: Ed. Oficina do Livro.

Pinho L., Correia T., Sampaio F., Sequeira C., Teixeira L., Lopes M. & Fonseca C. (2021). *The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study*. *Environ Res. Apr*; 195:110828. (Recuperado de doi: [10.1016/j.envres.2021.110828](https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110828)).

Regulamento n.º 101/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República n.º 48/2015 2.ª série, de 10 de março de 2015, pp. 5948-5952. (Recuperado de Regulamento n.º 101/2015 | DRE).

Regulamento n.º 361/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 26 de junho de 2015.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área da enfermagem a pessoa em situação perioperatória e na área da enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, pp. 19359-19370. (Recuperado de Regulamento 429/2018, 2018-07-16 – DRE).

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 06 de fevereiro de 2019. (Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>).

Remoaldo, P. & Nogueira, H. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.

Ribeiro, J. (2001). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo Editora, Lda.

Rocha, M., & Almeida, D. (2000). *O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade*. Ribeirão Preto: Rev. Latino-am. Enfermagem.

Rodrigues, V., & Ferreira, A., (2011). *Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidades de terapia intensiva*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jul.-ago, 19 (4). (Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400023>).

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). *Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas*. Setúbal, Portugal: Revista Percursos, volume 15, pp. 1-37. (Recuperado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). *Cuidar da família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. Revista Pensar Enfermagem, 19 (1), pp. 31-46. (Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf).

Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L. (2020). Saúde Mental dos Enfermeiros Durante o Surto covid-19: Estudo Transversal. J Occup Environ Med. 62(10):783-787. (Recuperado de doi: 10.1097/JOM.0000000000001987).

Sanches, R., Gerhardt, Rêgo, A., Carreira, L., Pupulim, J., & Radovanovic, C. (2016). *Percepções de profissionais de saúde sobre humanização em unidade de terapia intensiva adulto*. Escola Anna Nery, 20 (1), pp. 48-54. (Recuperado de <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>).

Santos, J., Pestana, A., Guerrero, P., Meirelles, B. & Erdmann, A. (2013). *Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, vol.66, nº2, pp. 257-263. (Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>).

Schmidt, B., Crepaldi, M., Bolze, S., Neiva-Silva, L., & Demenech, M., (2020). *Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19)*. Estudos de psicologia (Campinas), 37, (1-11). (Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>).

Seabra, Calado & Lopes (2018). *Apresentação do estudo “saúde mental dos enfermeiros portugueses”*. Lisboa: Universidade Católica – Instituto de Ciência da Saúde.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. (Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>).

Thim, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C., & Lofgren, B. (2012). *Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach*. *International Journal of General Medicine* (5), 117-121. (Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>).

Vargas, D., & Braga, L. (2006). *O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel*. Rev Fafibe., Vol. 2, p. 1-6.

Veit, C., & Ware, J. (1983). *The structure of psychological distress and well-being in general populations*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociencia.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado.

Wu, W., Zhang, Y., Wang P., Zhang, L., Wang, G. & Lei, G. (2020). *Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy*. J Med Virol. (Recuperado de <https://doi.org/10.1002/jmv.25914>).

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário Sociodemográfico

I - Questionário Sociodemográfico

Por favor, responda às questões que se seguem com a maior exatidão possível. Lembre-se que a informação que nos der é **estritamente confidencial**.

1.1 Idade _____ anos

1.2 Sexo Feminino Masculino

1.3 Estado civil

- Casado / Vive com companheiro (a)
- Solteiro
- Separado / Divorciado / Viúvo

1.4. Qual o seu grau de formação?

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Pós-graduação
- Especialidade
- Doutorado

1.5 Qual a sua área de especialização?

- Enfermagem Médico-cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Sem especialização
- Outro. Qual? _____

1.6. Há quantos anos exerce enfermagem? _____

1.7 Categoria Profissional:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor

ANEXO 2: Escala: Inventário de Saúde Mental MHI-5

II - Escala: Inventário de Saúde Mental

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si, sendo o mais sincero possível.

1 – DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

2 – DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3 – DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

4 – DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5 – NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 3: Pedido de Autorização para utilização da escala MHI-5 e respetiva autorização

De: Mavildia Maria Rebelo Goncalves [MAVILDIA.GONCALVES@HOSPITAL-CAUDE.PT]
Enviado: quinta-feira, 6 de Agosto de 2020 16:45
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Pedido de utilização de Escala

Exmo. Senhor Professor Pais Ribeiro,

Eu, Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves, enfermeira do serviço de Cardiologia/Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de Cauda, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a utilização do Inventário de Saúde Mental de Veit e Ware (1983) validada e traduzida pelo Senhor Professor.

Esta escala/inventário será um instrumento de recolha de dados fundamental para um estudo de investigação acerca da saúde mental dos enfermeiros que prestam cuidados aos doentes críticos, bem como a sua relação com determinados fatores sociodemográficos, nas unidades de cuidados ao doente crítico do Hospital de Braga.

Desde já agradeço a atenção disponibilizada.

Atenciosamente, Mavíldia Gonçalves

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

RE: Pedido de utilização de Escala



José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

07/08/2020 15:14



Para: Mavildia Maria Rebelo Goncalves

Cara Colega

autorizamos o uso da versão do Mental Health Inventory que estudámos e adaptámos para uso com a população portuguesa. No meu site, na secção "books" encontra o manual da escala que é de acesso livre.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

ANEXO 4: Pedido de Autorização à Comissão de Ética para a Investigação das Ciências da Vida e da Saúde

ASSUNTO:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

EXMA. SRA. PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO DAS CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE

Eu, **Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves**, aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação da Professora Doutora Paula Cristina Soares Encarnação, venho por este meio solicitar a vossa autorização, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação, tendo como intuito desenvolver um projeto denominado “Saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal”, aplicado numa unidade de cuidados de doentes críticos”. Em anexo a este pedido encontra-se o projeto de investigação.

Os dados recolhidos serão confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, sem colocar em causa o normal funcionamento do serviço e instituição.

Com os melhores cumprimentos,

(Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves)

Braga, _____ de _____ de _____.

ANEXO 5: Pedido de Autorização à Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Norte de Portugal

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

EXMA. SR^a. PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL X

Eu, Mavildia Maria Rebelo Gonçalves, aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação da Professora Doutora Paula Encarnação, venho por este meio solicitar a vossa autorização, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação, tendo como intuito desenvolver um projeto denominado “Saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal”, aplicado nas unidades de cuidados de doentes críticos. Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar a saúde mental dos enfermeiros de um serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal;
- Caracterizar a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal a partir de um questionário sociodemográfico e de uma escala validada: o Inventário de Saúde Mental de Pais Ribeiro (2001);
- Analisar a relação entre os fatores sociodemográficos e a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal;
- Analisar a relação entre os fatores profissionais e a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

Os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, sem colocar em causa o normal funcionamento do serviço e instituição.

Com os melhores cumprimentos,

(Mavildia Maria Rebelo Gonçalves)

Braga, _____ de _____ de _____.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

A presente investigação insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Alto Douro e Trás-os-Montes.

Investigadora: Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves (Enfermeira do Hospital de Braga).

Orientadora: Professora Doutora Paula Cristina Soares Encarnação.

Com o presente trabalho de investigação, intitulado “Saúde mental dos enfermeiros do serviço de urgência de uma instituição hospitalar do norte do país”, pretendo estudar a saúde mental dos enfermeiros que prestam cuidados aos doentes críticos, bem como a sua relação com determinados fatores sociodemográficos.

Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal;
- Caracterizar a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal;
- Analisar a relação entre determinados fatores sociodemográficos e a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal;
- Determinar a relação entre os fatores profissionais e a saúde mental dos enfermeiros num serviço de urgência de uma instituição Hospitalar do Norte de Portugal.

Desta forma, pretende-se contribuir significativamente para um melhor conhecimento sobre este tema, e de certa forma conhecer e rastrear a saúde mental dos enfermeiros envolvidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através da aplicação de um inquérito, constituído por um questionário sociodemográfico e por uma escala - inventário da saúde mental (versão reduzida MHI – 5), onde será sempre garantido o anonimato e confidencialidade. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo e para fins académicos. A sua participação é voluntária, tendo toda a liberdade

de recusar participar, sem qualquer consequência para si, bastando para tal informar o investigador da sua vontade.

Muito obrigada pela sua colaboração, a sua participação é fundamental.

Para qualquer questão, agradecemos o contacto para Mavíldia Maria Rebelo Gonçalves, enfermeira do Hospital de Braga. Telefone: XXXXXX ou através de: mavildia.goncalves@hb.min-saude.pt

Depois das explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Não concordo em participar no estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

(participante)

Assinatura: _____

(investigadora principal)

¹

http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinkiia_2008.pdf

² <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>