



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica, 2.ª Edição

Estágio com relatório final em contexto de urgência/cuidados intensivos

Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão
sistemática de prevalência

Gabriela Paiva Almeida

Viseu, março de 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão sistemática de prevalência

Gabriela Paiva Almeida

Estágio com Relatório Final, em contexto de Urgência/Cuidados Intensivos

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª Edição

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Eduardo Santos

Março, 2026

“Aquilo que não me destrói, torna-me mais forte.”

- Friedrich Nietzsche

Agradecimentos

O percurso que realizei a fim de alcançar os objetivos a que me propus não foi trilhado sozinho. Desta forma, os meus agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que tiveram sempre uma palavra amiga para dar, um incentivo ou um conselho sábio.

Ao meu orientador, pela motivação, orientação rigorosa, disponibilidade e pelas contribuições que enriqueceram de forma significativa o desenvolvimento deste trabalho.

Aos Enfermeiros Especialistas com quem tive a oportunidade de prestar cuidados, pela evidência científica, partilha de conhecimento e reflexão conjunta sobre a minha prática clínica, permitindo o desenvolvimento e aquisição de competências.

À minha família, pelo apoio incondicional, confiança e força que sempre me transmitiram, assim como pela compreensão pela minha ausência.

Ao meu namorado, pelo amor, motivação, paciência e apoio contínuo.

À enfermeira gestora do serviço onde desempenho funções, pela compreensão e flexibilidade na gestão de horários.

Aos meus amigos, pelo incentivo, amizade e capacidade de tornar este percurso mais leve.

A todos, o meu sincero obrigada.

Resumo

Este relatório final de estágio aborda de forma reflexiva e crítica as atividades realizadas durante os estágios no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência/Cuidados Intensivos, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu. O documento está dividido em duas partes: a primeira descreve o percurso formativo, integrando uma análise teórica e reflexiva das experiências vividas, destacando o impacto no desenvolvimento pessoal, profissional e científico do enfermeiro especialista. A segunda parte é dedicada à investigação, focando uma problemática relevante e atual - o Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência.

Os objetivos foram demonstrar o percurso profissional efetuado e o desenvolvimento das competências que validam a capacidade de exercer as funções do enfermeiro especialista e desenvolver a prática baseada na evidência, através de investigação científica.

A metodologia utilizada na primeira parte foi a prática reflexiva de Schön. Na segunda parte, foi desenvolvida uma revisão sistemática de prevalência, segundo a Joanna Briggs Institute, subordinado ao 'Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência'.

O relatório evidencia o desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, como cuidados avançados, tomada de decisão, gestão do risco, liderança, formação em serviço e integração da evidência científica. Destaca-se a intervenção diferenciada em situações críticas, urgência e emergência, promovendo a segurança, a continuidade e a humanização dos cuidados.

Os resultados da revisão sistemática e da meta-análise revelaram que os enfermeiros do serviço de urgência apresentam elevadas prevalências de exaustão emocional e despersonalização. As subanálises revelaram ainda, durante o período COVID, estas prevalências diminuíram. Estas conclusões afirmam a necessidade de respostas institucionais para valorizar a saúde mental destes profissionais, assegurando qualidade e sustentabilidade nos cuidados.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; cuidados críticos; burnout; serviço de urgência

Abstract

This final internship report offers a reflective and critical account of the activities carried out during the placements undertaken as part of the course module 'Internship with Final Report in an Emergency/Intensive Care Context', within the Master's in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing Care for Patients in Critical Conditions, at the Viseu School of Health. The document is divided into two parts: the first describes the training pathway, incorporating a theoretical and reflective analysis of the experiences gained, highlighting the impact on the personal, professional and scientific development of the specialist nurse. The second part is dedicated to research, focusing on a relevant and current issue: Burnout among nurses in the emergency department.

The objectives were to demonstrate the professional journey undertaken and the development of the skills that validate the ability to perform the duties of a specialist nurse, and to develop evidence-based practice through scientific research.

The methodology used in the first part was Schön's reflective practice. In the second part, a systematic review of prevalence was conducted, in accordance with the Joanna Briggs Institute guidelines, focusing on the topic 'Burnout among emergency department nurses'.

The report highlights the development and consolidation of the common and specific competencies of specialist nurses, such as advanced care, decision-making, risk management, leadership, in-service training and the integration of scientific evidence. Of particular note is the differentiated intervention in critical, urgent and emergency situations, promoting safety, continuity and the humanisation of care.

The results of the systematic review and meta-analysis revealed that emergency department nurses exhibit high prevalences of emotional exhaustion and depersonalisation. Sub-analyses also revealed that during the COVID period, these prevalence rates decreased. These findings underscore the need for institutional responses to prioritise the mental health of these professionals, ensuring quality and sustainability in care.

Keywords: specialist nurse; critical care; burnout; emergency department.

Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução	21
Parte I – Estágio em contexto de cuidados intensivos e urgência	
1. Caracterização dos contextos de estágio	27
1.1. Estágio de cuidados intensivos	27
1.2. Estágio de urgência	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	33
2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	39
2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	42
2.4. Competências do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais	46
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica	51
3.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	51
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	62
3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	66
Parte II – Burnout dos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão sistemática de prevalência	
Burnout dos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão sistemática de prevalência	75
Abstract	77
Introdução	79
1. Métodos	83

1.1. Localização dos estudos	83
1.2. Seleção dos estudos e critérios de elegibilidade	83
1.3. Avaliação da qualidade dos estudos	85
1.4. Extração e síntese dos dados	85
2. Resultados	87
3. Discussão	93
Conclusão	97
Referências bibliográficas	99
Conclusão	111
Referências bibliográficas	113
Apêndices	
Apêndice I – Comunicar na incerteza e estratégias de comunicação no processo de transição saúde-doença	125
Apêndice II – Tabela de fármacos sala de emergência	139
Apêndice III – Estratégias de pesquisa	141
Apêndice IV – Tabelas das características dos estudos incluídos	143

Lista de tabelas

Tabela 1 - Avaliação da qualidade pela “ <i>JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies</i> ”	88
Tabela 2 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão, referente ao período pré-pandemia COVID-19.	143
Tabela 3 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão, relativamente ao período da pandemia COVID-19.....	158
Tabela 4 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão relativos ao período pós-pandemia.	162
Tabela 5 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão relativo ao serviço de urgência pediátrica.	170

Lista de figuras

Figura 1 – Fluxograma PRISMA.	87
Figura 2 – Meta-análise da prevalência da elevada Exaustão Emocional.	90
Figura 3 – Meta-análise da prevalência da elevada Despersonalização	90
Figura 4 – Meta-análise da prevalência da Realização Pessoal.	91
Figura 5 – Meta-análise da prevalência da elevada Exaustão Emocional no período COVID.	91
Figura 6 – Meta-análise da prevalência da elevada Despersonalização no período COVID.	92
Figura 7 – Meta-análise da prevalência da Realização Pessoal no período COVID.	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure/Environment</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CAMB	Coordenador da Área de Média e Baixa Complexidade
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CE	Coordenador de Emergência
CEA	Coordenador da Equipa Anestésica
CEC	Coordenador da Equipa Cirúrgica
CEM	Coordenador da Equipa Médica
CEU	Chefe de Equipa de Urgência
CID	Classificação Internacional de Doenças
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CMEMC-ESPC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CRRT	Terapias Contínuas de Substituição Renal
CVC	Cateter Venoso Central
EAMCSST	Enfarte Agudo do Miocárdio Com Supradesnivelamento do Segmento ST
EAMSSST	Enfarte Agudo do Miocárdio Sem Supradesnivelamento do Segmento ST
ECMO	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i>
ECG	Eletrocardiograma
EPC	Enterobacteriáceas Produtoras de Carbapenemases
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EVA	Escala Visual Analógica
FFP	<i>Filtering Face Piece</i>

FiO ₂	Fração Inspirada de Oxigênio
FPCH	Filtro Protetor Contra Humidade
GC	Gabinete de crise
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
HEPA	<i>High Efficiency Particulate Arrestance</i>
HG	Hospital Geral
HME	<i>Heat and Moisture Exchanger</i>
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
IHD	Diálise Intermitente Convencional
ISBAR	Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilina
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PBE	Prática Baseada na Evidência
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PEE	Plano de Emergência Externa
PEEP	Pressão Positiva Expiratória Final
PRISMA	<i>Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses</i>
PRISMA-P	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols</i>
RAM	Resistência aos Antimicrobianos
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV	Suporte Avançado de Vida

SCA	Síndrome Coronária Aguda
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SU	Serviço de Urgência
SUG	Serviço de Urgência Geral
TRS	Técnicas de Substituição Renal
TRTS	<i>Triage Revised Trauma Score</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULS	Unidade Local de Saúde
VMER	Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VVC	Via Verde Coronária

Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Opção 8 — Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência/Cuidados Intensivos, integrada no terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEHC-ESPC), 2.^a edição, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viseu e sob a orientação pedagógica do Professor Eduardo Santos.

Os estágios foram desenvolvidos no período compreendido entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, sendo que cada um teve uma duração de 180 horas. O estágio no contexto de cuidados intensivos foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra e o referente ao contexto de cuidados de urgência no Serviço de Urgência Geral (SUG) da ULS de Coimbra.

A par com a realização dos estágios foi desenvolvida investigação científica intitulada de “Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão sistemática de prevalência”, tendo como objetivo identificar a prevalência de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência (SU). Optou-se por este tema uma vez que os enfermeiros são os profissionais de saúde que apresentam maior incidência de Burnout (Perniciotti et al., 2020). É fundamental compreender que a síndrome de Burnout é uma condição psicológica definida por exaustão emocional, despersonalização e baixa sensação de realização pessoal. Este quadro resulta da exposição contínua ao stress ocupacional mal gerido (World Health Organization, 2025). Sendo o SU identificado como um dos mais estressantes entre outros serviços hospitalares (Yuwanich et al., 2018), caracterizado por ser um ambiente caótico, com elevada afluência de pessoas e profissionais de saúde e onde existe maior complexidade de situações. Neste sentido, revelou-se pertinente identificar a prevalência de Burnout dos enfermeiros neste serviço.

O enfermeiro especialista é considerado “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Portugal, Regulamento nº140/2019, p.4744). Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica tem como alvo de cuidados a pessoa em situação crítica, os seus cuidados caracterizam-se pela sua elevada qualificação, sendo prestados de forma contínua àqueles que apresentam risco iminente em uma ou mais funções vitais, visando responder adequadamente às necessidades comprometidas, garantir a manutenção das funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a recuperação

total (Portugal, Regulamento nº140/2019, p.4744). Na sua prática avançada, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica deve orientar a sua atuação pelas competências comuns e específicas regulamentadas (Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018). As competências comuns conferem ao especialista a capacidade de atuar de forma autónoma, crítica e eticamente responsável, integrando a tomada de decisão clínica avançada, a liderança na gestão dos cuidados, a promoção da qualidade e segurança, a coordenação eficaz das equipas. Estas competências articulam-se com as competências específicas da área da pessoa em situação crítica, que incluem a avaliação célere e rigorosa de situações de instabilidade, a priorização de intervenções em contextos de urgência, a gestão do risco clínico e a implementação de cuidados altamente diferenciados em cenários de elevada complexidade, sustentado na prática baseada na evidência e na atualização contínua do conhecimento. O enfermeiro especialista assegura cuidados seguros, humanizados e cientificamente fundamentados, contribuindo simultaneamente para a estabilização da pessoa em situação crítica e para a melhoria permanente dos contextos de cuidados.

No SU, onde a pressão assistencial, a imprevisibilidade e a elevada carga emocional são constantes, estas competências são exercidas num ambiente particularmente exigente, potenciando a vulnerabilidade ao Burnout. Assim, a investigação sobre a prevalência de Burnout nos enfermeiros do SU torna-se não apenas pertinente, mas intrinsecamente ligada ao desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista, que tem com função incorporar a investigação na sua atividade e interpretar a evidência científica de forma crítica (Portugal, Regulamento nº140/2019). Ao refletir sobre os fatores que impactam os enfermeiros e ao aprofundar conhecimento, esse profissional pode fundamentar melhor a sua atuação e propor intervenções baseadas em evidência científica. A componente investigativa deste trabalho reflete, portanto, o compromisso do enfermeiro especialista com a melhoria contínua dos contextos de prática, contribuindo para a compreensão de um fenómeno que impacta diretamente o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados em ambientes de elevada complexidade.

O presente relatório apresenta dois objetivos principais. O primeiro visa demonstrar o percurso profissional efetuado e o desenvolvimento das competências que validam a capacidade de exercer as funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem da pessoa em situação crítica, segundo a Ordem dos Enfermeiros. O segundo consiste em desenvolver competências que sustentam a prática baseada na evidência, com foco na realização de uma investigação científica.

O presente documento apresenta-se estruturalmente dividido em duas partes distintas, com o intuito de facilitar a sua consulta através da clarificação e sistematização da informação

contida. Na Parte I – Estágio em contexto de cuidados intensivos e urgência, é realizada uma reflexão descritiva da prática clínica experienciada dos estágios em contexto de cuidados intensivos e em contexto de urgência. A reflexão realizada foi baseada no método da prática reflexiva de Donald Schön que assenta na ideia de que os profissionais desenvolvem grande parte do seu conhecimento na ação, através da interação direta com situações reais (Schön, 1983). Segundo Schön (1983), a reflexão na ação consiste na reflexão realizada após a ação permitindo analisar a experiência, identificar aprendizagens, reconhecer limitações e reconstruir o raciocínio clínico envolvido. Desta forma, a reflexão na ação permite ao enfermeiro adaptar-se a situações imprevisíveis, gerir incertezas e tomar decisões rápidas e fundamentadas e possibilita a consolidação de aprendizagens e o desenvolvimento de competências avançadas. Na Parte II – Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão sistemática de prevalência, é apresentada a investigação desenvolvida, uma revisão de prevalência com o objetivo de identificar a prevalência de Burnout nos enfermeiros do SU, com o intuito de contribuir para o avanço do conhecimento científico no tema e na área da Enfermagem de Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica.

Parte I – Estágio em contexto de cuidados intensivos e urgência

1. Caracterização dos contextos de estágio

Os dois estágios do meu percurso foram realizados na ULS de Coimbra, sendo o do contexto de urgência desenvolvido no SUG e o de cuidados intensivos no SMI. Assim, torna-se fundamental apresentar uma breve descrição da mesma.

A ULS de Coimbra desenvolve a sua atividade assistencial em seis comunidades de saúde, composta por oito unidades hospitalares e vinte seis centros de saúde (Serviço Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde, s.d.a). Esta possui como missão a prestação de cuidados de saúde, com elevada qualidade e diferenciação, centrados na pessoa, com vista a melhora da saúde e bem-estar da sua comunidade e tem como objetivo ser uma instituição de referência nacional com elevados padrões de qualidade, segurança, conhecimento e inovação (Serviço Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde, s.d.b). Esta apresenta como valores fundamentais a excelência, a satisfação profissional, a dignidade humana, acessibilidade, cuidados centrados na pessoa e empatia (Serviço Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde, s.d.b).

Seguidamente é realizada uma caracterização dos contextos de estágio, ambos pertencentes a esta ULS.

1.1. Estágio de cuidados intensivos

A missão e os valores do SMI enquadram-se na Estrutura da Qualidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), orientada para a prestação de cuidados especializados, seguros e humanizados à pessoa em situação crítica. O serviço pauta-se por princípios de excelência, responsabilidade, ética e melhoria contínua, integrando missão, visão, valores e princípios que sustentam uma prática clínica rigorosa e centrada na pessoa. Estes valores reforçam o compromisso com a dignidade humana, a atuação baseada na evidência científica e o desenvolvimento de competências, reconhecendo que o SMI constitui um contexto essencial para a formação avançada (Hospitais da Universidade de Coimbra, 2024).

O SMI destina-se à observação e tratamento de pessoas em estado crítico, mas com possibilidade de recuperação, que necessitam de vigilância contínua e de suporte às funções vitais, devido a falência iminente ou já instalada de um ou mais órgãos. Este serviço funciona em horário contínuo, com equipas médicas e de enfermagem especializadas, que prestam cuidados diferenciados a pessoas com doenças agudas, de origem médica ou cirúrgica, garantindo intervenções rápidas e tecnicamente complexas num ambiente preparado para

situações críticas (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2024). O SMI da ULS de Coimbra é composto por três unidades (A, B e C), cada uma dotada com áreas clínicas e não clínicas, apresentando na totalidade 32 camas de internamento nível III. A unidade A é constituída por 12 camas, sendo que duas delas estão equipadas com sistema de esgotos para pessoas que necessitem de técnicas de substituição renal (TSR), uma destinada a isolamento e ainda uma unidade de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Por sua vez, a unidade B é também composta com 12 camas, sendo uma delas equipada com sistema de esgoto apropriado para TSR. Por fim, a Unidade C apresenta 8 camas e situa-se no mesmo piso do serviço de urgência. Todas as instalações das unidades da SMI são em *open space*. A organização funcional do serviço assenta em normas e procedimentos institucionais que orientam a prática profissional, incluindo o Manual de Procedimentos de Enfermagem, o Plano Estratégico da Direção de Enfermagem e a Estrutura da Qualidade do SMI, que integra missão, visão, valores e princípios. Este serviço é um centro de referência na região para áreas médicas, nomeadamente a médica, cirúrgica e traumatológica, devido ao seu grau de multidisciplinaridade e diferenciação. Possui uma equipa multidisciplinar constituída por médicos intensivistas, enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas, técnicos auxiliares de saúde, assistente social, psicóloga, nutricionista e secretariado clínico. No entanto, existe articulação com profissionais de outras especialidades, sempre que necessário, de forma a garantir cuidados de excelência às pessoas internadas no SMI. A equipa médica assegura presença física contínua nas unidades A e B, garantindo vigilância permanente e tomada de decisão rápida. A equipa de enfermagem, inclui enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Mental e Comunitária, desempenhando funções de elevada complexidade, nomeadamente na coordenação de turno, supervisão clínica e implementação de protocolos assistenciais. No SMI, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica atua com base em evidência científica atual e foca-se em resultados relacionados aos cuidados de enfermagem e lidera projetos de formação, assessoria e investigação para manter atualizadas as competências na área de especialização (Portugal, Regulamento n.º 429/2018). Os rácios enfermeiro/doente variam entre 1:1 e 1:2, ajustados à gravidade clínica, especialmente em situações de suporte extracorporal ou falência multiorgânica.

A tecnologia disponível no SMI permite a monitorização contínua e a intervenção em situações de elevada complexidade. Entre os equipamentos destacam-se ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo, ECMO, sistemas de remoção de dióxido de carbono, monitorização neurológica avançada, TSR, broncofibroscopia e ecotranseofágica. A diversidade e sofisticação destes recursos exigem dos profissionais competências avançadas e atualizadas, sustentadas na evidência científica e na formação contínua.

A organização dos cuidados de enfermagem assenta predominantemente no método individual, que promove continuidade, responsabilização e personalização dos cuidados, favorecendo a relação terapêutica com a pessoa e família (Marquis & Huston, 2009). Em áreas específicas, como a Enfermagem de Reabilitação, é implementado o método de enfermeiro de referência, reforçando a continuidade e a especialização da intervenção. Apesar da elevada complexidade tecnológica, o SMI mantém um compromisso com a humanização dos cuidados, reconhecendo o impacto emocional da doença crítica na pessoa e na família. A gestão das visitas é estruturada e adaptada à situação clínica, constituindo um momento privilegiado para comunicação, esclarecimento e apoio emocional.

Para além da sua missão assistencial, o SMI assume um papel relevante na formação avançada em enfermagem, acolhendo regularmente estudantes de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim, o SMI constitui um ambiente clínico altamente complexo, exigente e tecnologicamente avançado, onde a prestação de cuidados especializados se articula com princípios de humanização, rigor científico e melhoria contínua. A sua estrutura organizacional, os recursos humanos diferenciados e a tecnologia disponível fazem do SMI um contexto de excelência para a prática clínica e para o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem, assumindo simultaneamente um papel formativo e assistencial de elevada relevância.

1.2. Estágio de urgência

O SUG é uma unidade multidisciplinar e multiprofissional, destinada à prestação de cuidados de saúde em situações que atendam às definições clínicas de urgência e emergência médicas. Estas situações distinguem-se pelo elevado grau de gravidade, exigindo a intervenção médica imediata com o objetivo de preservar a vida, evitar o agravamento ou reduzir possíveis sequelas, mediante critérios clínicos estabelecidos (Portugal, Despacho Normativo nº11/2002, p.1865). Este serviço desempenha um papel essencial na prestação de cuidados urgentes à população, abrangendo cerca de 365.725 habitantes e até 1,7 milhões na área de referenciação regional. É reconhecido como uma unidade de referência nacional devido à sua capacidade de resposta e ao elevado nível de diferenciação técnico-científica (Unidade Local de Saúde de Coimbra, s.d.).

A missão do SUG centra-se na prestação de cuidados de saúde urgentes de elevada qualidade, seguros, eficazes e centrados na pessoa, garantindo uma resposta atempada às situações que ameaçam a vida, a integridade funcional ou a sobrevivência dos órgãos. Esta missão é sustentada por uma visão orientada para a excelência clínica, assente em equipas multidisciplinares altamente qualificadas, treinadas para atuar em contextos de elevada

pressão temporal, complexidade clínica e imprevisibilidade, promovendo simultaneamente um ambiente colaborativo, seguro e humanizado (Unidade Local de Saúde de Coimbra, s.d.).

Do ponto de vista organizacional, o SUG da ULS de Coimbra estrutura-se em diferentes polos funcionais, destacando-se o polo dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), classificado como serviço de urgência polivalente e equiparado a Centro de Trauma de nível I. Este polo concentra a resposta às situações de urgência e emergência de maior complexidade, integrando todas as especialidades médicas e cirúrgicas, bem como meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis em contexto urgente. Complementarmente, o SUG integra o Polo do Hospital Geral (HG), o Serviço de Urgência Básica de Arganil e duas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), em estreita articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), assegurando uma resposta integrada e contínua ao longo da cadeia de emergência.

O SUG está dividido em várias áreas especializadas para dar resposta a diferentes níveis de urgência. A Sala de Emergência assume-se como “o núcleo” de resposta às situações de maior gravidade, acolhendo pessoas em falência ou iminente falência de funções vitais, incluindo pessoas triadas com prioridade vermelha e integrados em vias verdes específicas, como a Via Verde de Trauma, AVC (Acidente Vascular Cerebral), Síndrome Coronária Aguda e Sepsis. Esta possui capacidade para cinco pessoas, podendo ser expandida para sete, em caso de necessidade. Esta área dispõe de recursos humanos e tecnológicos altamente diferenciados, sendo coordenada pelo médico intensivista, que assume a função de Coordenador de Emergência (CE), em articulação estreita com as restantes especialidades envolvidas. A Área de Alta Complexidade Médica (Laranja) destina-se à receção, avaliação e tratamento de pessoas com patologia médica triadas com prioridade laranja, que apresentam elevado risco de deterioração clínica, mas que não se encontram, à admissão, em falência iminente das suas funções vitais. Esta área dispõe de boxes equipadas com monitorização contínua, permitindo vigilância clínica apertada, intervenção terapêutica precoce e reavaliação frequente. As pessoas aqui admitidas podem ser posteriormente transferidas para outras áreas do SUG ou para um serviço de internamento, de acordo com a evolução clínica. A coordenação desta área é assegurada pelo Coordenador da Equipa Médica (CEM), que gere a alocação de recursos humanos e a articulação com outras áreas e especialidades. A Área de Média Complexidade (Área Amarela) constitui uma área multifuncional destinada à observação e tratamento de pessoas triadas como urgentes, que não apresentam critérios de gravidade imediata, mas que requerem avaliação médica célere, exames complementares de diagnóstico e eventual intervenção terapêutica. Esta área acolhe pessoas autónomas ou em maca, sem referência prévia para especialidade específica, funcionando como espaço central de avaliação clínica e decisão. A coordenação desta área

é assegurada pelo Coordenador da Área de Média e Baixa Complexidade (CAMB), que gere de forma dinâmica os recursos disponíveis, em função do volume e complexidade das pessoas. A Área de Baixa Complexidade (Área Verde) destina-se ao atendimento de pessoas com patologia de menor gravidade, triados com prioridade azul, verde e amarela, que apresentam situações clínicas estáveis e de resolução previsivelmente rápida. Esta área permite a abordagem de situações agudas simples, contribuindo para a fluidez do serviço e para a adequada utilização dos recursos especializados. A coordenação funcional desta área é igualmente assegurada pelo CAMB e pelo internista escalado do Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), garantindo a articulação com as restantes áreas do SUG. A Área de Especialidades Cirúrgicas destina-se à avaliação, estabilização e tratamento de pessoas com patologia cirúrgica aguda, assumindo um papel central na resposta a situações urgentes e emergentes. Esta área dispõe de boxes com monitorização contínua, gabinetes de observação, espaços para procedimentos específicos e uma sala de pequena cirurgia, permitindo a realização de intervenções em contexto de urgência. A equipa médica é constituída por elementos da cirurgia geral e por outras especialidades cirúrgicas, em regime de presença física ou prevenção, sendo a coordenação funcional assegurada pelo Coordenador da Equipa Cirúrgica (CEC), em articulação com o Coordenador da Equipa Anestésica (CEA), nomeadamente na gestão de prioridades para o Bloco Operatório de Urgência. São encaminhados para esta área pessoas com referenciação direta, pessoas triadas como muito urgentes com necessidade de avaliação cirúrgica e pessoas com feridas traumáticas, garantindo-se uma resposta integrada, articulada e proporcional à gravidade clínica, em estreita colaboração com as restantes áreas do SUG. A Área de Triage é composta por quatro gabinetes e é utilizado o Protocolo de Manchester para priorizar atendimentos com base na gravidade. O Bloco Operatório, que se encontra localizado junto à Sala de Emergência, ainda não se encontra em funcionamento, mas estará equipado para cirurgias de emergência, com equipa multidisciplinar disponível. As Especialidades Periféricas oferecem suporte especializado em Ginecologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia, com acesso direto a exames complementares de diagnóstico. A Radiologia, exclusiva para pessoas do SUG, está disponível 24 horas e está equipada com tecnologia de última geração para tomografia computadorizada, ultrassonografia e radiografia digital. No SUG, existe também um gabinete de informações que se encontra assegurado por um enfermeiro das 8h às 24h.

O modelo de funcionamento do SUG assenta numa abordagem centrada na transferência de responsabilidade clínica, em detrimento da simples deslocação física da pessoa entre áreas (Unidade Local de Saúde de Coimbra, s.d.). Este modelo privilegia a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados, promovendo uma comunicação

estruturada e eficaz entre equipas, nomeadamente através da metodologia ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2017a). A responsabilidade clínica é definida de forma dinâmica, podendo ser exclusiva ou partilhada entre especialidades, de acordo com a gravidade clínica, a presença física das equipas e a disponibilidade de recursos, sendo o Chefe de Equipa de Urgência (CEU) a entidade responsável pela resolução de situações de conflito ou ausência de consenso.

A observação da pessoa deverá ser realizada na área em que a pessoa se encontra e não implicar a deslocação da mesma, exceto em situações que exijam medidas de diagnóstico e terapêutica, apenas existentes numa determinada área do SUG.

Os protocolos e procedimentos incluem a Via Verde de Trauma, que assegura atendimento rápido e coordenado para vítimas de trauma grave, a Via Verde de AVC, que identifica e trata precocemente AVC's, a Via Verde Coronária, que foca no diagnóstico e intervenção rápida em casos de síndromes coronárias agudas, a Via Verde Sépsis que promove a identificação precoce e manejo agressivo de casos de sépsis e o Protocolo de Transferência, que garante a continuidade de cuidados em casos que necessitam de transferência para outras unidades.

O funcionamento do SUG é liderado pelo CEU, apoiado pelo enfermeiro coordenador, o CE, o CEM, o CEC, CEA e pelo CAMB (Unidade Local de Saúde de Coimbra, s.d.).

A equipa do SUG participa regularmente em programas de formação contínua, incluindo cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV), formação em gestão de crises e liderança e atualizações de protocolos clínicos e uso de novas tecnologias. Em síntese, o SUG da ULS Coimbra é um serviço estruturado e altamente diferenciado, que visa oferecer resposta rápida e eficaz às emergências médicas, promovendo o trabalho multidisciplinar e garantindo qualidade no atendimento e resposta à comunidade.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, cuja ação se baseia em princípios éticos, sendo eles o da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça e também em princípios deontológicos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Relativamente à primeira competência comum do enfermeiro especialista, que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019, espera-se que o enfermeiro exerça uma prática especializada norteada pelo rigor do enquadramento legal vigente, pelos princípios éticos fundamentais e pelos princípios deontológicos da profissão. Deste modo, cabe ao enfermeiro assegurar cuidados que promovam e salvaguardem os direitos humanos, bem como as responsabilidades inerentes ao exercício profissional, garantindo a dignidade, a integridade e o respeito pela pessoa cuidada. Esta organiza-se em duas competências principais: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Na minha perspetiva, para a aquisição desta competência foi necessário ter em consideração a estrutura física e organizacional, quer do SMI, quer do SUG. Relativamente ao SMI, cada unidade encontra-se estruturada em ambiente *open space*, sem cortinas que dividem as unidades individuais das pessoas que se encontram ali internadas em estado crítico que, por sua vez, apresentam o inconveniente de não se assegurar a privacidade necessária das mesmas, de prejudicar a contenção de infeções nosocomiais e cruzadas e da impossibilidade de isolamento de pessoas com patologias contagiosas. No entanto, o conceito de a unidade ser *open space*, tem como vantagem o facto de terem comunicação visual com o posto de vigilância centralizada (enfermagem e médica), sendo uma funcionalidade descrita pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2024). Por sua vez, o SUG respeita a organização dos cuidados em boxes, conforme preconizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). De acordo com estas orientações, as boxes constituem uma alternativa preferencial às disposições em *open space*, permitindo a observação, diagnóstico, tratamento e assistência a pessoas em situação crítica ou não crítica, desde que assegurado o contacto visual permanente entre a pessoa e os profissionais (Administração Central do

Sistema de Saúde, Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Unidade de Instalações e Equipamentos, 2015). No entanto, a configuração estrutural do serviço, associada à elevada afluência de pessoas, traduz-se frequentemente em situações de sobrelotação, nas quais o número de boxes disponíveis se revela insuficiente para dar resposta às necessidades assistenciais. Esta realidade impõe desafios éticos acrescidos à prática de enfermagem, uma vez que, em contextos de elevada pressão assistencial, se torna necessário recorrer a soluções transitórias, como a permanência de pessoas em espaços comuns ou a partilha funcional de áreas, potenciando a exposição física e a limitação da privacidade. Acresce que, no SUG da ULS de Coimbra, as boxes estão equipadas com cortinas opacas, que permitem salvaguardar a privacidade e a dignidade da pessoa cuidada, mas cuja opacidade impede o contacto visual permanente entre a pessoa e os profissionais. Assim, para garantir uma vigilância contínua e segura, particularmente em pessoas instáveis ou com risco de deterioração clínica, torna-se frequentemente necessário manter as cortinas recolhidas, o que exige uma ponderação ética constante entre a segurança clínica e o respeito pela intimidade da pessoa.

De acordo com o artigo 107º do Código Deontológico referente ao respeito pela intimidade, o enfermeiro tem como dever salvaguardar na sua prática, nas tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Tanto no contexto do SUG como do SMI, tal responsabilidade se reveste de particular complexidade, dada a estrutura física e organizacional do serviço, como anteriormente descrito. Estas condicionantes podem comprometer a proteção da dignidade e privacidade da pessoa, sendo essencial que o enfermeiro recorra a intervenções que conciliem práticas centradas na pessoa, assim como medidas técnicas e adaptações organizacionais. Durante a minha jornada, as intervenções que adotei consistiram na implementação de barreiras visuais móveis, como biombos ou painéis amovíveis e a articulação da disposição dos leitos, de modo a minimizar linhas diretas de visão durante cuidados íntimos, limitação do número de profissionais presentes durante atos íntimos, garantindo sempre o prévio pedido de autorização da pessoa, quando possível a cobertura de áreas corporais não implicadas no procedimento. Estas estratégias refletem o compromisso do enfermeiro com o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa, em consonância com os princípios éticos e deontológicos anteriormente descritos.

Quando é abordada a privacidade, esta não engloba apenas a privacidade durante a prestação de cuidados, mas também a segurança e a confidencialidade pela informação pertencente à pessoa. Assim levantam-se, também, outras questões éticas relativas às informações clínicas da pessoa, bem como a forma como é realizada a passagem de informação entre profissionais, que apesar de consideradas fundamentais para a continuidade

dos cuidados e segurança dos mesmos, é necessário ter zelo e cuidado na forma como se transmitem as mesmas. Observou-se no SUG que, devido à necessidade de vigilância constante das pessoas e à configuração do espaço, a “passagem de turno” dos enfermeiros é frequentemente realizada nas proximidades das pessoas, podendo inadvertidamente expor dados sensíveis. Para mitigar este risco, adota-se como estratégia a realização da “passagem de turno” em grupos restritos, com controlo do tom de voz e transmissão apenas das informações essenciais à equipa. Por outro lado, a passagem de informações relativas a pessoas em condição crítica é efetuada junto à pessoa, assegurando a correta transmissão e o zelo na salvaguarda das informações clínicas, bem como a segurança da pessoa. No SMI também pude observar que quando é realizada a passagem de turno do enfermeiro coordenador para a equipa e para o coordenador que irá assumir o turno seguinte por vezes é realizada num tom de voz mais elevado o que, por sua vez, faz com que caso existam pessoas conscientes e orientadas nas unidades acabem por perceber algumas das informações. No entanto, devido ao facto de ser um serviço em que as pessoas necessitam de vigilância constante, torna-se impossível que a transmissão das informações sobre o turno seja realizada num local resguardado longe das pessoas que se encontram internadas. Uma estratégia utilizada no SMI e no SUG é realizar a passagem de turno num grupo restrito, de forma que o tom de voz não seja tão elevado e apenas as informações cruciais para toda a equipa sejam transmitidas. Por outro lado, a passagem de informações relativas à pessoa em condição crítica, do enfermeiro prestador de cuidados para o próximo enfermeiro que irá assumir os cuidados, é efetuada à cabeceira da pessoa em questão, salvaguardando assim a correta transmissão e o zelo pelas informações clínicas, bem como a própria segurança da pessoa.

O dever de informar a pessoa e a sua família sobre os cuidados de enfermagem, assume-se igualmente como um princípio transversal, tanto no SUG como no SMI. Independentemente do estado de consciência da pessoa, procurei garantir que esta fosse informada acerca das intervenções a realizar e do seu estado clínico, promovendo o respeito pela autonomia e dignidade. Do mesmo modo, esclareci junto da família todas as dúvidas que surgiam, fornecendo informações adequadas e recorrendo, sempre que necessário, aos elementos da equipa multidisciplinar para colmatar necessidades específicas de informação. Esta postura, alinhada com o enquadramento legal e ético vigente, reforça a salvaguarda dos direitos humanos, a responsabilidade profissional e a qualidade dos cuidados prestados, mesmo em contextos de elevada exigência e imprevisibilidade.

Durante a minha prática, tendo em conta a estrutura física do SMI e do SUG, prezei por assegurar a confidencialidade da informação, evitando a transmissão de informação em

locais movimentados e se possível num local mais resguardado que, na maioria das vezes, era junto do leito da pessoa.

A bioética constitui uma área do saber dedicada a delimitar as finalidades e os contornos éticos da intervenção humana sobre a vida. Fundamenta-se no reconhecimento da dignidade intrínseca da pessoa e estrutura-se, para análise e tomada de decisões, sobre as suas questões centrais, em quatro princípios fundamentais: a beneficência, a não maleficência (*primum non nocere*), a autonomia e a justiça (Rodrigues et al., 2021).

No contexto da prestação de cuidados à pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), no SMI, tornou-se evidente que a atuação do enfermeiro ultrapassa os limites da técnica em si. O cuidado exige uma constante ponderação ética, centrada no equilíbrio entre a eficácia das intervenções e o respeito pela dignidade humana. A gestão da sedoanalgesia ilustra bem essa complexidade, pois é necessário garantir que a pessoa se mantenha confortável, sem recorrer a níveis excessivos de sedação que comprometam a avaliação do seu estado neurológico. Este equilíbrio é essencial para facilitar a adaptação à VMI e, simultaneamente, prevenir complicações clínicas decorrentes da impossibilidade de monitorização neurológica adequada. Tal prática exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade ética e humana. A tomada de decisão realizada é orientada por princípios bioéticos fundamentais, como a beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, ainda que esta última se manifeste de forma indireta. Assim, o cuidado revela-se como um espaço onde a técnica se entrelaça com a ética, exigindo do profissional uma postura reflexiva, empática e comprometida com o bem-estar integral da pessoa.

O princípio da beneficência consiste no dever de promover ativamente o bem-estar da pessoa, assim como de prevenir ou atenuar o sofrimento, orientando-se pela maximização dos benefícios decorrentes da intervenção clínica e pela minimização dos potenciais riscos e prejuízos inerentes a essa prática (Rodrigues et al., 2021). Um dos exemplos que vivenciei no SUG relaciona-se com uma pessoa que se encontrava em insuficiência respiratória aguda, com indicação para intubação orotraqueal. Nesta situação, a preparação rigorosa do material e da terapêutica sedoanalgésica assume um papel determinante para garantir a segurança e o sucesso do procedimento. Também a preparação técnica e uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar permitem a antecipação de potenciais complicações, constituindo assim aspetos essenciais que evidenciam a aplicação do princípio da beneficência. Assegurar que todos os elementos estão “reunidos”, nomeadamente material de intubação, fármacos para sedação e analgesia e a equipa devidamente treinada e preparada, permite não só uma resposta célere em situações de emergência, como também reduz o risco de eventos adversos, promovendo a segurança e bem-estar da pessoa.

O princípio da não-maleficência encontra-se intrinsecamente relacionado com a beneficência, orientando-se pela obrigação de prevenir e evitar danos à pessoa. Este princípio implica a recusa em infligir prejuízo ou sofrimento, bem como a oposição à perpetuação de intervenções médicas que se revelem inúteis ou desproporcionais (Varkey, 2021). Refere-se ao dever do médico de buscar o benefício do tratamento (princípio da beneficência), limitando, sempre que possível, danos decorrentes de sua intervenção. Um exemplo elucidativo vivenciado no SMI é o caso de uma pessoa vítima de tentativa de suicídio por arma de fogo, cujo tratamento inicial implicou múltiplas intervenções destinadas à estabilização e melhoria do seu estado clínico. Contudo, perante a ineficácia das intervenções, optou-se pela limitação terapêutica e pela implementação de cuidados de conforto. Esta decisão pode ser analisada à luz dos princípios bioéticos clássicos, beneficência e não maleficência, justificando e legitimando a escolha pela limitação terapêutica e pela priorização de cuidados de conforto quando as intervenções se revelam ineficazes ou desproporcionadas. No que respeita à beneficência, a equipa multidisciplinar tem a obrigação de procurar o melhor interesse da pessoa, efetuando intervenções que ofereçam uma perspetiva real de benefício clínico e de melhoria da qualidade de vida. As medidas iniciais empreendidas para estabilização e tratamento traduzem essa obrigação de promover o bem-estar e reduzir o sofrimento. Contudo, a avaliação contínua da resposta terapêutica impõe a consideração da relação benefício-risco de cada intervenção. Quando os procedimentos deixam de promover resultados significativos ou quando os benefícios esperados são mínimos face ao sofrimento imposto, a prossecução indefinida de cuidados curativos contraria o próprio princípio da beneficência. O princípio da não-maleficência complementa e limita a beneficência, exigindo que não se pratiquem atos que causem dano, sofrimento desnecessário ou prolongamento inútil da vida através de tratamentos desproporcionados. No contexto descrito, a persistência em intervenções invasivas e futilmente prolongadoras poderia infligir dano adicional, sem real perspetiva de recuperação significativa, pelo que a decisão de limitar a terapêutica alinha-se com a obrigação de evitar malefícios e de não perpetuar procedimentos que apenas aumentem o sofrimento.

O princípio da autonomia não é aplicável a pessoas que não possuam capacidade para agir de forma independente. Quando uma pessoa apresenta limitações físicas ou mentais que comprometam a sua capacidade de decisão, as implicações práticas podem assemelhar-se às de uma declaração judicial de incapacidade, apesar de se tratar de conceitos distintos. A capacidade para decidir sobre cuidados de saúde é avaliada por profissionais de saúde, enquanto a competência é determinada por um tribunal (Varkey, 2021). Na aplicação deste princípio, procurou-se envolver a pessoa orientada auto e alopsiquicamente no processo de cuidados, garantindo-lhe sempre a possibilidade de aceitar

ou recusar os procedimentos propostos, assegurando que estava devidamente informada e que compreendia os objetivos, bem como os riscos e benefícios associados às intervenções a realizar. Devo também destacar que, em situações de emergência, o consentimento pode ser presumido, sendo este aplicado à pessoa que está inconsciente e sem representante legal presente e existe risco iminente para a saúde ou vida da pessoa. Nesses casos, se a intervenção for adiada para a obtenção do consentimento expresso, deve prevalecer o princípio da beneficência (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2015).

O princípio da justiça assegura os direitos de todas as pessoas, promovendo uma assistência equitativa e imparcial. Centra-se no tratamento igualitário à pessoa, tendo em conta as suas necessidades e capacidades, sem admitir qualquer forma de discriminação (Rodrigues et al., 2021). Em termos práticos, traduz-se num cuidado apropriado, justo e equitativo à pessoa. Entre as diversas concepções de justiça, a mais pertinente para a reflexão ética é a justiça distributiva, que se refere à alocação justa, equitativa e adequada dos recursos de saúde segundo normas justificadas (Varkey, 2021). No SMI, observa-se que os cuidados e o acesso a profissionais qualificados seguem princípios de equidade, sendo preenchida a *Nursing Activities Score* (NAS) em todos os turnos noturnos. A NAS tem como objetivo determinar as atividades de enfermagem que melhor representam a carga de trabalho em uma unidade de cuidados intensivos (UCI), atribuindo pontuações a essas atividades para descrever o consumo médio de tempo relacionado a elas, ao invés da gravidade da doença (Macedo, 2017). Assim, através dos scores obtidos na escala anteriormente referida, os enfermeiros são distribuídos equitativamente de forma a proteger as pessoas de variações de qualidade por sobrecarga de profissionais e promove condições justas aos membros da equipa, refletindo equidade no acesso a cuidados qualificados. Por sua vez, no SUG este princípio está bem explanado na área da triagem, pois, independentemente do motivo de entrada, condição clínica, idade ou antecedentes, todas as pessoas são avaliadas com base em critérios objetivos, definidos por protocolos e escalas validadas, o que assegura que os cuidados urgentes são prestados prioritariamente a quem deles mais necessita e não por ordem de chegada ou por influência de fatores externos. Assim, a justiça manifesta-se tanto na priorização das necessidades clínicas como na distribuição equitativa dos recursos disponíveis.

Ao longo do meu percurso no SMI e no SUG, evidenciou-se um progressivo desenvolvimento das minhas competências no âmbito da ética e da responsabilidade profissional, decorrente da experiência prática adquirida e da interação contínua com a pessoa alvo de cuidados. Esta proximidade contribuiu significativamente para o fortalecimento da minha capacidade de análise crítica, interpretação e tomada de decisão, sustentada por princípios de assertividade, empatia e respeito pelas vontades, crenças e valores individuais.

A ética e a responsabilidade constituem princípios fundamentais consagrados no Código Deontológico dos Enfermeiros, sendo pilares estruturantes da prática profissional e da prestação de cuidados humanizados. Estes princípios estiveram presentes em todas as dimensões da minha atuação durante o estágio, orientando as minhas intervenções e decisões clínicas. De forma coerente com os valores da profissão, assegurei o respeito pelos direitos humanos, pela segurança, privacidade, intimidade e dignidade da pessoa, bem como dos seus familiares ou pessoas significativas. Esta postura permitiu-me consolidar competências essenciais para a garantia de uma prática de cuidados que respeita os direitos fundamentais, reforça a responsabilidade profissional e promove a qualidade assistencial.

2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O Regulamento n.º 140/2019 sublinha a responsabilidade do Enfermeiro Especialista na conceção, implementação e divulgação de projetos de qualidade. Essa competência foi evidenciada e desenvolvida, na prática clínica, pela integração de feixes de intervenção e de práticas baseadas em evidência, evidenciando um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade e a prestação de cuidados seguros e eficazes.

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, a qualidade em saúde é entendida como a prestação de cuidados que se caracterizam pela acessibilidade e equidade, assegurados por profissionais competentes que, tendo em consideração os recursos disponíveis, promovem a adesão e a satisfação do cidadão. Este conceito implica, ainda, a adequação dos cuidados às necessidades reais e às expectativas individuais de cada pessoa. O mesmo documento evidencia ainda que a qualidade está diretamente ligada à segurança dos cuidados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança da pessoa, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.” (Portugal, Despacho n.º 9390/2021, p.97). Este encontra-se alicerçado em 5 pilares, sendo um deles a comunicação, sendo que um dos seus objetivos estratégicos consiste em “adequar a comunicação da informação clínica à pessoa, família e cuidador” (Portugal, Despacho n.º 9390/2021, p.101).

Durante o estágio apercebi-me que a comunicação é um elemento fulcral nas equipas e que ambas as equipas de enfermagem dos serviços onde realizei a prática clínica têm muito presente, sendo que existem formações e projetos de melhoria da mesma, nomeadamente na uniformização da transmissão de informações pela ferramenta ISBAR, que constitui um

instrumento de padronização da comunicação em contexto de saúde, sendo amplamente reconhecida pelo seu contributo na promoção da segurança da pessoa durante a transmissão de cuidados. Trata-se de um recurso mnemónico que facilita a organização e a clareza da comunicação verbal entre profissionais de saúde, permitindo estruturar de forma simples e eficaz uma informação potencialmente complexa (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2017a).

No entanto, a comunicação no SUG e no SMI é muito mais do que transmissão de informação, porque as pessoas ali cuidadas vivem uma transição de saúde-doença que consiste, segundo Meleis et al. (2000), na transição de saúde-doença que a pessoa em situação aguda se encontra a viver devido a um evento crítico e/ou alteração do estado de saúde para um estado de doença. Nesta situação, a incerteza surge como um dos principais fatores dificultadores, sendo importante no sentido de adaptação, lidar com a incerteza possibilitando a realização pessoal, pela busca de um equilíbrio (Mishel, 1988). Desta forma, procurei, ao longo dos estágios, desenvolver uma comunicação terapêutica centrada na pessoa, capaz de acolher emoções, clarificar dúvidas e reduzir a ansiedade associada ao contexto de urgência ou ao contexto de cuidados intensivos. A escuta ativa, a adequação da linguagem e a atenção aos sinais não verbais foram essenciais para promover confiança e facilitar a adaptação ao processo de doença. Também procurei envolver o familiar/pessoa de referência, reconhecendo o seu papel no apoio emocional e na compreensão da situação clínica. Esta experiência reforçou a importância da comunicação como ferramenta fundamental da prática avançada em enfermagem, especialmente em contextos de elevada vulnerabilidade, onde cada interação pode influenciar a segurança, o bem-estar e a capacidade de *coping* da pessoa.

O enfermeiro através da sua intervenção, pretende diminuir a incerteza reconhecendo o papel da classe profissional, como facilitador no processo de transição pela pessoa e família (Dohms & Gusso, 2021). Desta forma, juntamente com as minhas colegas do curso de mestrado, realizei uma atividade formativa sobre estratégias de comunicação para lidar com a incerteza, intitulada de “Comunicar na incerteza: Estratégias de comunicação no processo de transição saúde-doença”, com o intuito de capacitar os enfermeiros pertencentes à equipa do SMI (Apêndice I). As estratégias de comunicação visam superar barreiras específicas que comprometem a eficácia da transmissão de informação entre profissionais, a pessoa cuidada e a sua família/cuidados. Entre essas dificuldades, destacam-se a complexidade em comunicar de forma clara e segura, especialmente no que respeita ao prognóstico e/ou diagnóstico, a limitação de tempo para fornecer uma explicação completa da situação clínica, bem como a dificuldade em transmitir más notícias que leva, por vezes, à evasão do tema. Adicionalmente, verifica-se pontualmente a desvalorização da importância de partilhar

informações relevantes sobre casos específicos, ou mesmo a ocultação de dados com a falsa percepção de que tal atitude protegerá a pessoa de sofrimento emocional. Esta prática pode estar associada ao receio de envolvimento afetivo por parte do profissional, que tende a evitar contactos que possam gerar maior proximidade emocional. Estas barreiras, conforme descrito por Corney (2000), exigem uma abordagem comunicacional consciente, empática e ética, que promova a transparência e o respeito pelos direitos e necessidades da pessoa. Na atividade formativa foram facultadas estratégias de comunicação, dicas e formas de as aplicar, com o intuito de melhorar a comunicação para com a pessoa em situação crítica e com os seus familiares. Algumas das estratégias são a aliança terapêutica, confrontação, a paráfrase, entre outras.

O *debriefing* é uma ferramenta crucial na aprendizagem, uma vez que possibilita a análise das reações, sentimentos de cada elemento da equipa, a revisão dos acontecimentos e das intervenções realizadas, a identificação de aspetos menos eficazes e a discussão de estratégias de melhoria. Este procedimento promove a análise crítica e favorece o desenvolvimento de conhecimentos essenciais para aprimorar práticas futuras (Alexandrino et. al, 2023). Durante o meu percurso no SUG, realizei diversos *debriefings* com a enfermeira tutora de estágio, o que me permitiu identificar fragilidades/áreas de melhoria na prestação de cuidados, quer na minha atuação, quer na dos profissionais observados, possibilitando a delineação de intervenções que, em futuras situações, poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Num dos *debriefings* realizados, foi possível identificar que a uniformização dos cuidados assumia particular relevância, sobretudo num contexto em que a equipa tinha recentemente integrado novos elementos. Esta realidade evidenciou a necessidade de implementar estratégias que promovessem a padronização de procedimentos, nomeadamente no que respeita à preparação de fármacos na sala de emergência, área crítica onde a rapidez e a precisão são determinantes para a segurança da pessoa, bem como a otimização do procedimento de acolhimento aos novos elementos da equipa. Neste sentido, após reflexão conjunta e debate com as colegas que se encontravam a realizar o mesmo estágio, emergiu um consenso quanto à pertinência da elaboração de uma tabela de apoio contendo os fármacos mais frequentemente utilizados, bem como a respetiva posologia e diluição (Apêndice II). Esta ferramenta foi entendida como uma estratégia facilitadora, não só para apoiar a integração e atuação dos novos elementos da equipa, mas também como um meio eficaz de promover a uniformização dos cuidados, reduzir a variabilidade das práticas e minimizar o risco de erro, contribuindo, assim, para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados na sala de emergência.

O Enfermeiro Especialista assegura um ambiente terapêutico e seguro, gerindo-o de forma centrada na pessoa para garantir a efetividade do cuidado e prevenir incidentes. A sua

atuação baseia-se na promoção do bem-estar, gestão de riscos e melhoria contínua da qualidade (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4747), sendo que a sua prática deve estar baseada na qualidade e em promover um ambiente seguro e terapêutico, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados. Aquando os estágios procurei prestar cuidados que promovessem um ambiente seguro e terapêutico. Para isso adotei algumas estratégias, como identificar as áreas de intervenção nas quais apresentava dificuldades (ex. atividades de gestão, triagem de Manchester, aplicação das Vias Verdes, técnicas de substituição renal, VMI, neuromonitorização) e consolidá-las junto da minha enfermeira tutora e através do aprofundamento do conhecimento científico das mesmas de forma a prestar cuidados de qualidade. Outras estratégias utilizadas com o intuito de minimizar o erro e consequentemente a redução ou eliminação do dano para a pessoa cuidada, foram a utilização dos “13 certos” na administração de terapêutica, consulta de protocolos vigentes no serviço, a execução de medidas para a prevenção de feridas por pressão e de prevenção de quedas (nível de cama baixo, elevação das grades). Um caso exemplificativo da otimização do ambiente é na diminuição de estímulos em pessoas com alterações da pressão intracraniana, através da diminuição do ruído, da luminosidade e elevação da cabeceira a pelo menos 30°. Face ao exposto, considero que a minha intervenção contribuiu positivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, prestei cuidados sustentados na melhor evidência científica disponível, adequados ao contexto clínico, promovendo a segurança e o bem-estar da pessoa cuidada e sua família.

2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados, as competências intrínsecas a este domínio são “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Portugal, Regulamento n.º 429/2018).

Para assegurar uma gestão eficaz dos cuidados de enfermagem, é imperativo que o enfermeiro especialista detenha competências sólidas de liderança. Segundo Santos (2019), esta constitui uma competência essencial na prática de enfermagem, uma vez que o enfermeiro é reconhecido como um profissional de referência na prestação de cuidados de saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na orientação da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde, apoiando-os na tomada de decisões clínicas no quotidiano da prática assistencial. Este apoio é sustentado na partilha de informação baseada em evidência científica e nas melhores práticas, garantindo que as decisões sejam informadas, equilibradas e ajustadas às necessidades específicas das pessoas cuidadas. As competências no domínio da gestão de cuidados não se restringem à

gestão de recursos humanos, abrangendo igualmente a gestão de equipamentos, instalações e materiais, bem como a própria organização e coordenação dos cuidados. Em todas estas dimensões, o objetivo primordial consiste na melhoria contínua e na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A gestão é um domínio que apresenta uma importância de grande porte na manutenção de um padrão de excelência dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Está implícita nos cuidados de diversas formas, potenciando a organização, os recursos humanos e materiais e a própria qualidade dos cuidados. No SUG existem dois papéis centrais relativamente à gestão de cuidados, o enfermeiro enquanto Responsável de Área e o enfermeiro enquanto Coordenador de Turno. Por sua vez, no SMI existe o Enfermeiro Coordenador de Turno. No entanto importa clarificar que, em Portugal, a figura do enfermeiro coordenador de equipa não se encontra legislada ou regulamentada, apesar de existir a sua presença na estrutura organizacional das instituições de saúde. Desta forma a definição e aplicação deste papel variam consideravelmente entre as instituições, mesmo entre aquelas subordinadas ao Ministério da Saúde (Antunes, 2021). Nesse sentido, torna-se imperativo estabelecer uma definição mais clara e uniforme para o enfermeiro coordenador, caracterizando-o “como sendo um elemento central da equipa que integra e das respetivas unidades funcionais onde exerce funções”, “(...) assumindo funções de responsabilidade acrescida na gestão de cuidados”, “(...) sendo um elemento que trabalha lado a lado com os seus pares, não evidenciando um cargo bem definido” (Marques, 2019, p.63).

No SMI tive a oportunidade de realizar um turno com o enfermeiro coordenador. Perante a minha experiência, pude constatar que a função deste se revela como uma posição central na garantia da qualidade, segurança e continuidade dos cuidados prestados às pessoas em situação crítica. Com base no perfil de competências institucional, o coordenador de turno assume responsabilidades que conjugam conhecimento clínico especializado, capacidade de liderança adaptativa e competências organizacionais, permitindo a articulação eficiente dos recursos humanos, materiais e tecnológicos face às necessidades da pessoa e às exigências do contexto assistencial. Entre as suas atribuições destacam-se a distribuição das pessoas por enfermeiro segundo o grau de severidade e o NAS, a supervisão direta das práticas clínicas e a orientação dos profissionais menos experientes, bem como a monitorização do cumprimento de protocolos e normas de segurança. O enfermeiro coordenador tem ainda a responsabilidade de gerir o *stock* de fármacos e materiais essenciais, validar pedidos extraordinários, assegurar a correta manutenção e disponibilidade de equipamentos de emergência (desfibrilhador, ventilador portátil, carros de urgência) e organizar o envio atempado de espécimes para análise, medidas que contribuem decisivamente para a eficiência operacional da unidade. Relativamente ao plano relacional e

ético, o coordenador atua como elo entre a equipa e a hierarquia, promovendo uma comunicação clara e estruturada durante a passagem de turno, mediando conflitos com imparcialidade e apoiando a família da pessoa nos momentos de maior vulnerabilidade. A sua tomada de decisão é informada por princípios deontológicos e por evidência científica, cabendo-lhe também identificar necessidades de formação e participar em iniciativas de melhoria contínua e investigação em serviço, contribuindo para o desenvolvimento profissional do grupo e para a segurança clínica das pessoas. A observação do turno durante uma sexta-feira permitiu constatar a concretização destas funções em operações diárias e semanais específicas: a preparação de pedidos de medicação programados, a verificação e reposição de estupefacientes, a contabilização de materiais e a participação proactiva nas reuniões médicas diárias. Estas atividades evidenciaram a importância da coordenação atempada e metódica para assegurar a continuidade dos cuidados, minimizar riscos e responder com rapidez às situações de instabilidade clínica, confirmando o papel determinante do enfermeiro coordenador na organização e no funcionamento do serviço.

Por sua vez no SUG, não me foi possível observar *in loco* as funções do enfermeiro coordenador, no entanto tive a oportunidade de, juntamente com a minha enfermeira tutora, interagir com o mesmo e identificar as funções exercidas por este. Entre as diversas funções desempenhadas identificadas, destacou-se a gestão de recursos humanos, a qual integrou a adequada distribuição da carga de trabalho dos enfermeiros e dos técnicos auxiliares de saúde, em articulação com as flutuações do fluxo de pessoas, bem como a gestão de ausências, trocas de turno e o apoio contínuo aos elementos da equipa. Em paralelo, a gestão logística assumiu um papel determinante, nomeadamente na supervisão dos *stocks* de medicação, incluindo a realização de pedidos urgentes à farmácia e o controlo de substâncias sujeitas a regimes de prescrição restrita, como os estupefacientes, assim como na monitorização do empréstimo e devolução de equipamento crítico, garantindo o envio atempado de dispositivos para os processos de esterilização. A coordenação operacional constituiu-se como um eixo central da resposta assistencial, implicando a monitorização permanente do nível de ocupação do serviço de urgência, a identificação de áreas sujeitas a maior pressão e sobrelotação e a gestão de intercorrências clínicas, incluindo a organização de transportes para altas e a vigilância de pessoas com tempos de permanência prolongados. A aplicação rigorosa de protocolos e normas, desde a cadeia de custódia dos testes de alcoolemia até à implementação do protocolo de transfusão maciça, assegurou a conformidade legal e a segurança das pessoas. A elaboração sistemática de relatórios de turno, contemplando o fluxo de pessoas, as ocorrências relevantes e a mobilização de recursos humanos e materiais, contribuiu para a consolidação de um processo

comunicacional eficaz, essencial à continuidade dos cuidados e ao suporte da tomada de decisão ao nível hierárquico superior.

No entanto, no SUG, tive o privilégio cooperar nas funções do enfermeiro enquanto responsável de área. O Enfermeiro Responsável de Área é o enfermeiro que tem como funções coordenar o trabalho de enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde na respetiva área da urgência sob a sua responsabilidade, supervisionar o trabalho realizado pelos técnicos auxiliares de saúde, gerir os horários de refeições dos elementos da equipa, realizar a gestão da pessoa e cuidados diretos, gerir os transportes, internamentos, exames e recursos (Unidade Local de Saúde de Coimbra, 2025). Esta experiência permitiu-me compreender, de forma prática, a importância da supervisão contínua dos cuidados prestados, da gestão eficiente dos recursos humanos e materiais, bem como da articulação entre diferentes membros da equipa multidisciplinar. Ao acompanhar a monitorização das admissões, a organização das pausas e refeições, e a gestão dos transportes inter-hospitalares, pude observar como a liderança ativa e a capacidade de adaptação são fundamentais para garantir a fluidez dos processos e a qualidade dos cuidados. Adicionalmente, participei na validação das condições das pessoas antes das transferências, assegurando que toda a informação relevante era transmitida à equipa de transporte e aos serviços recetores, o que reforçou a importância da comunicação eficaz e do cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais. Esta vivência contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências de gestão, proporcionando-me uma visão mais abrangente do papel do enfermeiro especialista na promoção de um ambiente seguro, estruturado e centrado nas necessidades da pessoa cuidada e dos seus familiares. Pude observar que em situações de sobrelotação da área, o Enfermeiro Responsável de Área enfrenta desafios acrescidos na gestão dos recursos humanos e materiais, bem como na garantia da continuidade e qualidade dos cuidados. A sobrelotação pode dificultar a monitorização adequada de todas as pessoas, aumentar o risco de erro e exigir uma rápida adaptação das prioridades de intervenção, colocando pressão adicional sobre a equipa (Morley et al, 2018). Obstáculos como a escassez de camas, a limitação de tempo para cada pessoa e a necessidade de gerir múltiplas solicitações em simultâneo são frequentes nestes cenários (Forero et al.,2011). Nestas circunstâncias, torna-se essencial que o Enfermeiro Responsável de Área demonstre competências de liderança resiliente, promovendo o trabalho em equipa, otimizando a comunicação e adaptando estratégias de gestão para responder eficazmente às necessidades emergentes. Assim, a definição clara de prioridades, a delegação adequada de tarefas e a mobilização de recursos tornam-se instrumentos indispensáveis para minimizar o impacto da sobrelotação, assegurando que todos as pessoas recebam cuidados seguros e centrados nas suas necessidades. A experiência adquirida nestes contextos desafiantes reforça a importância da

flexibilidade, da tomada de decisão fundamentada e da capacidade de resposta rápida, permitindo-me enquanto futura enfermeira especialista consolidar a autonomia e contribuir de forma significativa para a manutenção da qualidade assistencial mesmo em cenários adversos.

Com as atividades e reflexões neste domínio, desenvolvi competências em liderança e gestão de recursos humanos e materiais, essenciais para aprimorar a qualidade e a segurança.

2.4. Competências do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é composto pelas seguintes competências “D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 — Baseia a sua *práxis* clínica especializada em evidência científica” (Portugal, Regulamento 140/2019, p.4745).

Com base no Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 100.º assenta que o enfermeiro tem o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, nomeadamente pela frequência de ações de qualificação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O artigo 109.º acrescenta que, em cada ato profissional, o enfermeiro deve procurar a excelência do serviço, incumbindo-lhe manter uma atualização contínua dos seus saberes e empregar de forma competente as tecnologias, sem descuidar a formação contínua e aprofundada nas ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Sendo que, o Enfermeiro Especialista deve evidenciar capacidade de autoconhecimento, considerado um elemento central na prática de enfermagem, dado que este se funde no estabelecimento de relações terapêuticas e a colaboração multiprofissional (Portugal, Regulamento 140/2019).

No SMI e no SUG, os enfermeiros especialistas assumem um papel central na promoção e disseminação de aprendizagens, contribuindo para a atualização contínua das equipas e para a integração de práticas baseadas no estado da arte. No SMI, esta responsabilidade manifesta-se através da participação ativa na formação contínua, na elaboração de protocolos (como por exemplo relacionados com nutrição entérica, terapias de substituição renal, gestão da sedoanalgesia e *delirium*, entre outros), mantendo os cuidados prestados atualizados e capazes de integrar práticas baseadas no estado da arte do conhecimento. Estas atividades fomentam a atualização técnica e a inovação nos processos assistenciais, contribuindo para a segurança e qualidade do cuidado. Já no SUG, embora não tenha tido oportunidade de participar em ações formativas, pude observar que os enfermeiros especialistas desempenham um papel estratégico na identificação de necessidades formativas emergentes, no acolhimento e integração de novos profissionais e na promoção

de um ambiente de aprendizagem contínua, favorecendo equipas mais coesas, resilientes e capazes de responder de forma inovadora às exigências do contexto assistencial.

A autoconsciência constitui um pilar essencial da prática reflexiva, permitindo ao enfermeiro reconhecer recursos, limitações e vieses que condicionam a relação com as pessoas que cuida, suas famílias e com a própria equipa. Em complemento, as competências emocionais, nomeadamente a autogestão, a empatia, a perceção social e a regulação emocional, facultam ao enfermeiro uma melhor compreensão dos comportamentos, motivações das pessoas que cuida (Marcelino et al., 2021) e por conseguinte uma gestão apropriada das respostas próprias em contextos de stress e incerteza. A relação de ajuda, elemento primordial na prática de enfermagem, é construída e influenciada pela capacidade de o profissional gerir as suas idiossincrasias e mobilizar recursos intrapessoais que favoreçam vínculos terapêuticos éticos e eficazes (Costa et al., 2021). Assim, a integração de autoconsciência e de competências emocionais contribui para uma comunicação mais clara com a pessoa em condição crítica e sua família, maior adesão terapêutica, maior coesão nas equipas multiprofissionais e para a implementação de mudanças organizacionais benéficas face aos desafios complexos e dinâmicos dos serviços em que prestam cuidados. Pode-se concluir que o desenvolvimento profissional centrado no autoconhecimento e nas competências relacionais é imprescindível para a prática contemporânea de enfermagem, permitindo conciliar o saber técnico e a capacidade relacional em prol de cuidados mais seguros, humanizados e eficazes.

Tendo em conta que a Prática Baseada na Evidência (PBE) constitui uma abordagem em saúde, que promove processos de tomada de decisão informados e seguros, sustentados na melhor evidência científica disponível (Silva et al., 2019), esta permite identificar e aplicar as melhores práticas clínicas, contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde e da qualidade dos cuidados prestados. Assim torna-se essencial que o enfermeiro desenvolva conhecimentos e competências que favoreçam a normalização da prática clínica, assegurando a qualidade dos cuidados prestados e potenciando os ganhos em saúde da pessoa alvo da intervenção.

Refletindo sobre o descrito anteriormente, durante ambos os estágios, a prática reflexiva foi constantemente estimulada, permitindo-me reconhecer emoções, limitações e forças pessoais. Recordo, o exemplo vivenciado na SMI, as situações de elevada pressão emocional, como o primeiro contacto com a família de uma pessoa que tinha sido admitida no SMI por rutura de um aneurisma da artéria basilar, em que a mesma apresentava um mau prognóstico, sendo que identifiquei sentimentos de ansiedade e insegurança perante a abordagem à família, pois dada a situação de incerteza associada à condição da pessoa, tornou-se difícil conseguir realizar a gestão do meu quadro emocional e ao mesmo tempo

apoiar aquela família que vivia a incerteza da possível morte do ente querido. Através da supervisão clínica e da autoanálise, fui capaz de transformar essas vivências em aprendizagem, adotando estratégias de regulação emocional e comunicação assertiva com a equipa e com os familiares da pessoa em estado crítico, sendo algumas dessas estratégias perceber inicialmente o que a família sabe da condição da pessoa, perceber o que estas querem ao certo saber, de forma a poder fornecer as informações mais adequadas e de forma clara. Outro exemplo, este experienciado no SUG, a situação em que uma pessoa desenvolveu um quadro de insuficiência respiratória aguda na presença de um familiar direto e na qual eu fui destacada pela minha enfermeira tutora para prestar apoio à família. A incerteza associada à evolução clínica dificultou a gestão do meu próprio estado emocional, simultaneamente à necessidade de prestar apoio à família perante a possibilidade de perda iminente, no entanto através da adoção de estratégias de regulação emocional e comunicação assertiva, nomeadamente a avaliação prévia do conhecimento da familiar sobre a situação clínica e a clarificação das necessidades informativas desta, foi-me possível fornecer a informação adequada e ajustada ao contexto e desta forma prestar o apoio emocional à familiar.

A autoconsciência, enquanto pilar da relação terapêutica, foi também mobilizada em momentos de conflito ou sofrimento familiar, nos quais mantive uma postura empática e ética, respeitando os limites da minha atuação e promovendo uma comunicação clara e humanizada. A colaboração multiprofissional exigiu que eu apresentasse uma postura assertiva e disponibilidade para realizar uma escuta ativa, especialmente em situações em que não concordava com a intervenção realizada. Nessas situações procurei justificar o meu ponto de vista, com base em fundamentação teórica e, através da reflexão junto dos pares, compreender o que seria o mais adequado e eficaz para a pessoa.

Ao longo dos estágios, procurei orientar a minha intervenção pelos pressupostos da prática baseada na evidência. Este contexto clínico permitiu-me mobilizar e aplicar conhecimentos previamente adquiridos, desde a abordagem inicial em contexto hospitalar da pessoa em situação crítica segundo a mnemónica ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure/Environment*), priorizando as ameaças imediatas à vida de forma sequencial tal como preconizado na circular normativa 07/DQS/DQCO de 2010, Triagem de Manchester, SAV, ventilação não invasiva e invasiva, entre outros. Tive também, a oportunidade de participar em sessões de formação contínua no SMI, permitindo-me integrar conhecimentos atualizados sobre alimentação entérica, terapias de substituição renal, sedoanalgesia e prevenção do *delirium*, sendo que as aprendizagens adquiridas foram imediatamente aplicadas na prática, contribuindo para decisões clínicas mais informadas e para a melhoria dos resultados em saúde. A aplicação de escalas validadas, como a

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) e a *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*, permitiu-me realizar avaliações clínicas padronizadas e seguras, promovendo a qualidade dos cuidados.

A experiência desenvolvida no SMI e no SUG permitiu-me compreender que o desenvolvimento profissional em ambos os contextos exigem uma articulação constante entre o saber técnico e o saber relacional, sustentando uma prática ética, segura e humanizada. No SMI, esta articulação revelou-se essencial para lidar com a complexidade clínica e a necessidade de decisões fundamentadas na evidência, reforçando a importância do autoconhecimento e da reflexão crítica na atuação especializada. No SUG, a dinâmica acelerada e imprevisível do contexto de urgência evidenciou igualmente a interdependência entre competências técnicas e relacionais, desafiando-me a integrar conhecimento científico, capacidade de adaptação e sensibilidade humana na resposta às necessidades emergentes. Em ambos os serviços, esta vivência contribuiu de forma decisiva para a consolidação da minha identidade enquanto enfermeira especialista em formação, fortalecendo a preparação para enfrentar os desafios complexos, dinâmicos e exigentes que caracterizam a prática em cuidados críticos.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista, perante a complexidade inerente às situações de saúde e à natureza das respostas exigidas para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, assim como à sua família ou pessoa significativa, recorre a um vasto leque de saberes e competências com o objetivo de responder, de forma célere e abrangente, às necessidades emergentes da pessoa em situação crítica.

É fundamental realçar a elevada complexidade dos cuidados requeridos, tanto no contexto do SUG, como no contexto do SMI, pois implica uma mobilização contínua de competências técnico-científicas e reflexivas por parte do enfermeiro especialista. O cuidado dirigido à pessoa em situação crítica, ou em risco iminente de falência orgânica, exige competências clínicas altamente diferenciadas, domínio atualizado de práticas sustentadas em evidência científica e capacidade para emitir juízos clínicos rápidos e devidamente fundamentados. Durante o meu percurso adotei uma postura proativa, procurando identificar precocemente sinais de instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica, antecipando potenciais desfechos adversos. A intervenção assertiva e oportuna alicerça-se não apenas na destreza técnica, mas também numa tomada de decisão informada por princípios científicos e numa articulação eficaz com a equipa multidisciplinar.

O SUG da ULS de Coimbra admite pessoas com diversas patologias, abrangendo múltiplas áreas e especialidades clínicas. Durante a minha permanência no serviço, foram várias e enriquecedoras as oportunidades de aprendizagem. Prestei cuidados individualizados, especializados e diferenciados à pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos, nomeadamente: insuficiência respiratória aguda, síndrome coronária aguda (SCA), trauma, sépsis, paragem cardiorrespiratória (PCR), choque, disritmias, alterações metabólicas severas, entre outras. Na abordagem a pessoa em situação crítica, privilegiei a avaliação da mesma segundo a metodologia ABCDE. Esta metodologia possibilita a avaliação estruturada e sistematizada da pessoa com base em prioridades clínicas, visando tratar inicialmente as condições que apresentam risco iminente de vida. O objetivo é identificar rapidamente estados potencialmente fatais e iniciar o tratamento precoce, prevenindo a deterioração clínica da pessoa até eventuais situações de PCR (Instituto Nacional de

Emergência Médica, 2019). A pessoa em situação crítica é muitas das vezes identificada pelas equipas do pré-hospitalar ou durante a avaliação no posto de triagem. Durante o meu percurso, tive a oportunidade de desenvolver competências na identificação da pessoa em situação crítica, serve de exemplo, a situação que vivenciei durante um turno no posto de pré-triagem, o momento em que abordamos uma pessoa trazida pelos bombeiros que apresentava quadro de dispneia, já sob oxigenoterapia por máscara de alto débito a 15L/min, com saturações periféricas de oxigénio de 80%, respiração predominantemente abdominal, tiragem supraclavicular, cianose labial e taquicardia. Após avaliação, identificou-se compromisso ventilatório, motivo pelo qual a pessoa foi encaminhada para a sala de emergência. Perante o agravamento clínico e a incapacidade de manter ventilação eficaz, foi necessário sedoanalgesiar a pessoa, colocar uma via aérea avançada e iniciar VMI para assegurar a ventilação eficaz. Infelizmente, não me foi possível acompanhar o percurso desta pessoa. No entanto, durante um turno na sala de emergência, prestei cuidados a uma pessoa que apresentava ventilação gravemente comprometida no qual, em articulação com a equipa médica, foi preparada e colocada uma via aérea avançada. Participei na pré-oxigenação, monitorização dos sinais vitais e preparação do material para intubação oro-traqueal. Após a colocação de uma via aérea avançada, foi iniciada VMI. Ao longo de todo o processo, mantive uma comunicação eficiente com a equipa multidisciplinar, dando prioridade ao método de comunicação em circuito fechado. Essa abordagem caracteriza-se pela transmissão direta, identificação dos interlocutores pelo nome, contato visual sempre que possível e confirmação explícita da receção da mensagem. Tal prática está associada à maior agilidade e eficácia, devendo ser implementada de forma sucinta e estruturada, evitando a sobrecarga informacional (Alexandrino et al., 2023). Posteriormente, acompanhei a pessoa na transferência para o SMI, assegurando a continuidade dos cuidados e a transmissão rigorosa de informação clínica através da metodologia ISBAR. Este caso evidenciou a importância da avaliação sistemática, da intervenção célere e da articulação eficaz entre profissionais para garantir a sobrevivência e a estabilização da pessoa em situação crítica.

Tive também a possibilidade de acompanhar várias pessoas com SCA, sendo que em algumas situações estes foram encaminhados ao SU através da ativação da Via Verde Coronária (VVC), no pré-hospitalar. É importante referir que a SCA engloba 3 tipos: a angina instável, que consiste em dor ou desconforto causado por isquemia miocárdica, geralmente descrita como um aperto no centro do tórax; o enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMSSST), que se caracteriza por dor torácica que irradia frequentemente para o pescoço e para ambos os membros superiores (sendo mais comum irradiar para esquerdo), dorso ou para o epigastro, no entanto o indivíduo pode ter um eletrocardiograma (ECG) normal ou com alterações eletrocardiográficas (infradesnivelamento

do segmento ST e inversão da onda T) e o enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCSST) que se traduz em dor torácica aguda e prolongada com de supradesnivelamento do segmento ST num ECG de 12 derivações (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2024). O EAMCSST resulta da oclusão completa de uma artéria coronária, provocando isquemia da região do miocárdio por ela irrigado e evoluindo rapidamente para necrose irreversível. A implementação precoce de terapêutica de reperfusão é determinante para o prognóstico. O tratamento inicial centra-se no alívio sintomático e na abordagem da causa subjacente. A terapêutica sintomática inclui, habitualmente, a administração de morfina, oxigénio (apenas em situações de hipoxemia) nitratos e antiagregantes plaquetários, como o ácido acetilsalicílico, sempre sob monitorização e vigilância hemodinâmica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2024). A Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária consiste constitui uma técnica invasiva realizada em unidades de hemodinâmica, com o objetivo de desobstruir a artéria coronária afetada, é a intervenção de eleição para o tratamento EAMCSST, no entanto esta dependente do tempo de evolução dos sintomas, das características da pessoa e do tempo até à ICP primária, esta deve ocorrer 60 minutos após o contacto médico, ou 120 minutos após o diagnóstico no pré-hospitalar, caso estes tempos, não possam ser cumpridos, deve-se realizar fibrinólise (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2024). Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar uma pessoa diagnosticada no pré-hospitalar com EAMCSST à realização da ICP primária e de prestar cuidados pós ICP imediatos, que consistem na monitorização do estado hemodinâmico, monitorização do local de acesso vascular para a identificação precoce de hemorragias, hematomas, alterações da sensibilidade e perfusão, avaliação da eficácia da compressão realizada pela TR-band® e a sua desinsuflação gradual, gestão da ansiedade, gestão da dor e administração de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários.

Já no SMI, tive a oportunidade de prestar cuidados de elevada complexidade, incluindo intervenções de enfermagem relacionadas com a intubação orotraqueal, manutenção de via aérea artificial, gestão de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, colheita de amostra de sangue para análise e tipagem, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, posicionamento da pessoa em situação crítica (com destaque para o decúbito ventral na Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda), drenagem ventricular externa, otimização da pressão de perfusão cerebral, cuidados à pessoa em situação neurocrítica e/ou vítima de politrauma, bem como intervenções relacionadas à colocação e manutenção de cateter venoso central e arterial. Adicionalmente, prestei cuidados à pessoa com dreno torácico e abdominal, participei nos procedimentos de TSR e utilizei o índice bispectral. Procurei aprofundar os meus conhecimentos nessas áreas recorrendo à pesquisa em bases de dados científicas e através da observação das práticas das enfermeiras tutoras, cuja experiência

contribuiu significativamente para o desenvolvimento de minhas competências técnicas e reflexivas. Seguidamente irei abordar de forma mais aprofundada a monitorização invasiva, a ventilação mecânica invasiva e a TSR.

A avaliação efetuada pelo enfermeiro deve ser criteriosa, célere, organizada e repetida, de modo a permitir a identificação precoce de pequenas alterações ou desvios em relação aos parâmetros basais, e deve ser individualizada, conferindo tempo e atenção aos aspetos clínicos relevantes (Monahan et al., 2010). A monitorização hemodinâmica, fornece informação decisiva para a tomada de decisão clínica destinada a manter uma perfusão orgânica adequada e a prevenir lesão tecidual. A importância desta intervenção, reside na produção de dados fidedignos que possibilitem intervenções terapêuticas oportunas, reduzindo o risco de disfunção orgânica por hipoperfusão e contribuindo, assim, para a diminuição da mortalidade em pessoas em situação crítica (Pinho, 2020). A monitorização invasiva, que abrange o sistema arterial e venoso, é realizada por intermédio de cateteres capazes de registar variações de pressões e de líquidos, estes dispositivos permitem também a administração intravenosa de fluidos e a colheita de amostras arteriais e venosas para análise laboratorial (Monahan et al., 2010). Intervenções técnicas como a calibração dos sistemas, o posicionamento correto dos transdutores e a avaliação contínua da permeabilidade e integridade dos acessos são imprescindíveis. Além disso, é essencial domínio da interpretação, das morfologias das ondas e da resposta clínica adequada aos valores monitorizados, a fim de prevenir erros e complicações. Um exemplo prático prende-se com curvas de onda com artefactos que não refletem as pressões arteriais reais da pessoa, a deteção e correção destes problemas evitam decisões terapêuticas inadequadas, como o tratamento de uma hipotensão aparente quando, na realidade, as pressões se mantêm dentro dos parâmetros normais.

A monitorização neurológica contínua constituiu-se como um dos principais desafios, exigindo a gestão proativa e a antecipação de potenciais flutuações do estado neurológico. Segundo Magalhães et al. (2021), a avaliação pupilar e o acompanhamento assíduo do nível de consciência integram as rotinas diárias do enfermeiro numa UCI. Estes autores salientam a necessidade de uma vigilância permanente suportada por instrumentos padronizados, como a *Glasgow Coma Scale* (GCS) e a RASS. A realização sistemática destas avaliações, bem como a utilização regular da GCS e da RASS ao longo do meu percurso permitiram-me consolidar competências na deteção precoce de alterações neurológicas, antecipar problemas potenciais e intervir de forma adequada e tempestiva face às oscilações observadas.

A VMI, segundo Ponce e Mendes (2015), é uma técnica crucial na medicina intensiva, pois através de um ventilador e de interface, é possível reduzir o trabalho ventilatório da

peessoa e manter a oxigenação e ventilação. Tem como objetivos manter as trocas gasosas, reduzir o trabalho respiratório, reverter e prevenir a fadiga respiratória e diminuir o desconforto respiratório. A VMI é uma técnica utilizada para manter as funções vitais de pessoas em situação crítica, empregando pressão positiva nas vias aéreas de forma artificial. Este método contribui para a oxigenação e ventilação de pessoas com insuficiência respiratória, independentemente da causa (Cruz & Martins, 2019). Durante o meu estágio foi-me possível prestar cuidados a pessoas sob VMI, permitindo-me desenvolver e aprofundar conhecimentos teórico-práticos nesta área e executar intervenções de manutenção e vigilância da VMI, integrando-as na rotina de cuidados de forma segura e orientada por protocolos existentes no serviço. Esta prática permitiu-me compreender a VMI não só como um suporte ventilatório, mas também como um conjunto complexo de ações dirigidas à otimização da ventilação alveolar, prevenção de complicações e preservação da integridade da via aérea. A monitorização regular e sistemática dos parâmetros ventilatórios revelou-se essencial para a avaliação contínua da eficácia na supressão das necessidades da pessoa em situação crítica. Em conformidade com os procedimentos do serviço, executei registos frequentes das modalidades ventilatórias, do volume corrente, da frequência respiratória, da Fração Inspirada de Oxigênio (FiO_2) e das pressões das vias aéreas, bem como da oximetria e da capnografia, garantindo intervenção imediata perante alterações. A vigilância dos alarmes do ventilador constituiu um foco de atuação constante, interpretar e confirmar alarmes, identificar causas (desconexão, obstrução, alteração da complacência pulmonar) e intervir de forma célere para restabelecer parâmetros seguros, juntamente com a equipa médica, foram competências reforçadas ao longo do estágio. A manutenção da permeabilidade e da segurança da via aérea foi realizada com atenção ao posicionamento e à fixação do tubo endotraqueal, registos do número do tubo à comissura labial e alternância do local de fixação para prevenir lesões cutâneas e deslocamentos. A avaliação e o controlo da pressão do *cuff*, mantendo valores entre 20–30 cmH_2O , foram procedimentos rotineiros que evidenciaram a importância do equilíbrio entre prevenção de fugas e minimização de lesão traqueal. Complementarmente, a realização de higiene oral periódica e medidas de prevenção da pneumonia associada à intubação foram integradas nas intervenções diárias como estratégias efetivas de redução do risco de infeção associada à intubação. A aspiração de secreções foi realizada segundo procedimentos específicos, privilegiando técnicas que minimizam a dessaturação e o risco de contaminação. Quando indicado, utilizei sondas de aspiração de circuito fechado, nomeadamente em pessoas com FiO_2 ou pressão positiva expiratória final (PEEP) elevada, imunossuprimidos ou com doenças infetocontagiosas, como a tuberculose. A substituição e manutenção dos componentes do circuito ventilatório, incluindo a troca diária do espaço morto e dos filtros HME (*Heat and Moisture Exchanger*) e do FPCH (Filtro Protetor Contra Humidade) e a substituição da cassete expiratória bacteriana Air-Guard® conforme

recomendações do fabricante, constituíram práticas centrais para garantir funcionalidade do ventilador e reduzir a carga microbiana do circuito. A experiência adquirida no SMI permitiu consolidar competências técnico-clínicas e desenvolver raciocínio crítico na identificação de dessincronizações ventilatórias e gestão de alarmes, demonstrando que uma vigilância estruturada e protocolos bem definidos são determinantes para a segurança da pessoa ventilada. A prática refletida e documentada mostrou que a aplicação sistemática de medidas preventivas, como higiene oral, elevação da cabeceira, troca de filtros e registos rigorosos, contribui para a redução de complicações e para a melhoria dos resultados clínicos. A continuidade da formação, a atualização sobre recomendações do fabricante e a reflexão contínua sobre as intervenções realizadas são essenciais para a consolidação de uma prática de enfermagem qualificada em VMI no âmbito dos cuidados intensivos.

A TSR constitui uma intervenção essencial nos cuidados intensivos destinada a corrigir as disfunções hidroeletrólíticas, ácido-base e de excreção de toxinas inerentes à lesão renal aguda e a outras condições críticas (Hinkle & Cheever, 2020; Pinho, 2020). As modalidades terapêuticas incluem diálise intermitente convencional (IHD), diálise de baixa eficiência sustentada (*Sustained Low-Efficiency Dialysis/Sustained Low-Efficiency Daily Dialysis*), e terapias contínuas de substituição renal (CRRT), cada uma com indicações específicas em função da hemodinâmica da pessoa, da necessidade de remoção volumétrica e da velocidade desejada de depuração de solutos (Nickson, 2020). Mecanismos físicos distintos, como a difusão, a convecção, a ultrafiltração e a adsorção, que sustentam a eliminação de solutos e líquidos, sendo a escolha da modalidade orientada pelos objetivos clínicos, por exemplo, a difusão é predominante em dialisadores para pequenas moléculas, enquanto a convecção e a hemodiafiltração favorecem a remoção de solutos de maior peso molecular; a adsorção é utilizada em estratégias específicas para remoção de mediadores inflamatórios ou toxinas proteicas (Hinkle & Cheever, 2020; Mendes, 2020). No contexto das TSR contínuas, a monitorização constante do circuito extracorporeal, a gestão do acesso vascular e a estratégia de anticoagulação são determinantes para a eficácia e segurança do tratamento. A anticoagulação sistémica com heparina não fracionada continua a ser usada pela sua familiaridade e reversibilidade, mas a anticoagulação regional com citrato tem vindo a afirmar-se em pessoas em situação crítica por reduzir o risco hemorrágico sistémico e prolongar a vida útil do filtro, exigindo, contudo, monitorização laboratorial rigorosa do cálcio ionizado e do balanço ácido-base (Oudemans-van Straaten et al., 2006; Pinho, 2020). Os eventos adversos potenciais são coagulação do circuito, infeção relacionada com cateter, instabilidade hemodinâmica, desequilíbrios iónicos e perturbações metabólicas (Akhoundi, et al., 2015), estas implicam registos frequentes e protocolos claros para resolução de alarmes do monitor, alteração de parâmetros e mudança de set, bem como medidas rigorosas de prevenção da

infecção, manuseamento do cateter e higiene de mãos. Durante o meu estágio em UCI tive a oportunidade de participar ativamente em todo o processo da TSR: iniciei hemodiafiltração veno-venosa contínua sob supervisão, preparei filtros de adsorção e consumíveis, assegurei cuidados de manutenção do circuito e do acesso vascular e colaborei na monitorização dos parâmetros prescritos e na resolução de alarmes. Participei igualmente numa sessão formativa ministrada pela equipa de enfermagem da unidade sobre práticas seguras e otimização do tratamento, que reforçou a importância da comunicação multidisciplinar, da conformidade com protocolos de anticoagulação e da documentação sistemática dos parâmetros (taxa de sangue, débito de ultrafiltrado, doses de citrato e cálcio administrado, pressões de acesso e retorno e valores laboratoriais relevantes). Esta vivência prática consolidou competências técnicas e clínicas, nomeadamente na preparação do set, na identificação precoce de sinais de falha de filtro ou de coagulopatia do circuito e na implementação de medidas corretivas. Também permitiu desenvolver uma postura proativa na gestão da terapêutica renal na pessoa em situação crítica, alinhada com boas práticas e com a segurança da pessoa.

A dor é um sintoma subjetivo, individual e complexo, sendo conceptualizada como uma experiência sensorial desagradável, intrinsecamente associada a dimensões multidimensionais e experiências dolorosas prévias, e fortemente influenciada por fatores de ordem social, cultural e emocional (Giusti et al., 2018). Esta é frequentemente observada em pessoas em estado crítico, com uma prevalência estimada entre 43% e 49%. Essa dor pode resultar tanto da condição clínica, como dos diversos procedimentos invasivos ou não invasivos aos quais a pessoa é submetida (Arias-Rivera et al., 2020). O impacto que a dor apresenta nestas pessoas é alarmante, uma vez que ocorre num organismo já debilitado, intensificando a sobrecarga fisiológica e potenciando o risco de complicações (Pinho et al., 2016). Desta forma, exige uma atenção clínica particularmente rigorosa por parte dos profissionais de saúde e que estes adotem estratégias de avaliação e intervenham de forma precisa e humanizada na dor em pessoas em situação crítica (Pires et al., 2021). Assim, avaliar, registar e tratar a dor devem ser prioridades na abordagem a estas pessoas (Teixeira & Durão, 2016). Assim sendo, é competência do enfermeiro proceder à avaliação sistemática e precisa da dor, utilizando instrumentos de medição adaptados à pessoa e a situação clínica da mesma, com o intuito de antecipar e prevenir o agravamento da situação clínica.

No SUG, a avaliação da dor constitui um elemento fundamental no processo de triagem, assumindo um papel central na determinação da prioridade atribuída às pessoas que recorrem ao serviço de urgência. A prevalência de dor entre estes indivíduos é elevada, sendo que a intensidade, bem como as demais características da dor, influenciam diretamente a categorização e a prioridade clínica estabelecida durante este procedimento. Uma gestão

eficaz da dor revela-se determinante para a satisfação das pessoas, que legitimamente esperam ver a sua sintomatologia atenuada ou eliminada. Importa ainda salientar que a metodologia de triagem contempla, de forma deliberada e explícita, o reconhecimento da dor como um parâmetro clínico de elevada relevância, valorizando-a como o quinto sinal vital (Grupo Português de Triagem, 2010). Desta forma, a régua da dor constitui um instrumento de avaliação clínica eficaz no contexto dos serviços de urgência, pela sua capacidade de quantificar a intensidade da dor e os seus efeitos nas funções normais da pessoa, através da combinação de descritores verbais com uma escala visual analógica, permitindo uma aplicação célere, intuitiva e facilmente integrável no processo de triagem. Ao favorecer o envolvimento ativo do profissional na avaliação da dor e promover o diálogo com a pessoa, contribui para a valorização da experiência dolorosa e para a humanização dos cuidados (Grupo Português de Triagem, 2010). Durante o meu percurso no SUG, pude realizar vários turnos no posto de triagem. Neste, pude observar a importância da avaliação da dor como parte integrante do processo de triagem, um exemplo explicativo foi o caso de uma pessoa, do sexo masculino, que se dirigiu ao SUG por cefaleia com 5 horas de evolução, sendo que a mesma descrevia a dor como incapacitante, muito difícil de suportar, através da Triagem de Manchester o fluxograma indicado para a queixa é “cefaleia”, o discriminador na qual a triagem parou foi a dor severa (dor entre 8-10 na escala numérica da dor), uma vez que segundo a régua da dor, dor incapacitante, difícil de suportar equivale aproximadamente a 8 a 9 na escala numérica da dor, tendo assim sido triado devido à gravidade da dor com prioridade muito urgente (laranja), sendo assim encaminhado para a área de alta complexidade, onde o tempo médio de observação após a triagem é de cerca de 10 minutos.

No SMI pude observar que, tal como referido por Teixeira e Durão (2016), a dor na pessoa em situação crítica exige uma atenção clínica particularmente rigorosa, sobretudo quando a pessoa se encontra impossibilitado de a verbalizar, o que pode conduzir à sua omissão ou subvalorização no processo assistencial. A presença de dor interfere negativamente com o reflexo da tosse e com a capacidade de realizar inspirações profundas, podendo originar diversas complicações, nomeadamente ao nível da função pulmonar, alterações nos níveis glicémicos, incremento do catabolismo e comprometimento da resposta imunitária. Como descrito anteriormente, cabe ao enfermeiro avaliar a dor de forma sistemática e precisa, usando instrumentos adequados à pessoa e à situação clínica, para antecipar e prevenir o agravamento do quadro. A experiência vivenciada no SMI contribuiu para o desenvolvimento de uma maior sensibilidade e competência na interpretação da comunicação não verbal das pessoas em situação crítica que se encontram impossibilitados de expressar verbalmente a sua dor, promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz na gestão da mesma. Para a avaliação e monitorização da dor em pessoas com alteração do

estado de consciência, utilizei a Escala de *Behavioral Pain Scale* (BPS) e nos casos em que a pessoa se encontrada consciente e orientada apliquei a Escala Visual Analógica (EVA).

A gestão da dor, tanto no SUG como no SMI, é realizada através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Relativamente às intervenções farmacológicas estas baseiam-se na gestão da sedoanalgesia e através de administração de fármacos de diferentes grupos farmacológicos, desde opióides, anti-inflamatórios não esteroides, inibidores da cicloxigenase, entre outros. Como a gestão da dor não se baseia apenas em medidas farmacológicas, a evidência reforça que a demonstração de competências teóricas e práticas na utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor constitui uma responsabilidade inerente ao exercício profissional do enfermeiro especialista (Portugal, Regulamento n.º 429/2018). Durante os estágios, foi-me possível implementar diversas medidas não farmacológicas, nomeadamente: a criação de um ambiente calmo e propício ao conforto, sempre que as circunstâncias clínicas o permitiam, a promoção da presença de pessoas significativas para a pessoa, quando viável, posicionamento da pessoa e a aplicação do toque terapêutico como forma de proporcionar bem-estar e alívio do sofrimento. Estas intervenções revelaram-se relevantes na abordagem holística à dor, contribuindo para uma prática de enfermagem mais humanizada e centrada na pessoa.

A pessoa em situação crítica encontra-se imersa num processo dinâmico de transição entre saúde e doença, desencadeado por um evento agudo que provoca uma alteração súbita do seu estado clínico. A incerteza constitui um dos principais obstáculos à adaptação neste percurso, sendo essencial que a pessoa desenvolva mecanismos para lidar com essa ambiguidade, promovendo a sua realização pessoal através da procura de equilíbrio e sentido (Mishel, 1988).

No âmbito da enfermagem, a comunicação assume um papel fulcral, integrando estratégias que favorecem a tomada de decisão informada, sustentada em evidência científica e em práticas que valorizam a promoção da saúde e a humanização dos cuidados dirigidos à pessoa em estado crítico (Dohms & Gusso, 2021). Neste contexto, o enfermeiro, ao utilizar a comunicação de forma intencional e estruturada, procura mitigar a incerteza vivenciada pela pessoa e sua família, assumindo-se como agente facilitador no processo de transição (Dohms & Gusso, 2021).

A construção de uma relação terapêutica exige a criação de um ambiente que transmita confiança e segurança, no qual a pessoa em situação crítica e os seus cuidadores ou familiares se sintam reconhecidos na sua individualidade (Coelho et al., 2020). Para tal, o enfermeiro especialista deve recorrer à escuta ativa, demonstrando genuíno interesse pelas inquietações, receios e expectativas expressas, e respondendo de forma empática e reflexiva

ao conteúdo compartilhado. Este processo comunicacional deve ser ajustado ao nível de literacia em saúde da pessoa, utilizando linguagem acessível e, sempre que necessário, recursos visuais, com o intuito de facilitar a compreensão e fomentar a corresponsabilização nas decisões relativas aos cuidados. O fortalecimento do vínculo terapêutico implica, igualmente, o reconhecimento da família como elemento integrante da rede de apoio da pessoa. O enfermeiro especialista promove a participação ativa dos familiares, garantindo o acesso à informação atualizada sobre o estado clínico e os procedimentos previstos, respeitando rigorosamente os princípios éticos da confidencialidade. A inclusão da família revela-se determinante na diminuição da ansiedade e na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, contribuindo para o reforço da estrutura de suporte social indispensável ao processo de recuperação (Coelho et al., 2020).

As pessoas em estado crítico, durante a fase aguda da sua instabilidade hemodinâmica, enfrentam frequentemente dificuldades na comunicação, tanto com os profissionais de enfermagem como com os familiares ou cuidadores. Esta limitação é especialmente evidente nas pessoas se encontram muitas vezes sob sedoanalgesia, sob ventilação mecânica invasiva tanto no SUG, como no SMI. Desta forma, durante os estágios, tive a oportunidade de aprofundar a minha capacidade de comunicar com pessoas que apresentam estas barreiras na comunicação, algumas estratégias que utilizei consistiram em pedir à pessoa para realizar atividades simples, como piscar os olhos, apertar a mão, utilizar perguntas com linguagem simples e que possibilitassem a resposta da pessoa com um aceno da cabeça, ou um aperto de mão. Desta forma, foi-me possível prestar de forma personalizada os cuidados às pessoas e ir de encontro às necessidades das mesmas.

Quando as pessoas apresentam instabilidade hemodinâmica, alteração do estado de consciência ou dificuldades em se comunicar, existe a necessidade de comunicar com a família e transmitir-lhes informações, incluindo as más notícias. É importante o profissional de saúde ter presente que a informação que é prestada e a maneira como é prestada ajuda a família a enfrentar a transição, a estabelecer estratégias e a tomar decisões. O apoio à família não se resume apenas à comunicação de informação, a divulgação não é um episódio isolado, os enfermeiros devem capacitar os familiares para assimilar a informação e esclarecer dúvidas, promovendo decisões conscientes (Bumb et al., 2018). A presença do familiar ou cuidador traz vários benefícios, como a redução da incidência de *delirium*, o aumento do conforto e da calma da pessoa e uma melhor aceitação da doença. Em pessoas em fase terminal, esses acompanhantes também ajudam a esclarecer informações e opções terapêuticas, favorecendo decisões mais informadas. Um caso exemplificativo vivenciado no SUG que explana o descrito anteriormente envolveu uma pessoa do sexo feminino, com setenta anos de idade, portadora de neoplasia pulmonar em fase terminal. A presença do seu

filho ao longo da sua permanência no SU revelou-se particularmente benéfica, proporcionando-lhe conforto e serenidade. Após a comunicação, por parte da equipa médica, ao familiar acerca do estado clínico da pessoa e da indicação para limitação terapêutica com implementação de medidas de conforto e cuidados paliativos, tornou-se necessário intervir junto do mesmo, esclarecendo as dúvidas existentes e explicando o possível desfecho, tendo em consideração o agravamento súbito do quadro clínico da pessoa. Esta intervenção possibilitou que o filho comunicasse com o outro irmão, permitindo assim que ambos estivessem presentes e participassem no processo de fim de vida da pessoa.

No decorrer dos estágios, ao escutar atentamente a pessoa e a sua família acolhendo dúvidas, receios e expectativas e ao adaptar a comunicação ao seu nível de literacia em saúde, consegui diminuir a sua ansiedade e potenciar a sua autonomia nas decisões sobre os cuidados. A participação ativa da pessoa e da família, sustentada por atualizações claras e pelo respeito rigoroso da confidencialidade, fortaleceu a rede de apoio necessária à recuperação e assegurou a continuidade dos cuidados. Esta vivência demonstrou que a escuta empática, a linguagem acessível e o reconhecimento da singularidade de cada pessoa são pilares essenciais da prática de enfermagem, promovendo simultaneamente o seu bem-estar e o meu desenvolvimento profissional. Para além dos benefícios imediatos, a experiência reforça a importância de integrar a formação contínua em competências relacionais no desenvolvimento profissional dos enfermeiros especialistas e de instituir rotinas organizacionais que favoreçam a presença informada e participativa da família. Desta forma, a comunicação estruturada com a família contribui não só para melhores desfechos clínicos, mas também para uma cultura de cuidado mais humanizada e sustentável.

É fulcral também referir a importância da comunicação na transmissão de informação entre pares, uma vez que assume uma relevância central e deve cumprir princípios de uma comunicação rigorosa, garantindo a segurança da pessoa e a continuidade dos cuidados. A metodologia ISBAR constitui um instrumento aplicável a todos os níveis de prestação de cuidados que impliquem transições assistenciais, promovendo uma comunicação estruturada, clara e segura entre os diferentes profissionais de saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2017a). Esta metodologia organiza a transmissão de informação clínica em cinco componentes essenciais: *Identify* (identificação rigorosa dos intervenientes na comunicação); *Situation* (descrição objetiva da situação clínica atual); *Background* (antecedentes relevantes, incluindo dados clínicos, de enfermagem e eventuais diretivas antecipadas de vontade); *Assessment* (avaliação do estado de saúde da pessoa, contemplando a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, as estratégias de intervenção e as alterações observadas) e *Recommendation* (recomendações relativas ao plano terapêutico mais adequado à condição clínica da pessoa) (Portugal, Ministério da

Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2017a). A aplicação desta ferramenta permitiu-me aprimorar significativamente a minha capacidade de comunicar informação clínica sobre os cuidados de enfermagem prestados, assegurando uma transmissão clara, objetiva e isenta de falhas, contribuindo assim para a continuidade e segurança dos cuidados.

Perante a complexidade de conhecimentos e exigência crescente na diferenciação dos cuidados prestados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, no sentido de responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, ao longo dos estágios, a meu ver consegui atingir esta competência específica enquanto futura enfermeira especialista.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, os cuidados prestados a pessoas em situação crítica resultam de contextos de emergência, exceção ou catástrofe que colocam em risco a vida da pessoa. As catástrofes e as emergências com múltiplas vítimas surgem de forma imprevisível, os serviços de urgência funcionam, frequentemente, como porta de entrada para estas ocorrências, enquanto as unidades de cuidados intensivos assumem o encaminhamento de muitas vítimas, apresentando uma implicação direta na prestação dos cuidados.

Antes de mais, é importante delimitar os conceitos de catástrofe, situação de exceção e emergência. Nos termos da Lei de Bases da Proteção Civil (Portugal, Decreto-Lei n.º 27/2006), entende-se por catástrofe um acidente grave, ou uma sequência de acidentes graves, que podem causar danos materiais significativos e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas concretas ou em todo o território nacional. Já a situação de exceção traduz-se num desfazamento entre as necessidades identificadas e os recursos disponíveis, exigindo uma gestão, coordenação e utilização criteriosa dos meios humanos e técnicos disponíveis. Por fim, a emergência descreve um quadro decorrente de uma agressão que provoca uma deterioração súbita e violenta da saúde, comprometendo ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais e colocando em risco a vida da vítima.

Tendo em consideração os conceitos anteriormente descritos, não posso afirmar que vivenciei algo do género durante o meu percurso na SMI e no SUG, assim sendo para alcançar esta competência propôs os seguintes objetivos: i) analisar o protocolo institucional de resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe da instituição; ii) identificar as formações que são realizadas pelos enfermeiros do SUG e do SMI para dar resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe da instituição; iii) identificar protocolos do serviço de evacuação.

O Plano de Emergência Externa (PEE) do CHUC, em vigor desde 2017, organiza a resposta institucional perante incidentes com múltiplas vítimas de origem natural, tecnológica ou associada ao comportamento humano. Concebido como instrumento destinado a reduzir morbidade e mortalidade, o PEE assenta numa atuação integrada, coordenada e eficaz entre o HUC, o HG e o Hospital Pediátrico (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2017).

A ativação do PEE está estruturada em três níveis de intervenção progressiva. No nível 1, a resposta apoia-se exclusivamente nos recursos permanentes do SU do HUC. O nível 2 implica a mobilização de recursos adicionais e a expansão da prestação de cuidados para áreas adjacentes, em contextos de maior gravidade. O nível 3 pressupõe uma mobilização excecional de todos os meios institucionais disponíveis. A governação da cadeia de comando é assegurada pelo Gabinete de Crise (GC): em Nível 1, a coordenação é exercida pelo chefe de equipa, pelo diretor do SU, pelo enfermeiro chefe do SU e pelo enfermeiro coordenador; nos Níveis 2 e 3, a estrutura é alargada à direção clínica, ao conselho de administração e aos diretores de serviço (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2017). Compete ao Enfermeiro Coordenador do SU a responsabilidade operacional pela gestão de enfermagem, incluindo a triagem, a alocação de recursos humanos e a sinalização das áreas de assistência.

O protocolo de triagem baseia-se numa versão adaptada do Sistema de Classificação de Manchester, designado Modelo de Triagem de Prioridades, que estratifica as vítimas em quatro categorias: vermelho (risco vital imediato, p. ex., frequência respiratória >29 cvm, frequência cardíaca >120 bpm ou *Triage Revised Trauma Score* — TRTS <10), amarelo (gravidade moderada, p. ex., frequência respiratória entre 10–29 cvm ou TRTS =11), verde (lesões de baixa gravidade, TRTS =12) e preto (óbito, TRTS =0) (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2017). As equipas de triagem, compostas por um médico e um enfermeiro, utilizam kits de catástrofe contendo 200 unidades pré-numeradas de pulseiras, autocolantes e formulários de registo, garantindo assim a rastreabilidade e o controlo em contextos de elevada afluência, estes kits encontram-se no armário de emergência externa junto à sala de emergência e à área de triagem.

A organização espacial e os fluxos de pessoas estão definidos por áreas assistenciais hierarquizadas cuja capacidade é ajustada em função do nível de ativação (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2017). No nível 1 estão previstas, por exemplo, cinco camas na área vermelha, dezassete na amarela e trinta na verde, bem como o átrio da morgue para a classificação de óbitos, localizado no piso -3. Nos níveis 2 e 3, essas capacidades aumentam progressivamente, podendo alcançar dezoito camas na área vermelha, sessenta e oito na amarela e cerca de cem na verde. Adicionalmente, prevê-se a ativação de uma área VIP sob coordenação do GC, com protocolos específicos de anonimização e privacidade.

No que respeita às ações críticas, o enfermeiro especialista desempenha um papel central na gestão de recursos humanos, designando profissionais com competências diferenciadas para cada área (por exemplo, três enfermeiros com experiência em suporte avançado de vida e cuidados intensivos na área vermelha, apoiados por um técnico auxiliar de saúde). A composição das equipas é dinamicamente redistribuída consoante a evolução do incidente. Na área preta há a designação de um enfermeiro para o registo de óbitos e de um auxiliar para o transporte de cadáveres. O Gabinete de Informação a Familiares, coordenado pelo Serviço Social, integra intervenientes responsáveis pelo acolhimento e pelo apoio psicológico às famílias.

O suporte técnico-logístico exige a abertura imediata do armário de emergência externa, que contém os kits de catástrofe, e estabelece uma colaboração contínua entre o enfermeiro especialista e o GC para avaliação das capacidades instaladas (camas, ventiladores, consumíveis), permitindo a redistribuição atempada de materiais e meios críticos. A vertente multidisciplinar do PEE concretiza-se através de um catálogo pormenorizado de recursos por serviço (por exemplo, vinte e nove camas com ventilação em Medicina Intensiva e treze ventiladores no bloco operatório) e da disponibilização de peritos internos acionáveis pelo GC, como especialistas em anestesiologia para hemorragia massiva ou consultores especialistas em riscos nucleares, radiológicos, biológicos e químicos. Os serviços de apoio (farmacêutico, esterilização, serviços de instalações e equipamento) dispõem de planos setoriais que regulam o fornecimento logístico e o encadeamento operativo com entidades externas, nomeadamente o Instituto Nacional de Emergência Médica e a Proteção Civil (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2017).

Em síntese, o PEE do CHUC configura-se como um modelo operativo robusto e flexível para resposta a catástrofes, sublinhando a centralidade do enfermeiro na triagem estratificada, na gestão de fluxos e na liderança da alocação de recursos humanos e materiais. A filosofia “todos os riscos” reforça a adaptabilidade do plano a cenários complexos e alinha-se com as competências do enfermeiro especialista em contexto de exceção e catástrofe. Contudo, o plano encontra-se neste momento desatualizado devido às obras e à reestruturação do SUG, o que constitui motivo de preocupação perante a possibilidade de uma emergência ou catástrofe. Em conformidade com a Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 007/2010, é imprescindível proceder à revisão e atualização do PEE em função dos riscos sanitários e das alterações estruturais da ULS, de modo a garantir uma atuação eficaz. Após a atualização do PEE, revela-se igualmente fundamental a realização de simulacros para testar a operacionalidade do plano. Em consequência, considera-se urgente que a revisão do PEE decorra com celeridade, de forma que toda a equipa e a instituição estejam devidamente sensibilizadas e preparadas para atuar em situação de calamidade.

O SUG foi alvo de modificações estruturais após a conclusão das obras de requalificação, contudo, conforme previamente mencionado, ainda não existe um PEE que integre estas alterações. Acresce que, atualmente, o SUG não dispõe de condições físicas adequadas para responder eficazmente a uma situação de catástrofe, uma vez que persistem intervenções em curso, nomeadamente a instalação das rampas de oxigénio, ar comprimido e aspiração nos corredores, essenciais para garantir a resposta às necessidades emergentes.

Durante o meu estágio pude também presenciar a implementação de estratégias para minimizar a sobrelotação do SUG devido ao aumento de casos de infeções respiratórias relacionadas com a época gripal. As estratégias que foram implementadas consistiram na criação do posto de pré-triagem, onde é realizada uma triagem à entrada do SU de forma a identificar pessoas com necessidade de abordagem imediata e/ou com sintomatologia respiratória, de forma a encaminhar os mesmos para a realização de rastreio, através de colheita de zaragatoa nasal para identificação de vírus respiratórios, um exemplo vivenciado que explana o descrito anteriormente foi o caso de uma pessoa do sexo masculino de cerca de 50 anos, que recorreu ao SU transportado por uma corporação de bombeiros, que apresentava dispneia com saturação periférica de oxigénio de 80%, já sob oxigenoterapia por máscara de alto débito a 15L/min e febre (temperatura de 39°C), após observação pela pré-triagem foi encaminhado para a sala de emergência e realizada zaragatoa para rastreio de vírus respiratórios. Após o resultado do rastreio e da triagem as pessoas eram encaminhadas para áreas específicas para sintomatologia respiratória e possível diagnóstico do foro respiratório.

No que respeita à existência de um plano de emergência interno ao SMI, encontra-se ainda em fase de elaboração. Foram, contudo, identificados os pontos de evacuação de cada unidade: na Unidade A, junto ao átrio dos elevadores do respetivo piso; na Unidade C, igualmente junto ao átrio dos elevadores; e na Unidade B, no corredor paralelo à unidade. Verificou-se que os pontos de evacuação das Unidades A e C se encontram obstruídos por dispensadores de fardas. A equipa de enfermagem confirmou que esta situação foi reportada à Gestão de Risco pela enfermeira gestora das unidades e pelo diretor médico do SMI, sem que até à data tenha sido implementada uma solução. Quanto ao ponto de evacuação da Unidade B, o corredor não reúne condições estruturais para permitir a evacuação segura da unidade, pois não dispõe de tomadas nem de rampas para oxigénio, dado que a maioria das pessoas internados nessa unidade depende de suporte ventilatório, a sua evacuação através desse corredor é inviável.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2016), a política prevê formação em segurança contra incêndio em edifícios de carácter geral, destinada a todos os funcionários e colaboradores do hospital, e quando necessário formação específica dirigida

aos delegados de segurança e a outros profissionais que lidem com situações de maior risco, e também a realização anual de simulacros para testar a correção do plano de emergência interno, criar rotinas de comportamento e aperfeiçoar procedimentos de resposta. Relativamente à equipa de enfermagem do SMI e SUG da ULS de Coimbra, esta realiza formações anuais sobre segurança contra incêndios, plano de emergência externa, e evacuação, tendo efetuado há cerca de dois anos um simulacro de um cenário de multivítimas. Podemos concluir que a equipa de enfermagem está informada sobre prevenção de incêndios, evacuação de edifícios e sobre o PEE, no entanto devido aos simulacros não serem realizados anualmente a equipa pode não ter desenvolvido rotinas e não tem aperfeiçoado a implementação da formação recebida.

Adicionalmente os enfermeiros do SMI também realizam anualmente formação no âmbito de cibersegurança, indo assim de encontro as orientações políticas do mandato da Comissão Europeia para 2024-2025 no combate dos ataques informáticos (European Commission, 2025).

Face ao exposto, considero que a competência relativa a dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima foi alcançada com sucesso, dentro do que me foi possível identificar e observar.

3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista desempenha funções na prevenção e controlo de infeção e resistência a antibióticos, tendo em consideração o risco de infeção presente em diferentes contextos de prestação de cuidados, a complexidade das situações e a especificidade dos cuidados que exigem múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica para pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 é alicerçado em 5 pilares sendo um deles “Práticas seguras em ambientes seguros”, para este pilar foram formulados diversos objetivos estratégicos, ao qual chamo à atenção o seguinte: “Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” (Portugal, Despacho n.º 9390/2021, p.102). Segundo Santos et al. (2010) a segurança da pessoa é um dos grandes desafios do século XXI pelo que é uma prioridade estratégica nos cuidados de saúde modernos.

Antes de tudo, é fundamental definir o conceito de IACS. Esta é uma infeção adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde, seja em ambiente hospitalar ou em outra instituição de saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2007).

A assistência à pessoa em situação crítica exige frequentemente a utilização de procedimentos invasivos, apesar de tais procedimentos constituem suporte vital para a pessoa, podem também originar riscos significativos, nomeadamente no que se refere às IACS. Com vista a reduzir a incidência destas e, por consequentemente, os prejuízos para a pessoa, entendo que a prevenção e o controlo das infeções devem ser encarados como um dever profissional e uma responsabilidade, simultaneamente, individual e coletiva de todos os profissionais de saúde.

Segundo a Norma nº029/2012 atualizada em 2013 da Direção-Geral de Saúde a prevenção e o controlo da infeção no SMI e no SUG da ULS de Coimbra deve exigir uma abordagem integrada que articule avaliação de risco, medidas de engenharia, organização assistencial, utilização adequada de equipamento de proteção individual e formação contínua do pessoal. A responsabilidade pela implementação e supervisão destas medidas compete à direção da unidade, que deve assegurar processos, recursos e monitorização sistemática do cumprimento das normas.

O SUG apresenta uma instrução de trabalho que aborda as medidas de isolamento e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, o mesmo é baseado na Norma n.º 029/2012, atualizada em 2013 da Direção-Geral de Saúde.

Na estrutura do SUG existem dois quartos de isolamento, no entanto ainda não se encontram em funcionamento, por ainda faltar implementar uma forma de vigilância/monitorização das pessoas que ali permaneçam. Dada a situação referida, os isolamentos no SUG são realizados da seguinte forma: sempre que se identifique um microrganismo com necessidade de isolamento de contacto, preconiza-se que o isolamento seja feito nas unidades periféricas ou nos cantos das unidades para minimizar o fluxo de passagem e facilitar a delimitação física, sempre que a estrutura física o permita. São aplicadas rigorosamente as precauções de contacto, incluindo uso de luvas e bata impermeável à entrada, higiene das mãos antes e após o contacto. No isolamento de gotículas preconiza-se igualmente o isolamento das pessoas em unidades periféricas, da mesma forma que é realizado no isolamento de contacto e são utilizadas as mesmas precauções, acrescentando a utilização de máscara cirúrgica e sempre que necessário o uso de proteção ocular. Relativamente ao isolamento de via aérea, durante o meu percurso de estágio não tive a oportunidade de realizar nenhum isolamento desta etiologia, no entanto procurei saber como era realizado. Na instrução de trabalho está descrito que é preconizado a realização do isolamento na área do SUG que apresente pressão negativa e porta fechada e deve-se utilizar máscaras FFP (*Filtering Face Piece*) tipo 2. Todos os isolamentos são identificados com sinalética específica que identificam o tipo de isolamento e as medidas de proteção individual a adotar por profissionais e visitantes. Estas medidas visuais promovem a adesão

comportamental e a comunicação de risco. O equipamento de proteção individual (EPI) adequado está disponível nas imediações do local de utilização, acompanhado de instruções visíveis sobre colocação e remoção correta.

Por sua vez, a estrutura do SMI inclui um quarto destinado ao isolamento por via aérea, situado na unidade A cujo principal constrangimento é a ausência de pressão negativa. A utilização deste espaço é criteriosa e precedida de avaliação clínica e logística, sempre que possível deve privilegia-se a transferência para instalações com pressão negativa. Quando essa alternativa não for exequível, impõem-se medidas compensatórias rigorosas como manter a porta fechada, limitar as entradas ao pessoal estritamente necessário, utilizar respiradores certificados FFP2/FFP3 durante a permanência na área e em procedimentos geradores de aerossóis, planejar e agrupar procedimentos com equipas reduzidas e treinadas, definir tempos de espera entre procedimentos para permitir renovação do ar. A adoção, caso seja tecnicamente possível, de unidades móveis de purificação de ar equipadas com filtros *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA), devidamente instaladas e mantidas, representaria um importante reforço para a prevenção do risco de infeção na unidade. Por outro lado, o SMI dispõe de duas unidades assistenciais localizadas mais afastadas do núcleo central, situadas na unidade A que são preconizadas para acolher pessoas imunossuprimidas ou pessoas que necessitem de isolamento por contacto ou por gotículas. Esta estratégia reduz a exposição da população vulnerável e limita a dispersão de agentes transmissíveis, devendo ser acompanhada por suporte logístico e recursos humanos adequados. Nessas unidades aplicam-se rigorosamente as precauções de contacto, incluindo uso de luvas e bata impermeável à entrada, higiene das mãos antes e após o contacto, limpeza e desinfeção reforçada de superfícies e equipamentos e preferência por material dedicado ou por limpeza e desinfeção entre pessoas. Para precauções por gotículas, utiliza-se máscara cirúrgica pelos profissionais e visitantes a menos de dois metros, cobertura de procedimentos com potencial para expulsão de secreções. A separação física de pessoas sintomáticos, dada a estrutura física da unidade por vezes é impossível, pelo que são reforçadas as medidas de proteção anteriores e utilizado quando possível o sistema de aspiração fechado, de forma a diminuir a produção de gotículas. Quanto ao isolamento por contacto no SMI, quando as condições estruturais o permitam as pessoas com necessidade de isolamento são alocados em postos periféricos ou nos cantos da unidade para minimizar o fluxo de passagem e facilitar a delimitação física. Quando essa alocação não for possível, os postos são devidamente identificados com sinalética explícita, complementados por barreiras físicas móveis (biombos) se necessário, e reforçada a monitorização e o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção. Todos os isolamentos realizados na unidade são identificados com sinalética específica, tal como no realizado SUG que identificam o tipo de isolamento e as

medidas de proteção individual a adotar por profissionais e visitantes, e a delimitação visual da área em isolamento é reforçada por fita vermelha colocada no chão. Estas medidas visuais promovem a adesão comportamental e a comunicação de risco. O EPI adequado está disponível nas imediações do local de utilização, acompanhado de instruções visíveis sobre colocação e remoção correta. É de salientar que em cada unidade do SMI da ULS de Coimbra está equipada com um contentor de cortoperfurantes, dois de resíduos tipo III e um de roupa suja, para além do mencionado também estão equipadas com solução antisséptica de base alcoólica e luvas, de forma a minimizar o risco de infeção associado ao manuseamento e transporte de equipamento e material contaminado.

Um ponto relevante consiste no cumprimento dos rastreios preconizados pela instituição, nomeadamente para a deteção de enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC), através de zaragatoa por via retal, e para a pesquisa de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), realizada através de zaragatoa de exsudado nasal nas pessoas referenciadas para internamento na instituição, ou que já se encontram internados, o que vai de encontro ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2017b; Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2023). No SUG são realizados os rastreios antes da pessoa ser internada, enquanto no SMI, na admissão de uma pessoa em estado crítico é realizado rastreio séptico, constituído por duas hemoculturas periféricas, uma hemocultura do cateter venoso central (CVC), uma urocultura, zaragatoa via retal e outra nasal para a deteção de EPC e MRSA, respetivamente. Os rastreios de EPC e MRSA se negativos, são repetidos caso a pessoa seja transferida da unidade ou a cada dez dias de internamento. Caso os resultados dos rastreios de EPC e/ou MRSA sejam positivos são aplicadas medidas de isolamento segundo a Norma nº004/2023 da Direção-Geral de Saúde, ou seja, se o resultado for positivo para EPC são implementadas medidas de isolamento de contacto até ao final do internamento, se for positivo para MRSA são aplicadas medidas de isolamento e realizada descolonização com mupirocina a 2% pomada nasal (três aplicações diárias em ambas as narinas), associada a banho antisséptico com clorexidina a 2% em toalhetes, durante pelo menos cinco dias, seguido de novo rastreio após quarenta e oito horas do fim da descolonização, caso seja positivo novamente, repete descolonização, sendo que não deve ultrapassar o máximo de duas descolonizações por internamento.

Tanto no SMI, como no SUG, as aplicações dos feixes de intervenções descritos pela Direção-Geral de Saúde para a prevenção do risco de infeção estão presentes. Seguidamente irei abordar mais aprofundadamente a minha experiência relativamente ao feixe de intervenções para a prevenção relacionada com o CVC, do feixe de intervenções para a

prevenção da infecção associada ao cateter urinário e do feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI).

No que concerne, ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC da norma n.º 022/2015 da Direção-Geral da Saúde, pude observar que tanto no SMI, como no SUG na colocação do CVC é garantida a avaliação pela equipa médica da pertinência da colocação do mesmo, é realizada a higiene das mãos como preconizado na preparação pré-cirúrgica, são implementadas barreiras de proteção máxima (luvas e batas estéreis, touca e máscara), são utilizados campos cirúrgicos de grande dimensão, desinfetada a pele com clorexidina 2% corada e sempre que possível é evitado o acesso femoral pelo risco de infecção associado. Quanto à manutenção do CVC, durante os estágios realizei sempre as seguintes intervenções: higiene das mãos antes da manipulação do CVC, utilização de técnica *no-touch* nos pontos de acesso, descontaminação dos pontos de acesso com solução de clorhexidina a 2% e fricção com recurso a compressas esterilizadas. Já na realização do penso procedi com técnica asséptica, desinfetando com clorhexidina 2%. Durante o meu percurso no SMI, dado o elevado tempo de permanência dos CVC, realizei adicionalmente as seguintes intervenções: realização de forma asséptica do penso sempre que se encontrava sujo, descolado ou caso tivesse programada a sua troca consoante o tipo de penso utilizado (penso com compressa de 48 em 48 horas, penso transparente de 7 em 7 dias, penso impregnado com clorhexidina de 7 em 7 dias). Pode observar que caso existissem sinais de infecção associados ao cateter era realizada colheita a hemocultura do CVC e outra de veia periférica e depois após remoção do cateter com técnica asséptica era enviada a ponta para realização de exame cultural. Posso concluir que, no SMI, este feixe de intervenção é cumprido na íntegra.

No que diz respeito ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Associado ao Cateter Urinário da norma n.º 019/2015 da Direção-Geral da Saúde atualizada em agosto de 2022, pude evidenciar que no SUG aquando a realização do cateterismo vesical é também garantida a pertinência da realização do procedimento e utilizada técnica asséptica na sua execução, é também utilizada técnica limpa no seu manuseamento e preconiza-se que o cateter vesical se mantenha seguro e que o saco coletor não ultrapasse os dois terços da sua capacidade. Durante a minha prática no estágio sempre que existiu a necessidade fundamentada de cateterismo vesical, realizei o procedimento de forma asséptica, manuseei o mesmo com técnica limpa, atuei de forma a manter seguro o cateter vesical e intervim de forma a que o saco coletor não ultrapassasse dois terços da sua capacidade.

No SMI, a maioria das pessoas internadas encontra-se intubadas e sob VMI, daí a importância da *bundle* para a prevenção da PAI. Durante a minha prática clínica, neste serviço, pude observar que que todas as intervenções propostas pela Norma Clínica n.º

021/2015 são implementadas na íntegra, sendo que existe uma das intervenções que poderá ser melhorada a sua implementação. Em todos os turnos implementei essas medidas, nomeadamente a realização da higiene oral com cloridrato de benzidamina (0,15%), com auxílio da aspiração e ação mecânica de esponjas próprias uma vez por turno. Também verifiquei a pressão do *cuff* do tubo orotraqueal/cânula endotraqueal, mantendo a mesma entre os 20 e 30 cmH₂O, pelo menos uma vez por turno ou sempre que necessário. Relativamente ao posicionamento procurei que as pessoas ficassem com a cabeceira superior a 30° caso a estabilidade hemodinâmica o permitisse, nos casos em que não era possível a elevação da cabeceira, por exemplo em casos de fraturas, procedia à colocação da pessoa em *trendelenburg* invertido, de forma a manter a cabeceira elevada. No que diz respeito à sedação da pessoa, na unidade existe um protocolo de sedoanalgesia, no entanto apesar de a norma dar preferência à analgesia, por vezes observei que a pessoa se encontrava intubada apenas sedada, o que a meu ver é um aspeto que pode ser melhorado. No entanto a sedação no SMI é gerida de forma a que seja utilizada a mínima necessária para o tratamento, sendo que, por vezes, existem pessoas que se encontram intubadas por apresentar ainda a sistema ventilatório comprometido, mas estão sem necessidade de sedação. Relativamente às provas de ventilação espontânea, estas são realizadas sempre que a pessoa tenha condições para tal, sendo que inicialmente é passada para a modalidade de ventilação de pressão assistida e à posteriori colocado em ventilação espontânea ou sob suporte de ventilação não invasiva.

Considero ter desenvolvido de forma consolidada a competência específica relativa ao controlo de infeção, evidenciada pela prestação de cuidados no SUG e no SMI em estrita conformidade com os procedimentos estabelecidos para a prevenção e controlo de infeções. Ao longo da prática clínica, foi conferida uma atenção sistemática à interrupção dos elos da cadeia de transmissão, à implementação rigorosa das boas práticas de higiene das mãos e à utilização criteriosa e adequada dos EPI.

Parte II - Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência: uma revisão sistemática de prevalência

BURNOUT NOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE PREVALÊNCIA

BURNOUT AMONG EMERGENCY DEPARTMENT NURSES: A SYSTEMATIC REVIEW OF PREVALENCE

RESUMO

Introdução: A prevalência de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência é descrita na literatura como elevada. Estes profissionais são considerados os que maiores níveis de Burnout têm, potencialmente devido à descrição do serviço de urgência como um ambiente caótico, com elevada afluência de doentes e complexidade. Desta forma, a estimativa rigorosa da prevalência de Burnout dos enfermeiros no serviço de urgência torna-se relevante.

Objetivo: Determinar a prevalência de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática de prevalência. A estratégia de pesquisa foi realizada nas bases de dados: PubMed, EMBASE, CINAHL Complete (via EBSCO) e RCAAP. Foram incluídos todos os estudos quantitativos que abordassem a prevalência do Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência. A seleção dos estudos, a extração dos dados e a avaliação da qualidade/ risco de viés foi realizada por dois revisões independentes. Por fim, foram realizadas meta-análises de prevalências binárias de efeito aleatório através do método do inverso da variância com transformação Freeman-Tukey double arcsine.

Resultados: Foram incluídos 50 estudos. Segundo as meta-análises realizadas as prevalências de elevada exaustão emocional e despersonalização de 49,1% e 50,8% ($p < 0,001$), respetivamente, sendo a prevalência de baixa realização pessoal de 40,1% ($p < 0,001$). No período COVID estas prevalências reduziram para 36,7%, 42,1% e 22,7% ($p < 0,001$), respetivamente. Contudo, não podemos deixar de notar que também a população dos estudos que compõem as meta-análises reduziu de 2582 para 610 enfermeiros. A heterogeneidade dos estudos incluídos nas diferentes meta-análises é considerada elevada ($I^2 > 90\%$), que é justificada pelo elevado número amostral.

Conclusão: O Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência é uma problemática impactante, exigindo respostas institucionais que valorizem a saúde mental como condição indispensável para a qualidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Burnout; enfermeiro; serviço de urgência; hospital; cuidados críticos

Abstract

Introduction: The prevalence of burnout among nurses in the emergency department is described in the literature as high. These professionals are considered to have the highest levels of burnout, potentially due to the emergency department being described as a chaotic environment, with a high patient turnover and high complexity. Consequently, an accurate estimate of the prevalence of burnout among nurses in the emergency department is important.

Objective: To determine the prevalence of burnout among emergency department nurses.

Methods: A systematic review of prevalence was conducted. The search strategy was carried out in the following databases: PubMed, EMBASE, CINAHL Complete (via EBSCO) and RCAAP. All quantitative studies addressing the prevalence of burnout among nurses in the emergency department were included. Study selection, data extraction and assessment of quality/risk of bias were carried out by two independent reviewers. Finally, random-effects meta-analyses of binary prevalences were performed using the inverse-variance method with Freeman-Tukey double arcsine transformation.

Results: Fifty studies were included. According to the meta-analyses, the prevalences of high emotional exhaustion and depersonalisation were 49.1% and 50.8% ($p < 0.001$), respectively, whilst the prevalence of low personal fulfilment was 40.1% ($p < 0.001$). During the COVID period, these prevalences decreased to 36.7%, 42.1% and 22.7% ($p < 0.001$), respectively. However, it should be noted that the sample size of the studies comprising the meta-analyses also decreased from 2,582 to 610 nurses. The heterogeneity of the studies included in the different meta-analyses is considered high ($I^2 > 90\%$), which is justified by the large sample size.

Conclusion: Burnout among emergency department nurses is a significant problem, requiring institutional responses that prioritise mental health as an essential condition for the quality, safety and sustainability of the care provided.

Keywords: Burnout; nurse; emergency department; hospital; critical care

Introdução

O serviço de urgência é considerado um ambiente de trabalho caótico, na medida em que é das áreas do hospital com maior complexidade de situações e maior fluxo de atividades, de profissionais de saúde e de pessoas. Isso requer que os profissionais de saúde possuam aptidões/competências, como capacidade de pensamento rápido, agilidade e habilidade para resolver problemas e conflitos emergentes (Brazão et al., 2016). Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde apresentem um leque de competências específicas.

O serviço de urgência exige competências organizadas em quatro domínios interligados (intervenção clínica, competências gerais, competências avançadas e competências de gestão) (Pinho, 2022). No âmbito da intervenção clínica, destacam-se a abordagem inicial à pessoa, a avaliação, intervenção e monitorização dos processos corporais, a administração e gestão de fármacos, os cuidados paliativos, o planeamento da alta e a continuidade de cuidados pós-alta, bem como a triagem, gestão de fluxos, resposta a situações de exceção (catástrofes ou multivítimas) e o transporte e suporte de pessoas. As competências profissionais gerais englobam a resolução de dilemas ético-legais, comunicação eficaz, documentação e registos rigorosos, tomada de decisão fundamentada, promoção de qualidade e ganhos em saúde, educação em saúde, trabalho de equipa, relacionamento interprofissional, proatividade e apoio psicossocial e espiritual. Por fim, as competências avançadas incluem liderança na prestação de cuidados, prática baseada na evidência, desenvolvimento de protocolos e guidelines, promoção da segurança e melhoria contínua, enquanto as competências de gestão incidem sobre a administração eficiente de recursos humanos e materiais (Pinho, 2022).

É evidente que a prestação dos profissionais de saúde é crucial no funcionamento do serviço de urgência, pelo que é fulcral assegurar o número de profissionais adequado a este contexto, uma vez que a sobrecarga de trabalho, pode levar a resultados prejudiciais para a pessoa como também associar-se à exaustão profissional, absentismo e insatisfação dos profissionais (Brazão et al., 2016).

Segundo a literatura, os profissionais de saúde apresentam maior incidência da síndrome de Burnout, sendo os enfermeiros o grupo mais afetado (Perniciotti et al., 2020).

O Burnout foi abordado pela primeira vez na década de setenta, sendo que o psiquiatra Freudenberg, um dos precursores da abordagem do Burnout, como um processo de desgaste, falência ou exaustão provocado pela exposição prolongada a exigências

excessivas de energia, vigor ou recursos (Freudenberger, 1974). Nesta condição, os sintomas físicos são facilmente identificáveis e incluem fadiga persistente, cefaleias recorrentes, perturbações do trato gastrointestinal, insónia e dificuldade respiratória, evidenciando uma marcada interferência somática nas funções fisiológicas. Já no domínio comportamental, incluem manifestações como irritabilidade aumentada, tendência ao choro fácil e sentimentos intensos de frustração ou raiva (Freudenberger, 1974).

À posteriori o risco de desenvolvimento da síndrome de Burnout destacou-se como elemento de investigação por parte de Maslach e Jackson (1981), tendo estas desenvolvido uma escala para avaliar o mesmo, *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Por sua vez, Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou recentemente o Burnout como um “fenómeno ocupacional” na 11.ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), reconhecendo-o como uma problemática de saúde de carácter sério (World Health Organization, 2019). A síndrome de Burnout é uma condição de natureza psicológica caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal, resultante da exposição prolongada e má gestão de stress ocupacional (World Health Organization, 2025). A exaustão emocional caracteriza-se pela diminuição ou ausência de energia acompanhada por um esgotamento emocional. Trata-se da fase em que toda a energia disponível foi absorvida pelo esforço contínuo de prestar assistência, sendo o ambiente de trabalho capaz de consumir o indivíduo por completo. A despersonalização manifesta-se através da alteração das atitudes relacionadas ao cuidado, verificando-se a substituição do compromisso empático por respostas negativas e indiferentes. Este processo conduz ao distanciamento emocional e à perda do zelo pelo assistido, o que pode tornar o profissional insensível e mecanizado no exercício das suas funções (Maslach & Jackson, 1981). A reduzida realização pessoal evidencia-se na diminuição do interesse pelas tarefas profissionais, sendo que as próprias realizações profissionais não atendem às expectativas pessoais que leva à emergência de sentimentos de frustração e descontentamento (Maslach & Jackson, 1981).

A literatura científica destaca que o Burnout é uma síndrome altamente prevalente entre profissionais de saúde, especialmente em contextos de elevada pressão como os serviços de urgência (Faustino et al., 2025; Nogueira, 2016; Borges, 2024). No entanto, os dados disponíveis são fragmentados, com variações metodológicas significativas entre estudos, o que dificulta a compreensão real da magnitude do problema.

Diversos estudos isolados evidenciam que o Burnout constitui um fenómeno transversal à escala global. Por exemplo, Borges et al. (2021) reportam que cerca de 42% dos enfermeiros apresentavam níveis moderados a elevados de Burnout. Outros trabalhos

apontam igualmente para percentagens expressivas de Burnout entre profissionais de enfermagem em serviços de urgência: num estudo realizado após a pandemia de COVID-19, verificou-se que 20,5% da amostra apresentava Burnout elevado, 28,2% Burnout moderado e apenas 51,3% níveis reduzidos ou ausentes da síndrome (Sauane & Magalhães, 2023). Ainda, a literatura refere taxas de prevalência que oscilam entre 5% e 50%, variando consoante o contexto profissional, os instrumentos de avaliação e os critérios de corte utilizados (Meira et al., 2017). Por exemplo, um estudo realizado em Portugal, na Unidade de Faro, identificou níveis elevados de exaustão emocional em 68,5% dos profissionais, sendo os enfermeiros o grupo mais afetado (Melo-Ribeiro et al., 2023). Deste modo, a estimativa rigorosa da prevalência de Burnout entre enfermeiros dos serviços de urgência reveste-se de particular relevância para a formulação de estratégias de intervenção eficazes.

Assim sendo, a realização de uma revisão de prevalência sobre Burnout em enfermeiros dos serviços de urgência revela-se de extrema importância, uma vez que esta síndrome se apresenta como altamente frequente entre os profissionais de saúde que atuam em contextos de elevada pressão (Maslach & Leiter, 1997; Moss et al., 2016).

A revisão sistemática de prevalência permite identificar padrões epidemiológicos e fatores de risco associados ao Burnout, uniformizar as definições e os instrumentos de medida, como o Maslach Burnout Inventory (Maslach, et al., 2018), e orientar políticas públicas e estratégias institucionais de prevenção. Além disso, este tipo de estudo contribui para a deteção de lacunas na literatura, como a escassez de estudos longitudinais e de intervenções específicas para o ambiente dos serviços de urgência (Sauane & Magalhães, 2023).

A inexistência de dados consolidados compromete a efetividade das intervenções clínicas e organizacionais, dificulta a alocação de recursos na área da saúde ocupacional e pode originar o subdiagnóstico da síndrome, sobretudo após a sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como fenómeno ocupacional (World Health Organization, 2019).

Importa referir que, antes do desenvolvimento desta revisão, foi realizada uma pesquisa prévia nas bases de dados PubMed, PROSPERO e Web of Science com o objetivo de identificar revisões sistemáticas publicadas sobre a prevalência da síndrome de Burnout em enfermeiros dos serviços de urgência. Não foram encontrados estudos sistemáticos que abordassem especificamente esta problemática, o que evidencia uma lacuna significativa na literatura científica. Esta ausência de revisões sistemáticas reforça a pertinência e a necessidade de realização do presente trabalho, justificando o esforço de reunir, analisar e sintetizar a evidência disponível para apoiar decisões informadas na prática clínica e na definição de estratégias institucionais e políticas de saúde.

Assim, uma revisão de prevalência assume um papel fundamental na consolidação da evidência científica, fortalecendo a base para decisões clínicas, políticas e educacionais, e promovendo ambientes laborais mais sustentáveis e saudáveis para os enfermeiros dos serviços de urgência.

Esta revisão tem como objetivo: determinar a prevalência da síndrome de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência.

1. Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática de prevalência com meta-análise que seguiu o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (Munn et al., 2020) e esta foi redigida de acordo com o *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021). O protocolo foi realizado, seguido escrupulosamente pelos autores, e cumpriu o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols* (PRISMA-P) (Moher et al., 2015). Este foi registado no PROSPERO: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251166814>

1.1. Localização dos estudos

Nesta revisão foi conduzida uma estratégia de pesquisa em três etapas. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada de MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa preliminar. Posteriormente foi formalmente proposta uma estratégia definitiva para cada uma das bases de dados incluídas, sendo a mesma ajustada tendo por base os léxicos e especificidades de cada uma. As bases de dados incluídas foram: PubMed, EMBASE e CINAHL Complete (via EBSCO). No que concerne à pesquisa em bases de dados de literatura cinzenta, esta foi realizada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal – RCAAP. As estratégias de pesquisa foram realizadas no dia 19 de setembro a 6 de outubro de 2025 e são apresentadas no Apêndice III. Finalmente, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para seleção de estudos potencialmente elegíveis sendo que não foram definidos limitadores por idioma. Estudos realizados em outros idiomas que não o português, inglês ou espanhol foram traduzidos com recurso a softwares. Não foram definidos limites temporais aplicáveis à data de publicação por se pretender ter uma visão integrada de toda a evidência disponível sobre o tema em apreço.

1.2. Seleção dos estudos e critérios de elegibilidade

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar) e os duplicados removidos. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes (GA e VG). Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate (ES).

Um processo piloto de análise inicial foi conduzido independentemente, por ambos os revisores, com base em 25 títulos e resumos. Os resultados da análise foram comparados e discutidos, permitindo ao mesmo tempo alterações aos critérios de elegibilidade para assegurar que ambos os revisores estejam em concordância. Este processo piloto continuou até se atingir uma concordância de pelo menos 75% entre os revisores (Peters et al., 2020).

Os artigos completos foram analisados com base nos seguintes critérios de inclusão que seguem a mnemónica CoCoPop (Condição, Contexto e População):

- **Condição:** Foram considerados todos os estudos que abordassem a síndrome de Burnout (Montero-Marín, 2016), que consiste na resposta individual ao stress crónico derivado do trabalho que se desenvolve progressivamente, causando alterações na saúde e pode eventualmente tornar-se crónico, caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981).

- **Contexto:** Foram considerados todos os estudos realizados nos serviços de urgência. O serviço de urgência é uma estrutura multidisciplinar e multiprofissional, cuja finalidade primordial consiste na prestação de cuidados de saúde em todas as situações que se enquadram nas definições clínicas de urgência e emergência médicas. Caracterizam-se por um grau de gravidade tal que, segundo critérios clínicos devidamente estabelecidos, requerem uma intervenção médica imediata, de forma a salvaguardar a vida, prevenir o agravamento do estado clínico ou minimizar sequelas (Portugal, Despacho Normativo nº11/2002, p.1865). Foram consideradas todas as tipologias de serviços de urgência, independentemente da sua natureza (exemplo: polivalentes, básicas, centros de trauma, entre outras).

- **População:** Foram considerados todos os estudos que incluam enfermeiros. Sendo que o enfermeiro se caracteriza por ser um profissional detentor de formação científica, técnica e filosófica em enfermagem, regulado por padrões de prática e códigos deontológicos, que atua de forma autónoma e colaborativa para promover a saúde, prevenir a doença e proteger a segurança e dignidade das pessoas. Para além de prestar cuidados clínicos e sociais centrados na pessoa, contribui para a gestão de serviços, a investigação, a formação e a definição de políticas de saúde, visando a melhoria contínua dos sistemas e dos resultados em saúde (White et al., 2025).

Relativamente aos tipos de estudos, foram incluídos todos os tipos de estudos quantitativos (por exemplo, experimental, quase-experimental, coorte, controlo de casos, transversal, séries de casos, estudos de casos individuais, estudos descritivos transversais). Foram incluídos estudos de métodos mistos e revisões sistemáticas apenas para extração de componentes quantitativos. Isto permitiu uma maior sensibilidade na pesquisa, que é desejável para esta tipologia de revisões.

A análise do texto integral foi realizada por dois revisores (GA e VG) independentes. Quaisquer desacordos entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram mitigados através de uma discussão construtiva ou por recurso a um terceiro revisor (ES). O processo de seleção e revisão dos estudos foi operacionalizado com recurso ao Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar). Os resultados da pesquisa foram comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma (Page et al., 2021).

1.3. Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores independentes (GA e VG) através do instrumento “*JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*” (Munn et al., 2020). Este instrumento é composto por várias questões que os revisores devem responder com ‘Sim’, ‘Não’ ou ‘Não Claro?’, sendo posteriormente somado o número de respostas positivas. As pontuações definidas foram: 0-2 = qualidade muito baixa; 3-4 = qualidade baixa; 5-6 = qualidade moderada; 7-8 = qualidade alta. Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor (ES) como critério de desempate. Após a avaliação crítica, todos os estudos foram incluídos independentemente dos resultados. Os resultados da avaliação crítica foram considerados na síntese dos dados e relatados sob forma narrativa e tabelar.

1.4. Extração e síntese dos dados

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes (GA e VG) e utilizado um instrumento de colheita de dados especialmente construído pelos autores, para minimizar o risco de viés e que incluiu as características do estudo, dos participantes, contexto, instrumentos utilizados, bem como os dados específicos à prevalência de Burnout, e por fim os resultados e conclusões dos estudos. A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor (ES). Os resultados foram agrupados em formato tabelar e objeto de síntese narrativa. Por fim, foram realizadas meta-análises binárias de efeito aleatório de prevalência através do programa STATA®15.0 e método do inverso da variância com transformação *Freeman-Tukey double arcsine*. A heterogeneidade foi avaliada pelos testes do qui-quadrado e I^2 . Foram considerados os modelos de efeitos aleatórios na presença de heterogeneidade moderada a elevada ($I^2 > 50\%$) (Santos et al., 2022).

2. Resultados

Após a aplicação dos métodos anteriormente descritos foram identificados um total de 1496 artigos dos quais, 172 foram incluídos para avaliação do texto integral, sendo que 50 desses estudos cumpriram os critérios de inclusão e foram incluídos. Este processo encontra-se representado no Fluxograma (Figura 1).

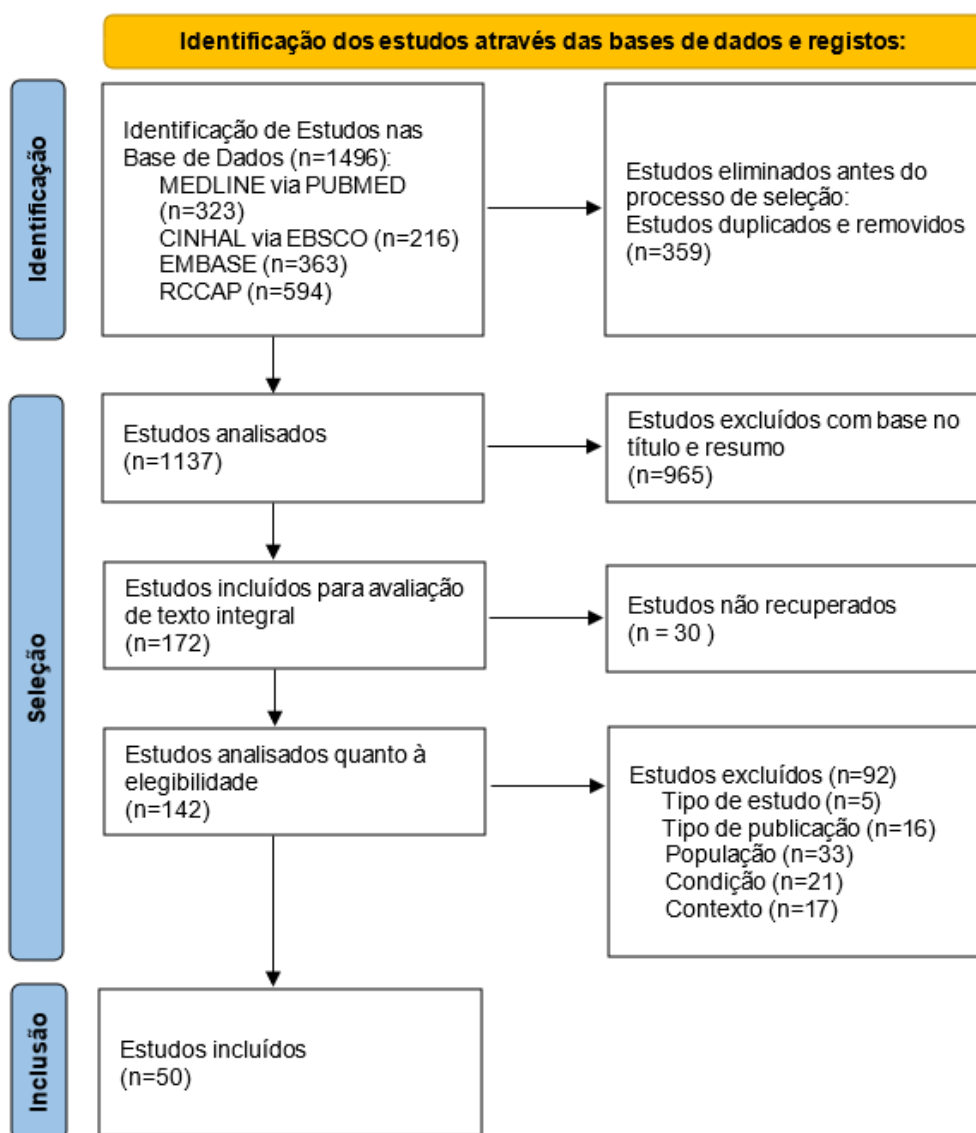


Figura 1 – Fluxograma PRISMA.

No que concerne à avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foram avaliados os 50 estudos incluídos. Destes, nove apresentaram alta qualidade metodológica, 40 foram classificados como de qualidade moderada e um revelou baixa qualidade, refletindo algum nível heterogeneidade no rigor metodológico das investigações incluídas. As questões

que obtiveram pior desempenho foram sobretudo as que estão relacionadas com falta de identificação e controlo de potenciais fatores de confusão. Estas fragilidades metodológicas foram particularmente evidentes em 34 estudos, condicionando o nível de confiança atribuído aos seus resultados (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação da qualidade pela “JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies”

Citação	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Qualidade
Nobre et. al. (2019)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Cruz et al. (2020)	S	S	S	S	NC	NC	S	S	Moderada
Pei et. al. (2021)	S	S	S	S	NC	NC	S	S	Moderada
Zakaria et. al. (2021)	S	S	NC	NC	N	N	NC	S	Baixa
Hamdan & Hamra (2017)	S	S	S	S	NC	NC	S	S	Moderada
Jose et al. (2020)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Naidoo & Schoeman (2023)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Sheehan et al. (2021)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Alqahtani et al. (2019)	S	S	S	S	S	S	S	S	Alta
De Los Ríos-Castillo et al. (2008)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Munnangi et. al. (2018)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Schooley et al. (2016)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Arikan & Esenay (2023)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Hooper et al. (2010)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Lopez et al. (2022)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Kavlu & Pinar (2009)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Viena & Kawagoe (2023)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Fontova-Almatón et al. (2020)	S	S	S	S	NC	S	S	S	Alta
Tan et al. (2024)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Khanghahi et al. (2025)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Salvarani et al. (2019)	NC	S	S	S	S	S	S	S	Alta
O’Mahony (2011)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Popa et al. (2010)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Palazoğlu & Koç (2019)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Ríos-Risquez & García-Izquierdo (2016)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Butera et al. (2021)	S	S	S	S	S	S	S	S	Alta
Azeez et al. (2024)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Dantas et al. (2014)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Sorour & El-Maksoud, (2012)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Huang et al. (2024)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Diao et al. (2024)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Oliveira et al. (2017)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Jafari et al. (2023)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada

Moon & Park (2025)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Mao et al. (2025)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Mataei et al. (2025)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Nicholls et al. (2021)	NC	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Choi & Song (2022)	S	S	S	S	NC	S	S	S	Alta
Nogueira (2016)	S	S	S	S	N	N	S	S	Moderada
Corrêa (2018)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Dantas (2011)	S	S	S	S	S	NC	S	S	Alta
Silva (2010)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Gomes (2021)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Teles (2011)	NC	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Chernoff et al. (2019)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Hunsaker et al. (2015)	S	S	S	S	S	S	S	S	Alta
Martínez et al. (2004)	S	S	S	S	NC	N	S	S	Moderada
Castillo et al. (2024)	S	S	S	S	S	S	S	S	Alta
Jiang et al. (2017)	S	S	S	S	S	S	S	S	Alta
Ribeiro (2009)	S	S	S	S	N	N	S	S	Moderada
% Sim	94	100	98	98	14	16	98	100	

Nota. S = Sim; N = Não; NC = Não é claro.

Lista de verificação crítica da JBI para estudos analíticos transversais: P1 = Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos? P2 = Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe? P3 = A exposição foi medida de forma válida e confiável? P4 = Foram utilizados critérios objetivos e padrão para a medição da condição? P5 = Foram identificados fatores de confusão? P6 = Foram apresentadas estratégias para lidar com fatores de confusão? P7 = Os resultados foram medidos de forma válida e fiável? P8 = Foi utilizada uma análise estatística adequada?

0-2= pontuação de qualidade muito baixa; 3-4 = pontuação de qualidade baixa; 5-6 = pontuação de qualidade moderada; 7-8 = pontuação de qualidade alta

Considerando as características dos estudos analisados, eles foram organizados em quatro tabelas: uma dedicada ao período pré-pandemia da COVID-19 (Tabela 2), outra ao período durante a pandemia (Tabela 3), uma terceira ao pós-pandemia (Tabela 4) e, por fim, uma referente ao serviço de urgência pediátrico (Tabela 5) (Apêndice IV).

Posteriormente foram realizadas várias meta-análises binárias de prevalência para os períodos antes e depois do COVID, sendo realizadas meta-análises separadas para o período COVID. Em relação à prevalência combinada de elevada exaustão emocional podemos referir que a mesma contou com 2582 enfermeiros e é 49,1% (IC95%= 37,4-60,9%; $p < 0,001$) (Figura 2).

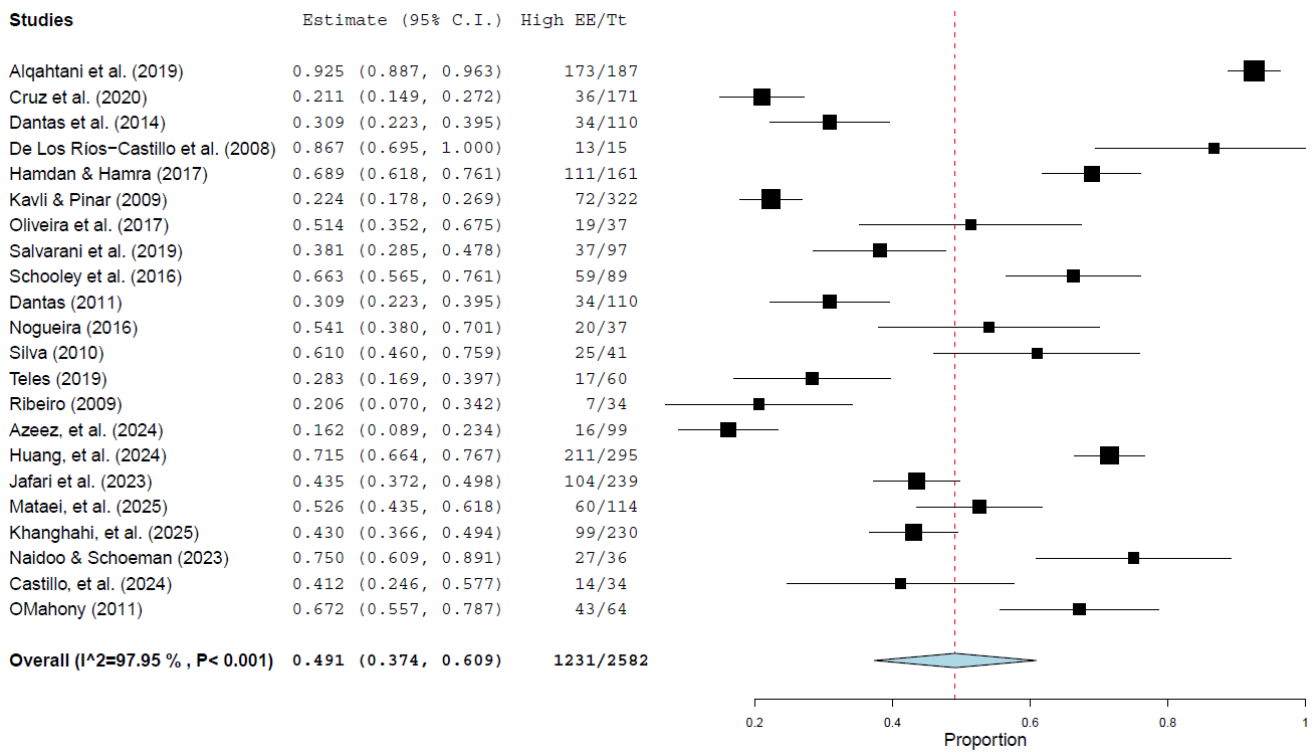


Figura 2 – Meta-análise da prevalência da elevada Exaustão Emocional.

A prevalência combinada de elevada despersonalização também contou com 2582 enfermeiros e é 50,8% (IC95%= 38,3-63,3%; $p<0,001$) (Figura 3).

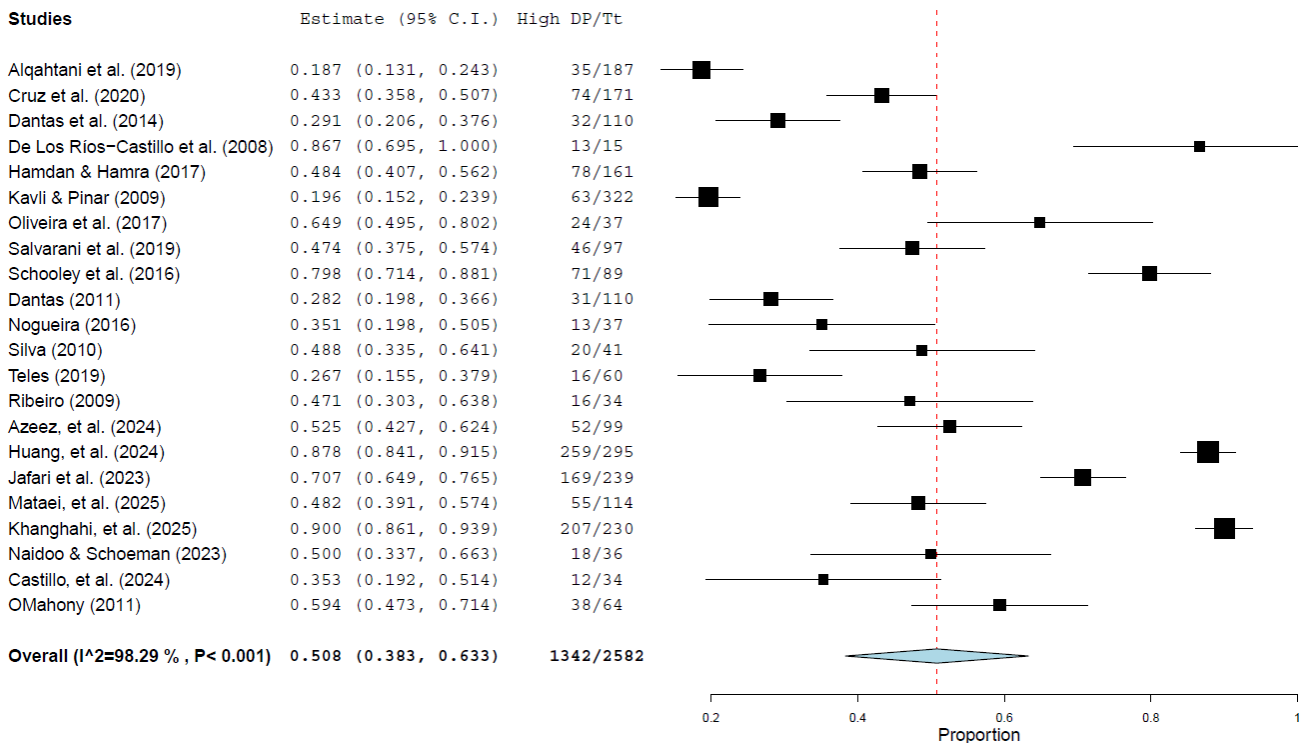


Figura 3 – Meta-análise da prevalência da elevada despersonalização.

Em relação à prevalência combinada de baixa realização pessoal, esta contou com 2518 enfermeiros e é 40,1% (IC95%= 25,1-55,2%; $p<0,001$) (Figura 4).

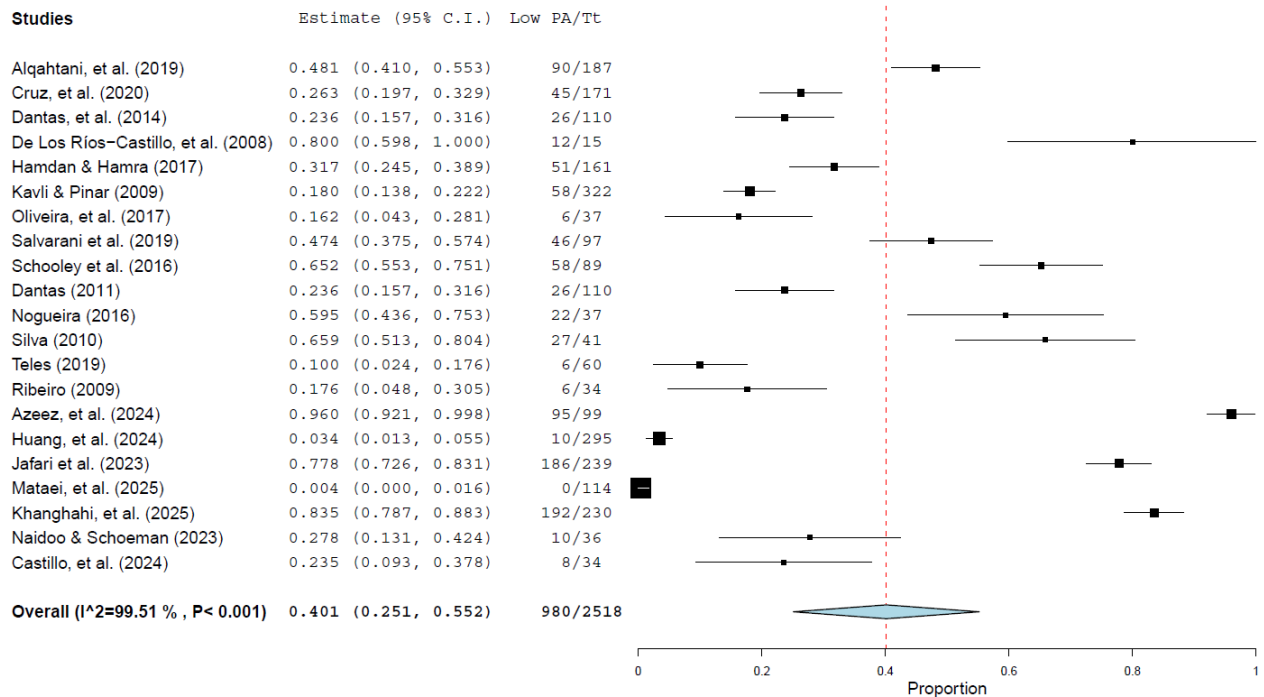


Figura 4 – Meta-análise da prevalência da Realização Pessoal.

Por fim, foram realizadas meta-análises separadas para o período COVID. A prevalência combinada de elevada exaustão emocional integrou 610 enfermeiros e é 36,7% (IC95%= 15,6-57,9%; $p<0,001$) (Figura 5).

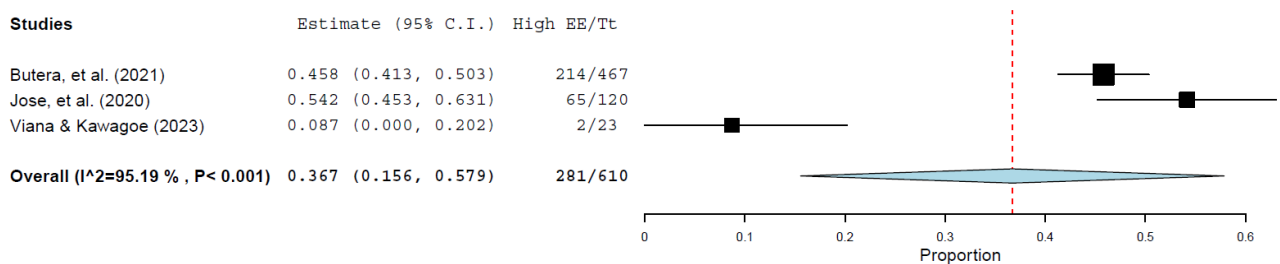


Figura 5 – Meta-análise da prevalência da elevada Exaustão Emocional no período COVID.

A prevalência combinada de elevada despersonalização incorporou 610 enfermeiros e é 42,1% (IC95%= 26,4-57,8%; $p<0,001$) (Figura 6).

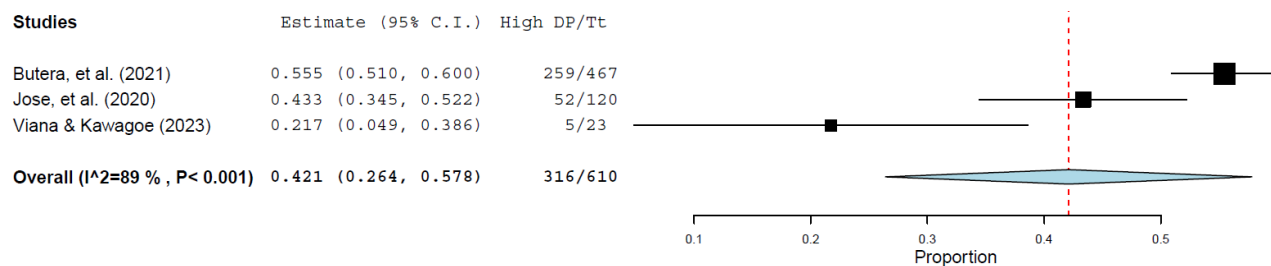


Figura 6 – Meta-análise da prevalência da elevada Despersonalização no período COVID.

No que concerne à prevalência combinada de baixa realização pessoal esta contou com 610 enfermeiros e é 22,7% (IC95%= 6,5-39,0%; $p<0,001$) (Figura 7).

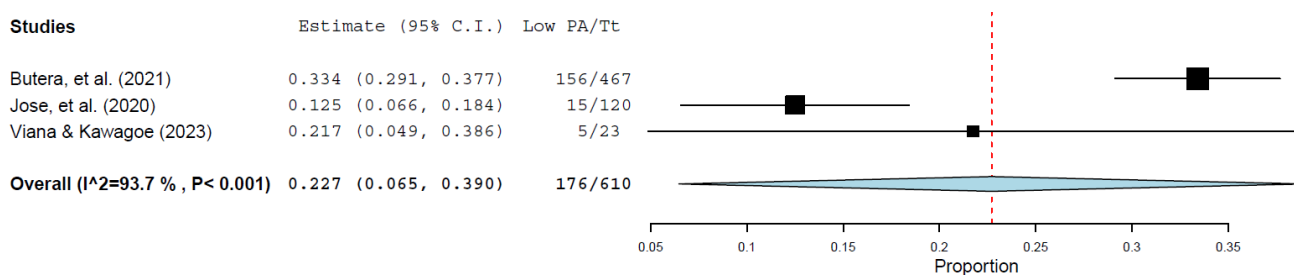


Figura 7 – Meta-análise da prevalência da Realização Pessoal no período COVID.

De salientar que relativamente à heterogeneidade dos estudos que compõem as diferentes meta-análises apresentadas (Figuras 2 a 7) a mesma é considerada elevada dado $I^2 >90\%$, que é justificado pelo elevado número amostral.

3. Discussão

A presente revisão de prevalência permitiu sintetizar a evidência disponível sobre a prevalência de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência. A presença de Burnout é elevada e consistente em diferentes contextos nacionais e internacionais. De forma global, os resultados demonstram que o Burnout é um a problemática significativa neste grupo profissional, refletindo as exigências emocionais, cognitivas e organizacionais inerentes ao serviço de urgência. A amplitude das prevalências encontradas evidencia que este fenômeno não é homogêneo, sendo influenciado por múltiplos fatores, quer individuais, institucionais ou metodológicos.

Os resultados apurados da nossa revisão sistemática que incluiu 50 estudos, bem como os resultados da meta-análise permitiram apurar prevalências de elevada exaustão emocional e despersonalização de 49,1% e 50,8%, respectivamente, sendo a prevalência de baixa realização pessoal de 40,1%. Curiosamente, no período COVID, estas prevalências reduziram para 36,7%, 42,1% e 22,7%, respectivamente. Contudo, não podemos deixar de notar que também população dos estudos que compõem as meta-análises reduziu drasticamente de 2582 para 610 enfermeiros.

Quando comparados com estudos prévios sobre Burnout em profissionais de saúde, os valores observados nos enfermeiros do serviço de urgência são superiores aos reportados noutros serviços. Segundo o estudo desenvolvido por De los Ríos-Castillo et al. (2008), os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência exibem níveis mais elevados de Burnout (88%), com altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e de baixa realização pessoal comparados com os que trabalham nos serviços de diálise peritoneal e cirurgia ($p < 0,05$). Já o estudo de Hooper et al. (2010), revela maior número de enfermeiros com nível médio e alto de Burnout que trabalham no serviço de urgência comparativamente com os do serviço de nefrologia, oncologia e cuidados intensivos, no entanto, sem significância estatística ($p = 0,84$). Por sua vez, Choi e Song (2022) demonstra que os enfermeiros do serviço de urgência apresentam elevado nível de Burnout em comparação com os enfermeiros dos cuidados intensivos, apresentando diferenças estatísticas significativas ($p = 0,007$).

Vários estudos incluídos nesta revisão evidenciam diferenças nas prevalências de Burnout entre as diversas profissões que integram o serviço de urgência, sugerindo que o Burnout não é uniforme dentro da equipa multidisciplinar. No estudo de Alqahtani et al. (2019), no serviço de urgência um total de 16,3% ($n = 46$) dos enfermeiros e médicos apresentavam

Burnout, sendo que a maioria eram enfermeiros (n=28). Por sua vez, no estudo de Hamdan e Hamra (2017), no serviço de urgência os enfermeiros apresentam maior percentagem de Burnout (15,0%) comparativamente com os médicos (9,9%) e os administrativos (14,7%), no entanto diferenças significativas. Também Nicholls et al. (2021) verificou que os enfermeiros apresentam elevado risco de Burnout pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o cliente em comparação com os médicos, profissionais não clínicos e outros profissionais clínicos (equipa de limpeza, administração, auxiliar, segurança, ...) e outros profissionais clínicos (assistentes de saúde, radiologistas, técnicos analistas, fisioterapeutas, assistentes sociais), apresentando diferenças estatísticas significativas ($p < 0,001$).

No que concerne, aos estudos incluídos que abordam a relação do Burnout com a pandemia COVID-19, observa-se que a pandemia não intensifica os níveis de Burnout (Butera et al., 2021; Sheedan et al., 2022; Lopez et al., 2022). No estudo realizado por Butera et al. (2021), evidenciou-se que a prevalência de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência é maior tanto na época pré-pandemia COVID-19 como durante, sendo mais elevada que a dos enfermeiros dos cuidados intensivos, no entanto esta manteve-se estável (pré-pandemia 69,8%; durante pandemia 70,7%), sendo a dimensão da exaustão emocional a mais afetada. Segundo Zakaria et al. (2021), os enfermeiros são que apresentam maior prevalência de Burnout (61,2%) durante a pandemia, comparativamente aos médicos aos assistentes médicos. Por sua vez, Jose et al. (2020), identificou níveis moderados a elevados de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência, sendo que estes apresentam níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização, no entanto apenas 12,5% apresenta baixa realização pessoal. Num dos estudos incluídos, 86,96% dos enfermeiros refere que a pandemia COVID-19 apresentou impacto no nível de Burnout sendo que 95% afirma que aumentou o mesmo (Viana & Kawagoe, 2023). Relativamente ao período pós-COVID-19, os enfermeiros mantêm níveis elevados de Burnout e superiores aos médicos (Tan et al., 2023). Segundo Lopez et al., (2022) os níveis observados de Burnout no período pós-COVID, são idênticos aos existentes antes da pandemia nos enfermeiros do serviço de urgência.

Relativamente aos estudos que utilizaram a *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como instrumento de avaliação de Burnout, observa-se que as prevalências variam de forma distinta entre as três subescalas avaliadas. Relativamente a subescala da exaustão emocional, a maioria dos estudos refere que os enfermeiros no serviço de urgência apresentam valores elevados (Alqahtani et al., 2019; De Los Ríos-Castillo et al., 2008; Hamdan & Hamra, 2017; Kavlu & Pinar, 2009; Oliveira et al., 2017; Salvarani et al., 2019; Schooley et al., 2016; Nogueira, 2016; Silva, 2010; Huang et al., 2024; Jafari et al., 2023; Mataei et al., 2025; Castillo et al., 2024). No que diz respeito à subescala despersonalização, treze estudos referem que os enfermeiros de urgência demonstram elevados níveis de despersonalização (Cruz et al.,

2020; De Los Ríos-Castillo et al., 2008; Hamdan & Hamra, 2017; Oliveira et al., 2017; Salvarani et al., 2019; Schooley et al., 2016; Silva, 2010; Ribeiro, 2009; Azeez et al., 2024, Huang et al., 2024; Jafari et al., 2023; Mataei et al., 2025; Khangahi et al., 2025). No que concerne a subescala da realização pessoal, a grande parte dos estudos demonstra que os enfermeiros apresentam baixa realização profissional (Cruz et al., 2020; De Los Ríos-Castillo et al., 2008; Hamdan & Hamra, 2017; Kavlu & Pinar, 2009; Salvarani et al., 2019; Schooley et al., 2016; Nogueira, 2016; Azeez et al., 2024; Jafari et al., 2023; Khangahi et al., 2025).

Foi incluído também um artigo que aborda o Burnout dos enfermeiros no serviço de urgência no contexto pediátrico, este refere que os enfermeiros apresentam elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de realização profissional (Arkan & Esenay, 2023). Tais achados vão ao encontro dos referidos anteriormente.

Os estudos incluídos identificam um conjunto de fatores que influenciam de forma significativa o desenvolvimento de Burnout entre os enfermeiros do serviço de urgência, destacando a natureza multifatorial deste fenómeno. Os fatores preditores de Burnout identificados nos estudos apresentam influência com o aumento dos níveis de Burnout, revelando um conjunto consistente de fatores que parecem intensificar a vulnerabilidade dos profissionais do Serviço de Urgência. Entre os fatores mais identificados encontram-se idade jovem (Nobre et al., 2019; Hunsaker et al., 2015; Oliveira et al., 2017), stress percebido (Mataei et al., 2025; Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016; Munnangi et al., 2018; Huang et al., 2024; Silva, 2010), baixa formação e experiência (Dantas et al., 2014; Gomes, 2021; Hunsaker et al., 2015), antecedentes de depressão e/ou ansiedade (Cruz et al., 2020; Pei et al., 2021; Chernoff et al., 2019), poucas atividades de lazer (Oliveira et al., 2017; Martínez et al., 2004), pouca prática de exercício físico (Gomes, 2021; Cruz et al., 2020), elevada carga horária e laboral (Dantas et al., 2014; Corrêa, 2018; Butera et al., 2018; Choi & Song, 2022; Oliveira et al., 2017), múltiplos vínculos profissionais (Corrêa, 2018; Oliveira et al., 2017), insatisfação no trabalho (Choi & Song, 2022; Munnangi et al., 2018; Palazoğlu & Koç, 2019; Tan et al., 2024), intenção de sair (Nobre et al., 2019; Tan et al., 2024), , violência no trabalho (Mao et al., 2025), baixo apoio da gestão (Hunsaker et al., 2015) e condições precárias (Dantas, 2011).

Além da existência dos fatores preditores associados ao aumento do Burnout, os estudos incluídos identificam igualmente um conjunto de elementos que parecem atuar como fatores protetores, contribuindo para níveis mais baixos de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência. Entre estes, destacam-se estratégias de *coping* focadas no problema (Cruz et al., 2020), *core self-evaluation* (Teles, 2011), satisfação por compaixão (Hooper et al., 2010; Huang et al., 2024), resiliência (Jose et al., 2020; Moon & Park, 2025), empatia cognitiva, habilidade de regulação emocional, *mindfulness* (Salvarani et al., 2019), suporte dado pela

equipa (Butera et al., 2021), liderança ativa, bem-estar espiritual (Jafari et al., 2023), coragem, cultura organizacional positiva, relações baseadas na confiança (Moon & Park, 2025) e inteligência cultural (Lopez et al., 2022).

Apesar da consistência das associações observadas nos estudos, importa salientar que muitos destes fatores preditores e protetores são avaliados através de medidas auto reportadas ou análises bivariadas, sem controlo adequado de variáveis de confusão, o que limita a capacidade de determinar o peso relativo de cada fator. A heterogeneidade na forma como estes elementos são definidos, operacionalizados e analisados contribui igualmente para uma evidência fragmentada, exigindo cautela interpretativa. Assim, embora os estudos apontem para um conjunto de fatores que tendem a agravar ou diminuir o Burnout, a robustez das associações permanece condicionada por limitações metodológicas, reforçando a necessidade de investigações mais rigorosas e comparáveis que permitam clarificar a força e independência destes fatores e clarifiquem o papel efetivo destes.

Conclusão

A presente revisão permitiu sintetizar a prevalência de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência. Estes profissionais apresentam níveis elevados de Burnout, caracterizados por níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e baixos índices de realização profissional, corroborando os achados de diferentes estudos. Contudo, é evidente a heterogeneidade existente entre os mesmos, nomeadamente nos instrumentos de avaliação utilizados, critérios de corte adotados e características da amostra.

Estes resultados reforçam a natureza exigente e emocionalmente desgastante do serviço de urgência, caracterizado pela elevada carga de trabalho, pressão, imprevisibilidade e exposição contínua a situações críticas e stressantes.

A elevada prevalência de Burnout identificada evidencia a necessidade urgente de intervenções, sustentada e baseada em evidência científica, com vista a mitigar os fatores preditores e de risco e a promover ambientes de trabalho seguros. A sistematização da prevalência, ao fornecer uma visão abrangente da problemática, constitui um contributo fulcral para fundamentar políticas de saúde ocupacional, orientar estratégias de prevenção e apoiar a implementação de programas de promoção do bem-estar profissional. Por fim, esta revisão sistemática de prevalência demonstra que o Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência é uma problemática impactante, exigindo respostas institucionais que valorizem a saúde mental como condição indispensável para a qualidade, segurança e sustentabilidade dos cuidados prestados.

Referências bibliográficas

- Alqahtani, A. M., Awadalla, N. J., Alsaleem, S. A., Alsamghan, A. S., & Alsaleem, M. A. (2019). Burnout syndrome among emergency physicians and nurses in Abha and Khamis Mushait Cities, Aseer Region, Southwestern Saudi Arabia. *The Scientific World Journal*, 2019(1), 4515972. <https://doi.org/10.1155/2019/4515972>
- Arıkan, A., & Esenay, F. I. (2023). Compassion fatigue and burnout in Turkish pediatric emergency nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*, 71, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.004>
- Azeez, F. K., Khan, M., Almalki, M., Mehmood, A., & Shanawaz, M. (2024). Prevalence of burnout syndrome and coping factors among the staff of emergency department at the hospitals of Jazan, Saudi Arabia. *Signa Vitae*, 20(11), 82–90. <https://doi.org/10.22514/sv.2024.148>
- Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. da S. N. de, Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, M. C. D. S., & Silva, S. M. (2021). Burnout among nurses: a multicentric comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3432. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Borges, S. A. N. (2024). *Fatores relacionados com o burnout em enfermeiros do serviço de urgência de um centro hospitalar da região norte de Portugal* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro]. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. <https://hdl.handle.net/10348/12663>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. <https://doi.org/https://doi.org/10.24950/rspmi.814>

- Butera, S., Brasseur, N., Filion, N., Bruyneel, A., & Smith, P. (2021). Prevalence and associated factors of burnout risk among intensive care and emergency nurses before and during the Coronavirus Disease 2019 pandemic: A cross-sectional study in Belgium. *Journal of Emergency Nursing*, 47(6), 879–891.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.08.007>
- Castillo, F. J. R., Liñan, C. M. B., Builes, D. E. G., & Vallejo-Bocanumen, C. E. (2024). Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en personal de salud de urgencias de un hospital de alta complejidad de Medellín en el segundo trimestre del año 2023, estudio cross-sectional. *Revista Colombiana de Psiquiatria*.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.05.004>
- Chernoff, P., Adedokun, C., O'Sullivan, I., McManus, J., & Payne, A. (2019). Burnout in the emergency department hospital staff at Cork University Hospital. *Irish Journal of Medical Science*, 188, 667–674. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1871-5>
- Choi, H., & Song, R. (2022). Burnout and compassion competency to explain job satisfaction among nurses working in intensive care units or emergency rooms. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 15(3), 12–22. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2022.15.3.12>
- Corrêa, B. M. C. (2018). *Avaliação da síndrome de burnout nos enfermeiros de um hospital universitário* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Universidade Estadual Paulista. <http://hdl.handle.net/11449/165608>
- Cruz, S. P., Cebrino, J., Herruzo, J., & Vaquero-Abellán, M. (2020). A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1–16. <https://doi.org/10.3390/jcm9041007>
- Dantas, R. da S. (2011). *Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência do estado de Paraíba-BR* [Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal da Paraíba]. Repositório Universidade Federal Da Paraíba. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5121/1/arquivototal.pdf>

- Dantas, T. S. R., Carreiro, B. O., Pascoal, F. F. da S., Moraes, M. N., Cordeiro, R. C., & Filha, M. de O. F. (2014). Prevalência da síndrome de burnout entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6, 196–205. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i5.196-205>
- De Los Ríos-Castillo J., L., D., Pedro, B.-S., Mariano, O.-M., & Teresa Luzeldy, Á.-R. (2008). Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 16(2).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082f.pdf>
- Diao, D., Chen, X., Zhong, L., Zhang, H., & Zhang, J. (2024). Sex differences in burnout and work-family conflict among Chinese emergency nurses: a cross-sectional study. *Front. Public Health*, 12, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1492662>
- Faustino, W. R., Rezer, F., Santos, J. F. P., Torquato, B. B., Souza, N. F., Lobo, I. F., & Pinheiro, H. S. (2025). Síndrome de Burnout em Enfermeiros dos Serviços de Urgência e Emergência. *Revista Nursing*, 29(321), 10587–10594.
<https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i321p10587-10594>
- Fontova-Almató, A., Suñer-Soler, R., Salleras-Duran, L., Bertran-Noguer, C., Congost-Devesa, L., Ferrer-Padrosa, M., & Juvinyà-Canal, D. (2020). Evolution of job satisfaction and burnout levels of emergency department professionals during a period of economic recession. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(3).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17030921>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gomes, L. M. M. (2021). *Prevalência do burnout nos enfermeiros: estudo numa equipe de urgência hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro]. RepositoriUM. <https://hdl.handle.net/1822/70574>

- Hamdan, M., & Hamra, A. A. (2017). Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Services Research, 17*, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2356-3>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing, 36*(5), 420–427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Huang, C., Zou, J., Ma, H., & Zhong, Y. (2024). Role stress, occupational burnout and depression among emergency nurses: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing, 72*, 101387. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101387>
- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Jafari, H., Marzband, R., Kamali, M., Moosazadeh, M., Vajargah, P. G., Karkhah, S., Osuji, J., & Davaribina, B. (2023). The association between occupational burnout and spiritual well-being in emergency nurses: A cross-sectional study. *Bull Emerg Trauma, 11*(4), 184–189. <https://doi.org/10.30476/BEAT.2023.98919.1444>
- JBİ (2020). *Checklist for analytical cross sectional studies. Critical appraisal tools for use in JBİ Systematic Reviews*. JBİ
- Jiang, H., Ma, L., Gao, C., Li, T., Huang, L., & Huang, W. (2017). Satisfaction, burnout and intention to stay of emergency nurses in Shanghai. *Emergency Medicine Journal, 34*, 448–453. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205886>
- Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2020). Burnout and resilience among frontline nurses during covid-19 pandemic: A cross-sectional study in the emergency department of a tertiary care center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine, 24*(11), 1081–1088. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23667>

- Kavlu, I., & Pinar. Rukiye. (2009). Effects of job satisfaction and burnout on quality of life in nurses who work in emergency services. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(6).
<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=c3efa8af-a5e9-3bfd-869e-55b4a6b08e5e>
- Khanghahi, A. Y., Raiesdana, N., Amanat, N., & Fakhr-Movahedi, A. (2024). Investigating the relationship between cultural intelligence and job burnout in emergency department nurses in Semnan Province. *Koomesh*, 26(6).
<https://doi.org/https://doi.org/10.69107/koomesh-150361>
- Lopez, J., Bindler, R. J., & Lee, J. (2022). Cross-sectional analysis of burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction among emergency nurses in Southern California working through the COVID-19 pandemic. *Journal of Emergency Nursing*, 48(4), 366-375.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.03.008>
- Mao, J., Gu, Z., Zhong, L., Zhang, H., Chen, X., & Zou, L. (2025). The mediating effect of job burnout between workplace violence and sleep disorders among emergency department nurses. *Frontiers in Public Health*, 13, 1-8.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1640865>
- Martínez, N. I., Puigdesens, A., & Roig, A. A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142–151. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73873-5](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73873-5)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2018). *Maslach Burnout Inventory Manual* (4th ed.). Mind Garden.
- Mataei, K., Vatandost, S., Dousti, N., & Salehi, K. (2025). Triage decision-making and its relationship with burnout among nurses in Iranian emergency departments. *International Emergency Nursing*, 81, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101643>

- Meira, C., Botas, T., & Mendes, A. (2017). Burnout em enfermeiros portugueses: uma revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 4, 37-49.
www.rpso.pt/Burnout-enfermeiros-portugueses-revisao-integrativa/
- Melo-Ribeiro, P., Marta, P., & Mota-Oliveira, M. (2023). Avaliação de burnout em profissionais de saúde da unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 9(4), 126–136.
<https://doi.org/10.51338/rppsm.532>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Montero-Marín, J. (2016). El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim*, 29(1).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Moon, S.-Y., & Park, H.-R. (2025). the effects of grit, emergency nursing competency, and positive nursing organisational culture on burnout among nurses in the emergency department. *Behavioral Sciences*, 15(4), 1–13. <https://doi.org/10.3390/bs15040486>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals a call for action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708ST>
- Munn, Z., Moola, S., Lisy, K., Riitano, D., & Tufanaru, C. (2020). *Chapter 5: Systematic reviews of prevalence and incidence*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-06>
- Munnangi, S., Dupiton, L., Boutin, A., & Angus, L. D. G. (2018). Burnout, perceived stress, and job satisfaction among trauma nurses at a level I safety-net trauma center.

Journal of Trauma Nursing, 25(1), 4–13.

<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000335>

Naidoo, R., & Schoeman, R. (2023). South African Journal of Psychiatry. *South African Journal of Psychiatry*, 29(0). <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2095>

Nicholls, M., Hamilton, S., Jones, P., Frampton, C., Anderson, N., Tauranga, M., Beck, S., Cadzow, A., Cadzow, N., Chiang, A., Fayerberg, E., Hayward, L., Maclean, A., Mcleay, A., Moran, S., Muthu, A., Rogan, A., Rolton, N., Sagarin, M., ... Selak, V. (2021). Workplace wellbeing in emergency departments in Aotearoa New Zealand 2020. *NZMJ* 3, 134(1541), 96–110. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31826211e1>

Nobre, D. F. R., Rabiais, I. C. M., Ribeiro, P. C. P. S. V., & Seabra, P. R. C. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1457–1463. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>

Nogueira, C. (2016). *Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do IPVC <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1864>

O'Mahony N. (2011). Nurse burnout and the working environment. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 19(5), 30–37. <https://doi.org/10.7748/en2011.09.19.5.30.c8704>

Oliveira, E. B., Gallasch, C. H., Junior, P. P. A. da S., Oliveira, A. V. R., Valério, R. L., & Dias, L. B. S. (2017). Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. *Rev Enferm UERJ*, 25. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.28842>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Palazoğlu, C. A., & Koç, Z. (2019). Ethical sensitivity, Burnout, and job satisfaction in emergency nurses. *Nursing Ethics*, 26(3), 809–822.
<https://doi.org/10.1177/0969733017720846>
- Pei, J., Wang, X., Chen, H., Zhang, H., Nan, R., Zhang, J., & Dou, X. (2021). Alexithymia, social support, depression, and Burnout among emergency nurses in China: a structural equation model analysis. *BMC Nursing*, 20(194), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00702-3>
- Perniciotti, P., Vicente Serrano Júnior, C., Vidigal Guarita, R., Junqueira Morales, R., & Wilma Romano, B. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev. SBPH*, 23(1). <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/05.pdf>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available online: <https://synthesismanual.jbi.global>.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinho, C. M. D. (2022). *Competências dos enfermeiros em emergência no serviço de urgência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/41162>
- Popa, F., Raed, A., Purcărea, V. L., Lală, A., & Bobirnac, G. (2010). Occupational Burnout levels in emergency medicine—a nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life*, 3(3), 207–215. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3019006/>
- Portugal, Despacho Normativo nº11/2002. (2022, Março 06). Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*, 2B(55), pp.1865 – 1866.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Ribeiro, T. G. da R. (2009). *Síndrome de burnout nos enfermeiros* [Monografia, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional Da Universidade Fernando Pessoa.
<https://www.bing.com/ck/a?!&p=8253065aeddeeeec4d8191dbfe61e03b4844c451fb791b59ecc8079d929cad3JmltdHM9MTc3MjMyMzlwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid>

=0dab7fa8-2166-6741-1fe4-

6cc0206566ae&psq=S%c3%adndrome+de+Burnout+nos+enfermeiros+ribeiro+2009
&u=a1aHR0cHM6Ly9iZGlnaXRhbC51ZnAucHQvYml0c3RyZWFTcy9hNWE1ZWJkNS
1jOTlyLTRkNDEtYmRIZi05NmU0NDVkmThmMTEvZG93bmxvYWQ

- Ríos-Risquez, M. I., & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *59*, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008>
- Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausili, D., di Mauro, S., & Strepparava, M. G. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: the role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *Journal of Nursing Management*, *27*, 765–774. <https://doi.org/10.1111/jonm.12771>
- Santos, E., Cardoso, D., & Apóstolo, J. (2022). Como medir e explorar a heterogeneidade de uma meta-análise: Estratégias metodológicas fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(1), e21077. <https://doi.org/10.12707/RV210077>
- Sauane, S. M. F., & Magalhães, C. P. (2023). Medical-surgical emergency nurses' burnout after the COVID-19 pandemic. *Revista de Enfermagem Referencia*, *6*(2). <https://doi.org/10.12707/RVI22091>
- Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M., & Yorgancioglu, G. (2016). Comparing burnout across emergency physicians, nurses, technicians, and health information technicians working for the same organization. *Medicine*, *95*(10). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002856>
- Sheehan, O., Sheehan, M., Rau, R. I., Sullivan, I. O., McMahon, G., & Payne, A. (2022). burnout on the frontline: the impact of COVID-19 on emergency department staff wellbeing. *Irish Journal of Medical Science*, *191*, 2325–2333. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02795-w>
- Silva, M. E. (2010). *Fatores predisponentes à síndrome de burnout no trabalho em unidade de emergência* [Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Universidade Federal Da Bahia. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/9672>

- Sorour, A. S., & El-Maksoud, M. M. A. (2012). Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(3), 272–282.
<https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31826211e1>
- Tan, M. L., Pek, J. H., & Wong, S. H. (2024). Burnout in emergency department personnel—A continuing concern post pandemic. *Hong Kong J Emergency Med*, 31, 13–21.
<https://doi.org/10.1002/hkj2.12008>
- Teles, M. de J. G. (2011). *Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência*. [Projeto de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE.
https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4186/1/Tese_Burnout_Marisa%20Teles.pdf
- Viana, D. S. L., & Kawagoe, J. Y. (2023). Emergency units and COVID-19: burnout, and empathy reported by nursing professionals and perceived by patients. *Rev Bras Enferm*, 76(6), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0869>
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). *Renewing the Definitions of “nursing” and “a nurse.”* International Council of Nurses.
https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_0.pdf
- World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2025, January). *CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade*. World Health Organization. <http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Zakaria, M. I., Remeli, R., Ahmad Shahamir, M. F., Md Yusuf, M. H., Azizah Ariffin, M. A., & Noor Azhar, A. M. (2021). Assessment of burnout among emergency medicine healthcare workers in a teaching hospital in Malaysia during COVID-19 pandemic.

Hong Kong Journal of Emergency Medicine, 28, 254–259.

<https://doi.org/10.1177/1024907921989499>

Conclusão

O enfermeiro especialista, durante a sua prática clínica, é incentivado a refletir diariamente, identificando limitações e pontos fortes de forma a aprimorar as suas competências. Desta forma, a conclusão deste trabalho reflete o meu percurso demonstrando a integração e a consolidação dos conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem na pessoa em situação crítica.

A prática clínica fundamentada em evidências científicas, aliada à análise e reflexão crítica das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, mostrou-se indispensável para o contínuo desenvolvimento profissional e aprimoramento dos cuidados prestados. Este processo contribuiu para a consolidação do pensamento crítico e para a identificação de oportunidades de melhoria, aspetos essenciais para garantir a excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A componente de investigação consistiu na realização de uma revisão sistemática de prevalência destinada a identificar a prevalência do Burnout entre enfermeiros do serviço de urgência. Os resultados obtidos evidenciaram níveis relevantes deste fenómeno, confirmando a sua expressão significativa neste contexto. Desta forma, o Burnout é uma problemática que afeta o bem-estar dos profissionais e consequentemente os cuidados prestados, a evidência sintetizada permite fundamentar futuras intervenções orientadas para a promoção da saúde ocupacional e para a melhoria das condições de trabalho. Neste processo, tornou-se evidente o papel do enfermeiro especialista enquanto profissional capaz de integrar a investigação na prática e interpretar criticamente a evidência que apresenta impacto no ambiente de trabalho dos enfermeiros.

Durante a realização deste trabalho foram identificados alguns desafios, nomeadamente a escassa experiência prévia na produção de uma investigação científica. As dificuldades foram encaradas como oportunidades de melhoria e crescimento, levando à adoção de uma postura proativa na aquisição de competências, através de consulta e análise de referenciais científicos e *debriefings* com os orientadores. O reconhecimento das limitações possibilitou a sua superação e o desenvolvimento de ferramentas e competências relevantes para futuras investigações. O desenvolvimento deste trabalho permitiu-me, também consolidar competências analíticas, metodológicas e críticas, aprofundando a minha

capacidade de produzir conhecimento aplicável e capaz de sustentar decisões clínicas e organizacionais informadas.

A elaboração deste relatório de estágio constituiu uma experiência profundamente enriquecedora, proporcionando momentos de análise crítica, reflexão estruturada e aquisição de conhecimentos e competências fundamentais ao exercício profissional enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica. A experiência, o conhecimento e todos os contributos adquiridos durante todo o percurso permitirão reavaliar e reajustar continuamente a minha prática, promovendo a melhoria permanente da qualidade dos cuidados prestados.

Este trabalho evidencia o desenvolvimento científico e a integração progressiva das competências do enfermeiro especialista na minha identidade profissional. A união entre teoria, prática avançada e investigação, reforça minha autonomia e capacidade de prestar cuidados personalizados, eficazes e baseados em evidências.

Em resumo, esta experiência consolidou meu crescimento pessoal e profissional, ampliando minha preparação para atuar como enfermeira especialista com responsabilidade e compromisso, contribuindo para a qualidade dos cuidados e a valorização da segurança e do bem-estar nas organizações.

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2016). *Diretiva técnica sobre prevenção de incêndios em hospitais. 01-02/2007 (v.2016)*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Diretiva_Tecnica_01_02_2007_v2016.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Unidade de Instalações e Equipamentos (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. RT11/2015*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. RT 13/2019 V. 2024*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Akhoundi, A., Singh, B., Vela, M., Chaudhary, S., Monaghan, M., Wilson, G. A., Dillon, J. J., Cartin-Ceba, R., Lieske, J. C., Gajic, O., & Kashani, K. (2015). Incidence of Adverse Events during Continuous Renal Replacement Therapy. *Blood Purification*, 39(4), 333–339. <https://doi.org/10.1159/000380903>
- Alexandrino, H., Martinho, B., Ferreira, L., & Baptista, S. (2023). Non-technical skills and teamwork in trauma: from the emergency department to the operating room. *Front. Med.*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1319990>
- Antunes, P. M. M. (2021). *Perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa do serviço de urgência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana de Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3650>

- Arias-Rivera, S., López-López, C., Frade-Mera, M. J., Via-Clavero, G., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Sánchez-Sánchez, M. M., Acevedo-Nuevo, M., Gil-Castillejos, D., Robleda, G., Cachón-Pérez, M., & Latorre-Marco, I. (2020). Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. *Proyecto ASCyD. Enfermería Intensiva*, 31(1), 3–18.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.002>
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L. & Overcash, J. (2018). Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 21(5), 573-580. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2017). *Plano de emergência externa dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L., & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma sb review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 63–72.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias da comunicação e aconselhamento em medicina* (2ªed). Climepsi Editores
- Costa, C., Pina, J., Galvão, A., & Escanciano, S. (2021). Competências emocionais: estratégias facilitadoras na promoção da prática de enfermagem. In Castro, F. V., Fernandes, A. & Galvão, A. M (Coords.). *Congresso Internacional Literacia em Saúde e Autocuidados: Evidências que Projetam a Prática Clínica: livro de resumos*. (p. 118-119). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23764>
- Cruz, J. R.M., & Martins, M. D. S. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 87-96. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Dohms, M., & Gusso, G. (2021). *Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os encontros em saúde*. Artmed.

- European Commission. (2025, January). *Cybersecurity of hospitals and healthcare providers*. European Union.
file:///C:/Factsheet__Action_plan_on_cybersecurity_of_hospitals_and_healthcare_providers_fBL1zFFlyi8ltOCx8Og2C6moS8_111662.pdf
- Forero, R., McCarthy, S., & Hillman, K. (2011). Access block and emergency department overcrowding. *Critical Care*, 15(2), 1–6. <https://doi.org/10.1186/cc9998>
- Giusti, G. D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 89(4-S), 64-70.
<https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>
- Grupo Português De Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do formando*. Grupo Português De Triagem.
- Hinkle, J. L. & Cheever K. H. (2020). *Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica - 2 Volumes (14ª Edição)*. Guanabara Koogan.
- Hospitais da Universidade de Coimbra. (2024). *Plano de integração para estudantes de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica*. Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, Departamento de Formação (2024). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. [Relatório Final, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu]. Politécnico de Viseu Repositório Científico.
<http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
- Magalhães, J.M.P.L., Ferreira, A.K.S., Maciel, C.F., Silva, C.D.B., Santos de Melo, J., Dias, K.S., Santos, M.V.C., Damasceno, M.V.S. (2021). Vivências de enfermeiros em uma

- unidade de terapia intensiva neurológica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 874-881. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22902/18381>
- Marcelino, t., Pontífice-Sousa, P., Marques, R. (2021). Estratégias promotoras da inteligência emocional nos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 25, 25-31. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0288>
- Marques, R. A. A. (2019). *Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum <http://hdl.handle.net/10400.26/36865>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2000). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, J. (2020). Técnicas de substituição da função renal na lesão renal aguda. In P. Ponce (2020). *Manual de nefrologia* (pp. 259-271). Lidel
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C. (2010). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ª Edição. ISBN: 978-989 8075-22-2.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8), 1–42. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Nickson, C. (2020). *IHD vs CRRT vs SLED*. Critical Care Compendium. <https://litfl.com/ihd-vs-crrt-vs-sled/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto do Enfermeiro e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Oudemans-van Straaten, H. M., Wester, J. P. J., De Pont, A. C. J. M., & Schetz, M. R. C. (2006). Anticoagulation strategies in continuous renal replacement therapy: Can the choice be evidence based? *Intensive Care Medicine*, 32, 188–202. <https://doi.org/10.1007/s00134-005-0044-y>
- Perniciotti, P., Vicente Serrano Júnior, C., Vidigal Guarita, R., Junqueira Morales, R., & Wilma Romano, B. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev. SBPH*, 23(1). <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/05.pdf>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel
- Pinho, J. A., Carneiro, H., Alves, F., Nunes, M. M. J. C. & Duarte, J. D. (2016). *Resultados. Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Pires, R.I.Q., Pedrosa, M.J.S.S.P. & Marques, M.C. (2021) A gestão da Dor Aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Coord.). (2021). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. (pp. 161-171). Sabooks Editora. ISBN: 978-989-53006-1-7
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel
- Portugal, Despacho n.º 5613/2015. (2015, maio 27). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550 - 13553. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Portugal, Despacho n.º 9390/2021. (2021, setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, 2(187), pp.96-103. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Portugal, Despacho n.º 9390/2021. (2021, setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, 2(187), pp.96-103. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Portugal, Despacho Normativo n.º 11/2002. (2002, março 06). Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*, 2 (55), pp. 1865-1866. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>

Portugal, Lei nº27/2006. (2006, julho 03). Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil. *Diário da República*, 1(126), 4696-4706. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde. (2015, novembro 04). *Norma 015/2013 atualizada a 4 de novembro de 2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Direção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2022a). *NORMA CLÍNICA: 021/2015 De 16/12/2015. Atualizada A 17/11/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Direção-Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2022b). *NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. Direção-Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2022c). *NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada 29 de agosto de 2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Direção-Geral de Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Circular Normativa nº07/DQS/DQCO: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Orientação no 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma 029/2012, atualizada a 31 de outubro de 2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2017b) *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde. (2023, maio 29). *Norma n.º004/2023: Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de*

carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a metilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. Direção-Geral de Saúde.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na

53 área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2(135), pp. 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Rodrigues, R., Magnos, M., Covas, S., Castro, V., & Chagas, V. (2021). “Quando ninguém se entende”: conflitos bioéticos num caso real de fim de vida. *Cadernos de Saúde*, 13(1). 4-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9564>

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*, 10, 47–57. <http://hdl.handle.net/10400.21/3120>

Santos, S. S. (2019). *Impacto da liderança no desempenho da equipe de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/89596>

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How Professionals Think in Action*. Temple Samith.

Serviço Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s.d.a). *Sobre a ULS de Coimbra*. <https://www.ulscoimbra.min-saude.pt/missao-e-valores/>

- Serviço Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s.d.b). *Sobre*.
<https://www.ulscoimbra.min-saude.pt/introducao/>
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20–26.
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>
- Teixeira, J. M. F. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(10), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Unidade Local de Saúde de Coimbra. (2025). *Responsável de área: Funções e responsabilidades (IT 01-00)*. Unidade Local de Saúde Coimbra.
- Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s.d.). *Serviço de Urgência Geral: Plano funcional*.
Unidade Local de Saúde Coimbra.
- Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- World Health Organization. (2025, January). *CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade*. World Health Organization. <http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Yuwanich, N., Akhavan, S., Nantsupawat, W., Martin, L., Elfström, M. L., & Sandborgh, M. (2018). Development and psychometric properties of the stressor scale for emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 39, 77-88.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.005>

Apêndices

Apêndice I – Comunicar na incerteza: Estratégias de comunicação no processo de transição saúde-doença



SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Trabalho desenvolvido no âmbito do Estágio em Enfermagem em Contexto de Cuidados Intensivos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viseu

Ecaterina Cebotareanu, 4919
Gabriela Paiva Almeida, 29673
Liliana Santos Silva, 4291
Tânia Sofia Alves Marques, 29676



INTRODUÇÃO

O Enfermeiro acompanha a pessoa ao longo de todo o ciclo vital, inclusive nas transições que o caracterizam.

! INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA !

Traz consigo a conceção de interrupção do processo de vida, bem como, a incerteza face aos resultados. Esta imprevisibilidade gera desassossego e ansiedade (Mendes, 2020).

Processo dinâmico que envolve períodos de instabilidade entre momentos de estabilidade, sendo comum em diversas áreas da vida, como desenvolvimento, saúde/doença, e situações sociais ou organizacionais (Meleis et al., 2000).



Facilitar as transições de vida à pessoa e/ou família permitindo-os identificar as alterações que a situação traz e encontrar novas estratégias a partir dela.

COMUNICAR NA INCERTEZA



OBJETIVOS

▪ Geral:

- facilitar a comunicação com a pessoa/família/ser significativo no processo de transição saúde/doença em contexto de incerteza e situação crítica.

▪ Específico:

- apresentar um instrumento que seja uma estratégia facilitadora neste processo comunicacional, tendo sempre em consideração que cada pessoa é um ser único e por isso a estratégia utilizada deve ser individualizada e adaptada a cada situação.





FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



COMUNICAÇÃO

A comunicação, enquanto processo de transmitir e receber informações, na forma verbal ou não-verbal, sustenta as relações entre os seres humanos sendo capaz de afetar e influenciar os comportamentos do outro.

Um processo comunicativo integra uma **parte cognitiva ligada ao lado informativo da mensagem** – o **quê** – e uma **parte afetiva ligada à forma como a mensagem é transmitida** – o **como** – devendo existir **congruência entre o que estamos a comunicar e a forma como o comunicamos** (Phaneuf, 2005).

Comunicação terapêutica:
é o processo através do qual o profissional de saúde adquire conhecimento sobre a pessoa, estabelecendo uma **comunicação planeada e intencional**, utilizada para ajudar a identificar e a atender às necessidades da pessoa (Medalia & Revheim, 2002).



Através das intervenções de enfermagem, nomeadamente a comunicação, o enfermeiro visa diminuir a incerteza reconhecendo o papel da classe profissional, como facilitador no processo de transição pelo doente e família (Dohms & Gusso, 2021).

Estratégias de comunicação



DA TEORIA À PRÁTICA...



Comunicar na Incerteza

Uma ferramenta para Enfermeiros

Escuta Ativa

Técnica mais abrangente e efetiva sendo que a escuta é muito mais do que ouvir.

(Pietro 2014 e Sequeira 2016)

Objetivo:

- Facilitar a comunicação entre enfermeiros e pessoa em estado crítico durante o processo de transição saúde-doença, especialmente em contextos de incerteza, promovendo um cuidado mais humanizado e eficaz.

Instruções de uso:

1. Selecione a estratégia que mais se adapta a si, à pessoa com quem comunica e ao contexto onde se situa.
2. Aplique a estratégia e pratique para aprimorar as suas habilidades.

Táticas:

- Acenar com a cabeça para mostrar atenção.
- Repetir as últimas palavras do doente.
- Fazer perguntas "Como isso o faz sentir?".
- Validar sentimentos: "É natural que se sinta assim.",
- Observar linguagem corporal e pistas não verbais.
- Resumir e validar a informação.



Questões Abertas e Fechadas

Questões abertas: para explorar sentimentos e preocupações.
Questões fechadas: para obter informações específicas.

Exemplos:

- **Questão aberta:** "Como se sente em relação a isso?"; "o que mais gostaria de compartilhar sobre a sua situação?";
- **Questão fechada:** "Está a sentir dor agora?"; "Precisa de alguma coisa neste momento?".

Dica prática:

- Iniciar a conversa com questões abertas para entender o contexto emocional e só depois utilizar questões fechadas para obter detalhes objetivos.

Reflexão de sentimentos

Permite a reflexão sobre o conteúdo emocional da mensagem partilhada, explorar emoções e auxiliar a pessoa a tomar consciência, reconhecer e controlar as emoções.

Exemplo:

- "Parece que está preocupado com o futuro, estou certo?".



Paráfrase

Tem como objetivo salientar e ajudar a pessoa a concentrar-se no conteúdo da mensagem através da devolução do mesmo.

Exemplo:

- "Está a dizer-me que você e o seu marido têm formas diferentes de conceptualizar a sua doença".

Sumário/ Resumo

Resumo da mensagem ligando diferentes elementos da mesma, identificando um padrão comum. Contribui para que a pessoa consiga organizar ideias.

Exemplo:

- "Parece que se sente desmotivado face aos sintomas de dor, apesar de reconhecer em si uma pessoa forte com um passado de luta incansável".



Empatia

Demonstrar compreensão sem julgamentos.

Exemplo:

- "Entendo que esta situação é muito difícil para si."

Dica prática:

- Usar linguagem corporal, como manter o contacto visual e inclinar-se ligeiramente em direção à pessoa, para mostrar que está presente e disponível.

Validação

Transmitir importância sobre o que a pessoa falou através do reconhecimento e devolução da mensagem.

Exemplo:

- "É compreensível que se sinta assim".

Confrontação

Permite contestar a mensagem transmitida, devolve conflito, mensagens opostas ou confusas.

Exemplo:

- "Está a dizer-me que não se sente inútil, mas por outro lado, sente-se triste porque não consegue fazer as atividades domésticas?".

Aliança Terapêutica

Encontro de especialistas, o doente especialista da sua condição e o profissional especialista nas questões de diagnóstico, opções de tratamento e formas de ajuda. Características pessoais do enfermeiro e a comunicação não verbal assumem grande importância na construção desta aliança.

Características facilitadoras:

Atencioso, honesto, saber escutar, não ser condescendente, explicar, acordar prioridades objetivas, aceitar a recusa de tratamento.

Dicas práticas:

- **Toque:** é fundamental que esteja presente sem, no entanto, invadir a privacidade do outro;
- **Distância:** muitas vezes utilizada como escudo, mas deve ser usada como estratégia terapêutica, de forma consciente e intencional;
- **Posição:** a posição adequada à situação específica faz toda a diferença;
- **Olhar:** possui um papel imprescindível na criação de relações, transmite à pessoa cuidada que esta é importante.





<h3>Silêncio</h3> <p>Pausa no diálogo que permite à pessoa refletir, organizar, sentir e atribuir um significado ao que lhe foi dito. "... o silêncio não consiste apenas na ausência de palavras, ele é feito de atenção e interesse pelo que o cliente comunica". <small>(Chalfoux, 2008, p.153)</small></p>	<h3>Dica prática:</h3> <ul style="list-style-type: none"> Permitir pausas para que a pessoa processe a informação antes de continuar.
<h3>Genuinidade/ espontaneidade</h3> <p>Evitar representar um papel ou ser falso. Contribui para reduzir a distância enfermeiro/pessoa. Implica espontaneidade.</p>	<h3>Dica prática:</h3> <ul style="list-style-type: none"> Espontaneidade e Genuinidade é diferente de impulsividade. Ser fiel a si mesmo sem deixar de respeitar o outro.



<h3>Mostrar-se presente e disponível</h3> <p>Verbalizar a disponibilidade.</p>	<h3>Exemplo:</h3> <ul style="list-style-type: none"> "Podem contar comigo para qualquer coisa, a qualquer momento, mesmo que seja apenas um desabafo, são coisas importantes e gostaria que me contactassem".
<h3>Servir de modelo</h3> <p>A aprendizagem também é feita através da observação, o profissional será sempre visto como modelo e fonte de aprendizagem para o outro.</p>	<h3>Exemplo:</h3> <ul style="list-style-type: none"> "Eu gosto de fazer desta maneira, pode ver, se achar que é uma boa forma poderá seguir uma forma semelhante".



<h3 style="text-align: center;">Relativização</h3> <p>Permite abrir os horizontes da conversa, ampliar os temas, revelar novas informações e permitir que o foco de atenção seja desviado para outros assuntos.</p>	<h3 style="text-align: center;">Exemplo:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • "Percebo que se sinta desmotivado com o facto de não conseguir caminhar, no entanto gostaria que me falasse um pouco dos outros aspetos da sua vida que valoriza e que consegue dominar".
<h3 style="text-align: center;">Fornecer informação</h3> <p>Ter-se em consideração as informações relativas à pessoa e ao estado clínico de forma segura e fundamentada.</p>	<h3 style="text-align: center;">Exemplo:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • "Ainda não tenho todas as respostas, mas estou aqui para ajudar no que for possível." <h3 style="text-align: center;">Dica prática:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Ser honesto sobre o que sabe e o que não sabe, procurar saber o que não sabe ou encaminhar para a obtenção da informação pedida.



<h3 style="text-align: center;">Autorrevelação</h3> <p>Partilha de informação sobre si próprio sempre que se considere oportuno e justificável. Ajuda a construir confiança.</p>	<h3 style="text-align: center;">Exemplo:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • "Eu próprio já vivi uma situação semelhante, entendo o que está a dizer."
<h3 style="text-align: center;">Antecipação de acontecimentos/consequências</h3> <p>Identificar que tipos de consequência e acontecimentos podem surgir, para que possam ser trabalhadas as possíveis reações aos mesmos. Permite, na maioria dos casos, diminuir sentimentos como a incerteza, angústia e medo do futuro desconhecido.</p>	<h3 style="text-align: center;">Exemplo:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • "Vamos então perceber que tipo de situação se pode passar daqui para a frente. Que acha que pode acontecer?"



Apoio à tomada de decisão

Apoiar a pessoa e família nas decisões, tendo por base o conhecimento científico, mas adequando a linguagem.

Exemplo:

- “Estas são as suas opções e o que podem significar para si.”

Dica prática:

- Acompanhar a tomada de decisão, explicando cada alternativa com clareza.

Conspiração do silêncio

Um pacto de silêncio em que se omite/oculta informação que a pessoa quer e deve saber com o objetivo de a proteger. Pode não ser benéfica, pois pode originar desconfiança e isolamento entre a pessoa/familiares/profissionais de saúde.

Como evitar:

- Explorar medos e crenças: perguntar à família quais as suas preocupações. “Quais são os seus maiores medos neste momento?”;
- Informação transparente: informar de forma clara o que o doente deseja saber. “O que gostaria de saber sobre o tratamento?”.

Dica prática:

- Explicar que manter o doente informado pode ser um ato de respeito à sua autonomia e dignidade, mesmo em situações difíceis.



Transmissão de más notícias/ prognóstico

A forma de comunicar deve ser a mais simples e clara para que não surjam dúvidas ou confusões.

Passos a seguir:

- Preparação do ambiente: Escolher um local calmo e privado para a conversa.
- Verificar conhecimento prévio: perguntar ao doente/família o que já sabe sobre a sua situação.
- Fornecer informação de forma gradual: Dividir a informação em partes, fazendo pausas para assegurar a compreensão.

Dica prática:

- Evitar prometer resultados incertos, mantendo uma comunicação honesta e realista.

Na literatura também se encontram vários protocolos que vão de encontro às linhas orientadoras acima citadas, um deles é o Protocolo Spikes (Quiel et. al, 2023):

- S – “Setting” Preparar do ambiente;
- P – “Perception” Avaliar a perceção da pessoa sobre a doença;
- I – “Invitation” Convidar para o diálogo;
- K – “Knowledge” Transmitir conhecimento/informação;
- E – “Emotions” Permitir a expressão de emoções;
- S – “Strategy” Estabelecer estratégias e sumário de informações.



O Sr. João, 47 anos, vítima de acidente de viação, dá entrada no SMI consciente. Apresenta traumatismo torácico e suspeita de hemorragia interna. A equipa atua rapidamente — monitorização contínua, oxigenoterapia, punções venosas, colheitas. O ambiente é ruidoso e tenso.

Sr. João (olha à sua volta, assustado): - O que está a acontecer? Por que é que há tanta gente à minha volta?

Enfermeiro (aproxima-se do campo visual do doente, mantém tom de voz calmo): - Sr. João, eu sou o enfermeiro Pedro. Está na Medicina Intensiva, em segurança. A equipa está a tratar de si porque teve um acidente e precisamos de atuar rápido para o ajudar, está bem?

Sr. João: - Vou morrer?

Enfermeiro (mantém contacto visual, segura-lhe ligeiramente a mão): - Percebo que tenha medo. Neste momento, o nosso foco é estabilizá-lo. Está a respirar bem e estamos a controlar a hemorragia. Estamos todos aqui por si.

Sr. João: - Não percebo o que estão a fazer...

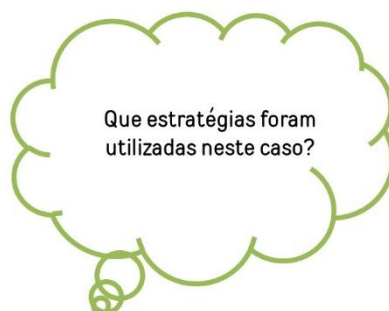
Enfermeiro: - É muita coisa ao mesmo tempo, eu sei. Estamos a colocar um catéter no braço e a dar-lhe oxigénio para ajudar na respiração. Tem dor?

Sr. João: - Um pouco... no peito.

Enfermeiro: - Obrigado por dizer. Vou avisar o médico para ajustarmos a medicação, está bem?

REFLEXÃO

Durante a admissão de um doente crítico consciente, a sobrecarga de estímulos e a rapidez das intervenções geram incerteza, medo e desorientação. O enfermeiro precisa de equilibrar a atuação técnica com uma presença comunicativa empática, garantindo que o doente se sente ouvido, respeitado e incluído no seu processo de cuidado.



O Sr. João, 47 anos, vítima de acidente de viação, dá entrada no SMI consciente. Apresenta traumatismo torácico e suspeita de hemorragia interna. A equipa atua rapidamente — monitorização contínua, oxigénio suplementar, ambiente é ruidoso e tenso.

Uso de escuta ativa e comunicação simples
– reconhece a dúvida e responde de forma objetiva e tranquilizadora.

Sr. João (olha à sua volta, assustado): - O que está a acontecer? Por que é que há tanta gente à minha volta?

Enfermeiro (aproxima-se do campo visual do doente, mantém tom de voz calmo): - Sr. João, eu sou o enfermeiro Pedro. Está na Medicina Intensiva, em segurança. A equipa está a tratar de si porque teve um acidente e precisamos de atuar rápido para o ajudar, está bem?

Sr. João: - Vou morrer?

Enfermeiro (mantém contacto visual, segura-lhe ligeiramente a mão): - Percebo que tenha medo. Neste momento, o nosso foco é estabilizá-lo. Está a respirar bem e estamos a controlar a hemorragia. Estamos todos aqui por si.

Sr. João: - Não percebo o que estão a fazer...

Enfermeiro: - É muita coisa ao mesmo tempo, eu sei. Estamos a colocar um catéter no braço e a dar-lhe oxigénio para ajudar na respiração. Tem dor?

Sr. João: - Um pouco... no peito.

Enfermeiro: - Obrigado por dizer. Vou avisar o médico para ajustarmos a medicação, está bem?

O Sr. João, 47 anos, vítima de acidente de viação, dá entrada no SMI consciente. Apresenta traumatismo torácico e suspeita de hemorragia interna. A equipa atua rapidamente — monitorização contínua, oxigenoterapia, punções venosas, colheitas. O ambiente é ruidoso e tenso.

Sr. João (olha à sua volta, assustado): - O que está a acontecer? Por que

Enfermeiro (aproxima-se do campo visual do doente, mantém tom de voz calmo): - Sr. João, eu sou o enfermeiro Pedro. Está na Medicina Intensiva, em segurança. A equipa está a tratar de si porque teve um acidente e precisamos de atuar rápido para o ajudar, está bem?

Aplica reflexão de sentimentos, empatia e validação – reconhece o medo, sem o negar.

Sr. João: - Vou morrer?

Enfermeiro (mantém contacto visual, segura-lhe ligeiramente a mão): - Percebo que tenha medo. Neste momento, o nosso foco é estabilizá-lo. Está a respirar bem e estamos a controlar a hemorragia. Estamos todos aqui por si.

Sr. João: - Não percebo o que estão a fazer...

Enfermeiro: - É muita coisa ao mesmo tempo, eu sei. Estamos a colocar um catéter no braço e a dar-lhe oxigénio para ajudar na respiração. Tem dor?

Sr. João: - Um pouco... no peito.

Enfermeiro: - Obrigado por dizer. Vou avisar o médico para ajustarmos a medicação, está bem?

O Sr. João, 47 anos, vítima de acidente de viação, dá entrada no SMI consciente. Apresenta traumatismo torácico e suspeita de hemorragia interna. A equipa atua rapidamente — monitorização contínua, oxigenoterapia, punções venosas, colheitas. O ambiente é ruidoso e tenso.

Sr. João (olha à sua volta, assustado): - O que está a acontecer? Por que é que há tanta gente à minha volta?

Enfermeiro (aproxima-se do campo visual do doente, mantém tom de voz calmo): - Sr. João, eu sou o enfermeiro Pedro. Está na Medicina Intensiva, em segurança. A equipa está a tratar de si porque teve um acidente e precisamos de atuar rápido para o ajudar, está bem?

Sr. João: - Vou morrer?

Enfermeiro (mantém contacto visual, segura-lhe ligeiramente a mão): - Percebo que tenha medo. Neste momento, o nosso foco é estabilizá-lo. Está a respirar bem e estamos a controlar a hemorragia. Estamos todos aqui por si.

Uso de questão fechada para avaliar o conforto físico e adaptar os cuidados.

Sr. João: - Não percebo o que estão a fazer...

Enfermeiro: - É muita coisa ao mesmo tempo, eu sei. Estamos a colocar um cateter no braço e a dar-lhe oxigénio para ajudar na respiração. Tem dor?

Sr. João: - Um pouco... no peito.

Enfermeiro: - Obrigado por dizer. Vou avisar o médico para ajustarmos a medicação, está bem?

O Sr. João, 47 anos, vítima de acidente de viação, dá entrada no SMI consciente. Apresenta traumatismo torácico e suspeita de hemorragia interna. A equipa atua rapidamente — monitorização contínua, oxigenoterapia, punções venosas, colheitas. O ambiente é ruidoso e tenso.

Sr. João (olha à sua volta, assustado): – O que está a acontecer? Por que é que há tanta gente à minha volta?

Enfermeiro (aproxima-se do campo visual do doente, mantém tom de voz calmo): – Sr. João, eu sou o enfermeiro Pedro. Está na Medicina Intensiva, em segurança. A equipa está a tratar de si porque teve um acidente e precisamos de atuar rápido para o ajudar, está bem?

Sr. João: – Vou morrer?

Enfermeiro (mantém contacto visual, segura-lhe ligeiramente a mão): – Percebo que tenha medo. Neste momento, o nosso foco é estabilizá-lo. Está a respirar bem e estamos a controlar a hemorragia. Estamos todos aqui por si.

Sr. João: – Não percebo o que estão a fazer...

Enfermeiro: – É muita coisa ao mesmo tempo, eu sei. Estamos a fazer o melhor para ajudar na respiração. Tem dor?

Sr. João: – Um pouco... no peito.

Enfermeiro: – Obrigado por dizer. Vou avisar o médico para ajustarmos a medicação, está bem?

Demonstra aliança terapêutica e validação emocional, mostrando que a sua comunicação tem valor e consequências práticas.

CONCLUSÃO

É vital, e não apenas desejável, aprender a ouvir e transmitir as informações de forma clara e concisa aos doentes, familiares e/ou seus cuidadores. Esta forma de transmissão é de extrema importância quer na fase de diagnóstico, na comunicação de más notícias, discussão ou negociação de opções de tratamento e muitas outras situações integrantes do processo de transição.

As estratégias de comunicação acima referidas apresentam-se como uma possível solução para as barreiras sentidas na comunicação, pelos profissionais, contribuindo também para o aumento das suas competências nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



OBRIGADA

Ecaterina Cebotareanu, 4919

Gabriela Paiva Almeida, 29673

Liliana Santos Silva, 4291

Tânia Sofia Alves Marques, 29676

Comunicar na incerteza:

Estratégias de comunicação no processo de transição saúde-doença

Apêndice II – Tabela de fármacos sala de emergência

Fármacos Sala de Emergência

Medicamento	Formulação/Via	Posologia	Diluição	Compatibilidade
Acetecisteína	Mucolítico 300mg/3ml IM/IV	300mg (2x/dia)	Sem diluição Se infusão intermitente, diluir 50-100ml de SG5%, perfusão 15-30min	
	Antídoto 2gr/10ml IV	1ª dose: 150mg/kg 2ª dose: 50mg/kg 3ª dose: 100mg/kg	<u>Intoxicação por paracetamol</u> 1ª dose: diluir em 200ml de G5% ou NaCl 0,9%, perfundir em 60min 2ª dose: diluir em 500ml de G5% ou NaCl 0,9%, perfundir em 4h 3ª dose: diluir em 1000ml de G5% ou NaCl 0,9%, perfundir em 16h	
Adenosina	6/ml/2ml – IV	1ª dose: 6mg; 2ª dose: 12mg; 3ª dose: 18mg	Sem diluição. Administrar em bolús rápido + 20ml de flush de NaCl	
Adrenalina	1mg/1ml IV, IM, IC	Anafilaxia: 0,3 a 0,5mg - I.M. PCR: 1mg – I.V.	Sem diluição Administrar em bolús rápido + flush de NaCl	
Aminofilina	240mg/10mL	Indução: 5 a 6mg/kg Manutenção: 480mg/50ml	Doses ≤480mg em 100SF ou SG5%, em 30 minutos	KCL
Amiodarona	150mg/3ml IV	Impregnação: 300mg (perfusão 30min a 1h) Manutenção: 600-900mg (perfusão em 24h)	Impregnação: Diluir 300mg em 100ml de G5% Manutenção: Diluir 600mg em 500ml de G5%	KCl, dopamina, dobutamina, noradrenalina, labetalol
Atropina	0,5mg/ml – IV, SC, IM	Antimuscarínico: 0,4a0,6mg Bradicardia: 0,5mg (I.V.) – dose máx.: 3mg Intoxicações (anticolinesterásicos): Dose inicial: 1a2mg; doses adicionais 2mg Intoxicações por cogumelos: 1 a 2mg (I.M. ou I.V.) 0,5 a 2mg/kg (dose de indução)	Sem diluição	KCl, morfina, fentanil, propofol
Cetamina	500mg/10ml – IV		Sem diluição. Se doses mais pequenas 50mg (1ml) até 5ml NaCl 0,9% - 10mg/ml Em 1mL de água para injetáveis e administrar lentamente em 3-5 minutos (LV)	propofol
Clonazepam	1mg/ml – IV, IM			
Desmopressina	4mcg/mL - IV, IM	1,0 a 4,0 µg	Direta (diabetes insipida) – 1-2 minutos Intermitente (hemofilia A) - Diluir a dose em 50-100mL SF e administrar em 15-30 minutos	
Dobutamina	250mg/20ml	2,5 a 10mcg/kg/min	Diluir 500mg em 50ml de NaCl 0,9% ou G5% <u>Consultar tabelas</u>	Amiodarona, dopamina, noradrenalina, KCl, vassopressina
Dopamina	200mg/5ml	Dose vasopressora – 20mcg/kg/min Preferencial CVC	Diluir 400mg em 50ml de G5% ou NaCl 0,9%	Amiodarona, dopamina, morfina, labetalol
DNI (Dinitrato de isossorbida)	10mg/10ml	Perfusão a titular	Sem diluição. Perfusão: 5 ampolas em seringa infusora	
Efedrina	50mg/1ml	3 a 9mg, com repetição a cada 3-4 min até máx. 30mg	Diluir 50 mg (1ml) até 10 ml de NaCl 0,9% -5mg/ml	
Etomidato	20mg/10ml – IV	0,2 a 0,4 mg/kg	Sem diluição.	Fentanil, midazolam, morfina
Fenitoína	250mg/5mL - IV	Indução: 250mg Manutenção: 100mg (bolús lento)	Diluir 250ml NaCl, em perfusão durante 10 min	
Fentanilo	0,25mg/5ml – IV	1 a 3mcg/kg	Sem diluição.	Amiodarona, dobutamina, dopamina, labetalol, metoclopramida
Flumazenil	0,5mg/5ml	Indução: 0,2 a 0,3mg até máx. 2mg Pode fazer perfusão.	Bolús: Sem diluição. Perfusão: 5mg em 50ml de G5% ou NaCl 0,9%	
Isoprenalina	1mg/5ml	Indução: 0,02 a 0,06 mg (bolús) Manutenção: Inicia a 1mcg/min depois TITULAR	Bolús: Sem diluição. Perfusão: Diluir 2mg em 50ml de G5% ou NaCl 0,9%	
Labetalol	100mg/20ml	Indução: 20mg (em bolús) Pode fazer perfusão	Sem diluição. Perfusão: 2,5 ampolas (50ml) em seringa infusora	KCl, morfina, propofol, amiodarona, aminofilina
Lacosamida	200mg/20mL	Dose carga 200mg	Concentração de 10mg/mL em SF ou LR durante 60 minutos	NaCl, LR
Midazolam	15mg/3ml – IV	0,05 a 0,2 mg/kg	Diluir 15mg (3ml) até 15 ml de NaCl 0,9% - 1mg/ml	Labetolol, morfina, remifentanil, propofol...
	50mg/10ml – IV		Diluir 50mg (10ml) até 50 ml de NaCl 0,9% - 1mg/ml Ou 5 ampolas em seringa infusora	
Morfina	10mg/1ml – IV	0,03 a 0,2mg/kg	Diluir 10mg (1ml) até 10 ml de NaCl 0,9% Perfusão: 50mg em 50ml de NaCl 0,9%	Diazepam, dopamina, dobutamina, KCl...
Naloxona	0,4mg/ml - IV, IM, SC	Overdose do opiáceos: 0,4mg/1ml, até dose máx. 1,2mg Overdose de propoxifeno: 2mg, até dose máx. 10mg Perfusão a titulo	Bolús: Sem diluição, pode ser repetido a cada 2-3 minutos Perfusão: 4mg em 100ml de NaCl	
Noradrenalina	10mg/10ml 5mg/5ml	Perfusão a titulo	Diluir 15mg até 50ml de NaCl 0,9% ou G5% - 0,3mg/ml	Amiodarona, KCl, fentanil
Octreótido	mg/mL – IV ou SC	25-50mcg (I.V)	Direta – diluir cada mL até 10mL SF em 3-5 minutos Intermitente – 50-200mL de SF	G5%
Propofol	1% - 200mg/20ml – I.V.	1 a 2mg/kg (dose de indução)	Sem diluição.	Fentanil, cetamina, KCl, furosemida, NaCl, G5%, LR
	2% - 1000mg/50ml – IV			
Rocuronio	50mg/5ml – IV	0,6 a 1,2mg/kg	Sem diluição.	NaCl, G5%, LR
Sugamadex	100mg/mL – IV	Reversão de rotina: 2 a 4 mg/kg Reversão imediata à administração de rocurónio: 16mg/kg	Sem diluição, em 10 segundos	NaCl, G5%, LR
Terlipressina	0,85mg/8,5mL – IV	0,85mg a 1,7mg	Sem diluição	NaCl 0,9%
Uropidilo	25mg/5ml 50mg/10ml 100mg/20mg	Bolús: 10 a 50mg Taxa de perfusão inicial máxima recomendada: 2 mg/min.	Bolús: 10 a 50mg lentamente Perfusão: 250mg em 500ml de NaCl 0,9%, G5%, G10% Ou 100mg em 50ml de NaCl 0,9%, G5%, G10%	NaCl 0,9%, G5%, G10%
Valproato de sódio	100mg/mL	10 a 15mg/kg/dia	Diluir em 100de SF ou SG5%	NaCl, G5%

Referências Bibliográficas:



Apêndice III – Estratégias de pesquisa

MEDLINE (via PUBMED): pesquisado em 19.09.2025

Pesquisa	Fórmula	N.º artigos
#1	((("Burnout, professional"[MeSH Terms]) OR ("Burnout, psychological"[MeSH Terms])) OR (Burnout[Title/Abstract])) OR (Burnout syndrome[Title/Abstract])	34,018
#2	(nurs*[Title/Abstract]) OR ("nurses"[MeSH Terms])	626,318
#3	((("emergency service, hospital"[MeSH Terms]) OR (emergency department[Title/Abstract])) OR (emergency service[Title/Abstract])) OR (emergency units[Title/Abstract]) OR (emergency room[Title/Abstract])	210,390
#4	((("Burnout, professional"[MeSH Terms]) OR ("Burnout, psychological"[MeSH Terms])) OR (Burnout[Title/Abstract])) OR (Burnout syndrome[Title/Abstract]) AND ((nurs*[Title/Abstract]) OR ("nurses"[MeSH Terms]))	9,417
#5	((("Burnout, professional"[MeSH Terms]) OR ("Burnout, psychological"[MeSH Terms])) OR (Burnout[Title/Abstract])) OR (Burnout syndrome[Title/Abstract]) AND ((nurs*[Title/Abstract]) OR ("nurses"[MeSH Terms])) AND (((("emergency service, hospital"[MeSH Terms]) OR (emergency department[Title/Abstract])) OR (emergency service[Title/Abstract])) OR (emergency units[Title/Abstract])) OR (emergency room[Title/Abstract])	323

RCAAP: pesquisado em 01.10.2025

Pesquisa	Fórmula	N.º artigos
#1	Burnout AND nurs*	594

CINAHL Complete (via EBSCO): pesquisado em 01.10.2025

Pesquisa	Fórmula	N.º artigos
#1	MH (MH "Burnout, Professional") OR MH (MH "Stress, Occupational") OR XB (Burnout) OR XB (Burnout syndrome)	17,077
#2	MH (MH "Nurses") OR XB (Nurs*)	627,901
#3	MH (MH "Emergency Service") OR XB (emergency department) OR XB (emergency service) OR XB (emergency units) OR XB (emergency room)	85,081
#4	(MH (MH "Burnout, Professional") OR MH (MH "Stress, Occupational") OR XB (Burnout) OR XB (Burnout syndrome)) AND (MH (MH "Nurses") OR XB (Nurs*))	6,145
#5	((MH (MH "Burnout, Professional") OR MH (MH "Stress, Occupational") OR XB (Burnout) OR XB (Burnout syndrome)) AND (MH (MH "Nurses") OR XB (Nurs*))) AND (MH (MH "Emergency Service") OR XB (emergency department) OR XB (emergency service) OR XB (emergency units) OR XB (emergency room))	216

EMBASE: pesquisado em 06.10.2025

Pesquisa	Fórmula	N.º artigos
#1	'professional Burnout'/exp OR 'Burnout'/exp OR 'Burnout':ab,ti OR 'Burnout syndrome':ab,ti	46,435
#2	'nurs*':ab,ti OR 'nurse'/exp	782,585
#3	'hospital emergency service'/exp OR 'emergency department':ab,ti OR 'emergency service':ab,ti OR 'emergency units':ab,ti OR 'emergency room':ab,ti	271,649
#4	#1 AND #2 AND #3	363

Apêndice IV – Tabelas das características dos estudos incluídos

Tabela 2 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão, referente ao período pré-pandemia COVID-19

Estudo	Tipo de estudo	Contexto	População	Instrumento utilizado	Amostra (Total; sexo)	Prevalência de Burnout (Total; EE; DP; PA)	Resultados	Conclusões
Alqahtani, et al. (2019)	Estudo transversal	Departamentos de emergência dos hospitais das cidades Abha e Khamis Mushait.	282 médicos e enfermeiros	Maslach Burnout inventory (MBI)	187 enfermeiros	Enfermeiros: Burnout: N=28 Elevada EE: N=173 Elevada DP: N=35 Baixa PA: N=90	<p>Maior EE nos enfermeiros comparativamente aos médicos (92,5% vs. 81,1%).</p> <p>Não existe diferença significativa na DP entre médicos e enfermeiros.</p> <p>Baixa PA significativamente maior entre enfermeiros (48,1%) do que entre médicos (27,4%).</p>	Uma proporção considerável de médicos e enfermeiros apresenta síndrome de Burnout, particularmente com elevada exaustão emocional e baixa realização pessoal.
Cruz, et al. (2020)	Estudo transversal	4 departamentos de emergência em Andaluzia (Espanha)	171 enfermeiros	Maslach Burnout inventory (MBI)	171 enfermeiros (Mulher: N=46; Homem: N=125)	<p>Sem Burnout: 18,13%</p> <p>Baixo Burnout: 0%</p> <p>Moderado Burnout: 73,68%</p> <p>Elevado Burnout: 8,19%</p> <p>Baixo EE: 59,65%</p> <p>Moderado EE: 19,30%</p> <p>Elevado EE: 21,05%</p> <p>Baixo DP: 28,66%</p> <p>Moderado DP: 28,07%</p> <p>Elevado DP: 43,27%</p> <p>Baixo PA: 26,31%</p>	<p>Os enfermeiros apresentaram baixos níveis de exaustão emocional (EE) (59,65%), altos níveis de despersonalização (DP) (43,27%) e realização pessoal (PA) (53,22%). A prevalência de elevado nível de Burnout foi de 8,19%.</p>	8,19% dos enfermeiros que trabalham nos 4 departamentos de emergência de Andaluzia apresentam níveis de Burnout elevado.

						Moderado PA: 20,47% Elevado PA: 53,22%		
Dantas, et al. (2014)	Estudo transversal	Serviços de urgência e emergência de 6 hospitais	110 enfermeiros	Maslach Burnout inventory (MBI)	110 enfermeiros	Moderado Burnout: 59,1% Elevado Burnout: 23,6% Baixo EE: N=22 (22,7%) Moderado EE: N=54 (49,1%) Elevado EE: N=34 (28,2%) Baixo DP: N=19 (17,3%) Moderado DP: N=59 (53,6%) Elevado DP: N=32 (29,1%) Baixo PA: N=26 (23,6%) Moderado PA: N=54 (49,1%) Elevado PA: N=30 (27,3%)	82,7% dos enfermeiros apresentam prevalência de Burnout, sendo 59,1% em nível moderado e 23,6% em nível grave.	A alta prevalência de SB identificada entre enfermeiros que trabalham em serviços de urgência e emergência confirma as condições de trabalho prejudiciais para a saúde física e mental desses profissionais.
De Los Ríos-Castillo, et al. (2008)	Estudo transversal	Serviços de urgências, medicina interna, cirurgia, dialise peritoneal e cuidados críticos	70 enfermeiras	Questionário breve de Burnout estandardizada para o México	17 Enfermeiras do serviço de urgência (N ajustado:15)	Burnout grave: 88% Burnout moderado: 12% Moderado EE: 12% Elevado EE: 88% Moderado DP: 12% Elevado DP: 88% Baixo AP: 82% Moderado AP: 18%	O serviço de urgência apresentou os níveis mais elevados de Burnout em todas as subescalas. As enfermeiras apresentaram exaustão emocional intensa, elevada despersonalização e baixa de realização pessoal.	O serviço de urgência é o mais afetado pelo Burnout, exigindo intervenções institucionais urgentes para reduzir a exaustão e melhorar as condições de trabalho.
Fontova-Almató, et al. (2019)	Estudo transversal (comparativo 2012 vs 2018)	Serviço de urgência de um hospital de Catalunha (Espanha)	146 profissionais de saúde (81 em 2012 e 65 em 2018)	Maslach Burnout Inventory (MBI)	2012: 36 enfermeiros 2018: 33 enfermeiros	2012: • EE = 18,1 ± 10,5 • DP = 7,3 ± 5,1 • PA = 34,8 ± 7,6 2018:	Entre os enfermeiros, observou-se redução da despersonalização entre 2012 e 2018 e aumento da realização pessoal. A exaustão	Os enfermeiros apresentaram melhoria na DP e na PA em 2018, possivelmente associada à

						<ul style="list-style-type: none"> • EE = 19,4 ± 10,8 • DP = 6,5 ± 5,1 • PA = 36,2 ± 6,7 	emocional manteve-se elevada e estável.	recuperação económica e melhoria das condições laborais. A exaustão emocional permaneceu elevada, refletindo a pressão constante do serviço de urgência.
Hamdan and Hamra (2017)	Estudo transversal	Serviços de emergência nos hospitais da Palestina	444 profissionais	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)	161 enfermeiros	<p>Elevado Burnout: N=24</p> <p>Baixo EE: N=19 (11,9%)</p> <p>Moderado EE: N=29 (18,2%)</p> <p>Elevado EE: N=111 (69,8 %)</p> <p>Baixo DP: N=50 (31,2%)</p> <p>Moderado DP: N=32 (20%)</p> <p>Elevado DP: N=78 (48,8%)</p> <p>Baixo PA: N=51 (32,1%)</p> <p>Moderado PA: N=29 (18,2%)</p> <p>Elevado PA: N=79 (49,7%)</p>	Os enfermeiros apresentaram níveis significativamente mais elevados de despersonalização do que médicos e administrativos. A exaustão emocional foi elevada em todas as categorias, mas mais evidente nos médicos. Não existiram diferenças significativas nos níveis de realização pessoal entre os 3 grupos.	O Burnout é altamente prevalente entre enfermeiros de urgência palestinianos, especialmente nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização. São necessárias intervenções urgentes de prevenção e apoio organizacional.
Hooper, et al. (2010)	Estudo transversal	Serviço de emergência, cuidados intensivos, nefrologia e oncologia	109 enfermeiros	The Professional Quality of Life (ProQOL R-IV)	49 enfermeiros do serviço de emergência	<p>Risco Baixo Burnout: N= 9</p> <p>Risco Moderado Burnout: N=29</p> <p>Risco Elevado Burnout: N=11</p>	Cerca de 82% dos enfermeiros de urgência apresentaram risco de Burnout moderado a alto. Apesar das diferenças percentuais entre os enfermeiros que trabalham em diferentes	Os enfermeiros de urgência apresentam risco elevado de Burnout e fadiga por compaixão. A pressão assistencial, a exposição a eventos traumáticos e a

							especialidades, a variação não revelou significância estatística.	sobrecarga emocional contribuem para estes níveis. Os autores destacam a necessidade de estratégias organizacionais para apoiar estes profissionais e prevenir exaustão emocional.
Kavli & Pinar (2009)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 19 hospitais	322 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI)	322 enfermeiros	<p><u>Apresentam algum tipo de:</u> EE: N=175 (54,3%) DP: N=176 (54,7%) PA: N=148 (46%)</p> <p><u>Distribuição por:</u> Baixo EE: N=41 (23,4%) Moderado EE: N=62 (35,4%) Elevado EE: N=72 (69,8%) Baixo DP: N=48 (27,3%) Moderado DP: N=65 (36,9%) Elevado DP: N=63 (35,8%) Baixo PA: N=58 (39,2%) Moderado PA: N=49 (33,1%) Elevado PA: N=41 (27,7%)</p>	<p>54,3% dos enfermeiros apresentam exaustão emocional, 54,7% apresentam despersonalização e 46% enfrentam déficit de realização pessoal; daqueles que apresentam esgotamento emocional, 76,6% estão em nível moderado a alto, daqueles que apresentam despersonalização, 72,7% estão nesse mesmo nível, e daqueles que enfrentam déficit de realização pessoal, 60,8% apresentam em nível moderado a alto.</p>	Cerca de metade dos enfermeiros de urgência apresenta Burnout moderado a elevado.
Munnangi, et al. (2018)	Estudo transversal	Centro de trauma (serviço de urgência, unidade de cuidados	83 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory—Human	51 enfermeiros do serviço de urgência	<p>PA:36,41 ± 6,44 EE:23,80 ± 11,18 DP:6,67 ± 4,97</p>	Os níveis de exaustão emocional variaram significativamente com base no local de trabalho dos	Os enfermeiros do serviço de urgência apresentam níveis moderados de EE.

		intensivos cirúrgicos (UCIC) e unidade de cuidados intensivos médicos (UCIM)		Services (MBI-HS)			enfermeiros. Níveis elevados de exaustão emocional foram observados nos enfermeiros da UCIC, seguidos pelos enfermeiros da emergência e da UCIM. Stress percebido correlacionou-se positivamente com EE ($r = .523$) e DP ($r = .331$). PA correlacionou-se negativamente com EE ($r = -.231$).	Stress percebido e condições de trabalho influenciam Burnout. Recomenda-se intervenção organizacional para reduzir stress e melhorar satisfação profissional.
Nicholls, et al. (2021)	Estudo transversal	Departamento de emergência da Nova Zelândia	1372 profissionais clínico e não clínicos	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	711 enfermeiros	Burnout pessoal: N=489/711 (68,8%) Burnout relacionado com o trabalho: N=447/710 (63,0%) Burnout relacionado com o cliente: N=183/709 (25,8%)	Existe diferenças nas proporções de Burnout entre as diferentes profissões estatisticamente significativas. Os enfermeiros apresentam as maiores proporções de Burnout (68.8% personal Burnout, 63% work-related Burnout, 25.8% patient-related Burnout), seguidos pelos médicos e profissionais não clínicos.	Burnout é altamente prevalente nos ED da Nova Zelândia. Necessidade urgente de intervenções organizacionais, reforço de equipas, melhoria das condições de trabalho e estratégias de bem-estar sustentadas.
Nobre, et al. (2019)	Estudo transversal	Serviço de urgência geral	32 enfermeiros	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	32 enfermeiros	Burnout pessoal: Alto: N=19 (59,4%) Baixo: N=13 (40,6%) Burnout relacionado com o trabalho: Alto: N=22 (68,7%)	Os resultados mostram níveis elevados de Burnout em todas as subescalas avaliadas: Burnout pessoal com 51,4%, Burnout relacionado com o trabalho com 58,5% e	A prevalência de Burnout nos enfermeiros é elevada, sendo que a dimensão do Burnout profissional a mais evidente, sendo até mais alta que o Burnout total.

						<p>Baixo: N=10 (31,3%) Burnout relacionado com o cliente: Alto: N=18 (56,3%) Baixo: N=10 (31,2%) Burnout total: Alto: N=25 (78,1%) Baixo: N=7 (21,9%)</p>	<p>Burnout relacionado com o cliente com 53,1%. O Burnout total foi de 54,33%, classificando-se igualmente como alto. Verificou-se que 78,1% (n=25) dos enfermeiros apresentavam Burnout total.</p>	<p>Desta forma, é necessário reforçar a atenção que qualquer gestor de recursos humanos depende a perceber as condições de trabalho e os níveis de stress dos trabalhadores ao longo do tempo.</p>
O'Mahony (2011)	Estudo transversal	Departamento de emergência do hospital de Universidade de Cork	64 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptada	64 enfermeiros	<p>EE: 30,6±9,8 DP: 11,3±5,6 Elevado EE: N=43 (67%) Elevado DP: N=38 (59%)</p>	<p>Os enfermeiros apresentam elevados níveis de EE e DP, 67% e 59% respetivamente. 61% reporta algum nível de Burnout.</p>	<p>Burnout elevado foi associado a condições de trabalho desfavoráveis, falta de recursos, pouca participação em decisões e fraca resposta da administração. Recomenda-se melhoria do ambiente organizacional, reforço de equipas e adoção de modelos tipo Magnet para reduzir Burnout.</p>
Oliveira, et al. (2017)	Estudo transversal	Serviço de urgência	37 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)	37 enfermeiros	<p>Baixo EE: N=6 (16,21%) Moderado EE: N=12 (32,43%) Elevado EE: N=19 (51,30%) Baixo PD: 0 Moderado DP: N=13 (35,10%) Elevado DP: N=24 (64,90%) Baixo PA: N=6 (16,30%)</p>	<p>Os enfermeiros apresentam elevados níveis de exaustão emocional (51,3%), despersonalização (64,9%), no entanto apresentam elevados níveis de realização profissional (42,9%).</p>	<p>Verificou-se elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização na amostra, mostrando que existe a suspeita de Burnout no grupo. Sugere-se a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde, considerando o</p>

					Moderado PA: N=14 (37,8%) Elevado PA: N=17 (42,9%)	impacto do Burnout no enfermeiro.	
Palazoğlu & Koç (2019)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 12 hospitais públicos e 1 hospital universitário, Turquia	236 Enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI)	236 Enfermeiros (Mulheres: N=124; Homens: N=112) EE: 21.9±6.5 DP: 10.0±4.0 AP: 21.0±4.5 Total: 53.0±11.3	Os enfermeiros nas subdimensões apresentaram médias de 21,9 ± 6,5 para exaustão emocional, 10,0 ± 4,0 para despersonalização e 21,0 ± 4,5 para realização pessoal. As medianas foram, respetivamente, 22,0 (5–36), 10,0 (0–20) e 21,0 (8–32). A mediana global do MBI foi 54,0 (19–88), evidenciando variabilidade moderada e amplitudes largas entre participantes. Burnout correlacionou-se negativamente com satisfação profissional e sensibilidade ética. Os níveis elevados de despersonalização foram frequentes.	O aumento do Burnout compromete a sensibilidade ética e a qualidade do cuidado em enfermagem de emergência, reforçando a necessidade de formação contínua e apoio organizacional.
Pei, et al. (2021)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 18 hospitais terciários, China	413 Enfermeiros de emergência	Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS)	413 Enfermeiros (Mulheres: N=369; Homens: N=44) EE: 12,76±6,74 DP: 7,13±5,35 AP: 13,13±9,15 Total: 33,02±15,79	Os enfermeiros apresentaram 33,02±15,79 de média de Burnout, 2,76 ± 6,74 de exaustão emocional, 7,13 ± 5,35 de despersonalização e 13,13 ± 9,15 de realização profissional. Burnout apresentou associação positiva com alexitimia e	O Burnout é prevalente entre enfermeiros de emergência chineses, sendo influenciado por fatores emocionais e psicossociais, destacando a necessidade de intervenções focadas em suporte

							depressão e associação negativa com suporte social. Alexitimia foi o fator mais fortemente associado ao Burnout.	social e regulação emocional.
Popa et al. (2010)	Estudo transversal nacional	Serviços de emergência e pré-hospitalares, Roménia	4725 Profissionais de emergência	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)	800 enfermeiros do serviço de emergência	Valores médios: EE:1,65 DP:1,10 PA. 4,47 % com pelo menos um valor de risco: 24.62% (EE>3; DP>3; PA<3).	Os enfermeiros do serviço de emergência apresentaram EE e DP acima da média nacional (EE média global = 1.41; DP = 0.99), indicando maior exaustão emocional e maior despersonalização. A PA manteve-se relativamente elevada (4.47), funcionando como fator protetor. 24,62% dos enfermeiros do serviço de emergência apresentam pelo menos um valor de risco.	Os enfermeiros de urgência apresentam níveis moderados de risco de Burnout, com exaustão e despersonalização superiores à média nacional, mas preservando sensação de competência. Não são o grupo mais afetado, mas constituem um grupo de risco relevante.
Ríos-Risquez & García-Izquierdo (2016)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 2 hospitais em Murcia (Espanha)	148 enfermeiros e 390 pessoas	Maslach Burnout Inventory- General Services (MBI-GS)	148 enfermeiros (Homens: N=36; Mulheres: N=107)	EE: 1,96 ± 0,31 DP:1,53 ± 0,19 AP: 5,11 ± 0,25	Os resultados demonstram baixos níveis médios de exaustão emocional (1,96 ± 0,31), despersonalização (1,53 ± 0,19) e altos níveis de realização pessoal (5,11 ± 0,25). Obtiveram uma prevalência de 3,4% de Burnout o que pode ser considerada baixa em relação à prevalência nacional. Foram encontradas associações entre o	O Burnout dos enfermeiros não influencia a satisfação das pessoas, mas está associado ao stress ocupacional. Características organizacionais podem explicar estes resultados.

							tempo de internamento e grau de despersonalização sentido pelo enfermeiro, à medida que o primeiro aumenta o segundo diminui.	
Salvarani et al. (2019)	Estudo transversal	Serviços de emergência de três hospitais públicos, Itália	97 Enfermeiros de emergência	Maslach Burnout Inventory (MBI)	97 enfermeiros (Mulheres: N=60; Homens: N=37)	Baixo EE: N=34 (35%) Moderado EE: N=26 (27%) Elevado EE: N=37 (38%) Baixo PD: N=26 (27%) Moderado DP: N=25 (26%) Elevado DP: N=46 (47%) Baixo PA: N=46 (47%) Moderado PA: N=31 (32%) Elevado PA: N=20 (21%)	Os enfermeiros do serviço de emergência apresentam elevada exaustão emocional (38%), elevada despersonalização (47%) e baixa realização profissional, o que revela elevado nível de Burnout. O mindfulness, empatia cognitiva e regulação emocional associaram-se a menor Burnout.	Os enfermeiros do serviço de emergência apresentam elevado risco de Burnout. O mindfulness, habilidades de regulação emocional e a atitude empática cognitiva são considerados elementos protetores face ao Burnout, pelo que se devem avaliar sistematicamente nos enfermeiros.
Schooley et al. (2016)	Estudo transversal	Serviço de emergência de 2 hospitais públicos na Turquia	250 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e técnicos de informação e saúde)	Maslach Burnout Inventory (MBI)	89 enfermeiros	Baixo EE: N=12 (13,48%) Moderado EE: N=18 (20,22%) Elevado EE: N=59 (66,29%) Baixo DP: N=0 (0%) Moderado DP: N=18 (20,22%) Elevado DP: N=71 (79,77%) Baixo PA: N=58 (65,16%) Moderado PA: N=29 (32,58%) Elevado PA: N=2 (2,24%)	Os enfermeiros apresentaram níveis elevados de Burnout nas três dimensões avaliadas. Cerca de 66% mostraram exaustão emocional elevada, valor que sobe para 86,5% quando se incluem níveis moderados. Na despersonalização, 79,8% registaram níveis elevados e, ao considerar moderado e elevado, todos os enfermeiros	Apesar de não ter existido diferenças significativas nos valores de prevalência de Burnout dos diferentes grupos profissionais, todos apresentaram elevada prevalência de Burnout. A questão do Burnout, isoladamente, pode ser importante para administradores de saúde no serviço de emergência

							apresentaram valores clinicamente relevantes. Quanto à realização pessoal, 65,2% tiveram níveis baixos e 97,7% situaram-se entre níveis moderados e baixos, indicando redução quase universal desta dimensão.	avaliarem recursos humanos diversos para atender às necessidades individuais dos funcionários e da organização.
Sorour & El-Maksoud (2012)	Estudo transversal	Serviço de emergência do Zagazig University Hospital e do Al-Ahrar Hospital in Egypt	58 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI) Se >60% elevado Burnout, se <60% baixo Burnout	58 enfermeiros (Mulheres: N=40; Homens: N=18)	Burnout elevado: N=22 (37,9%) Burnout baixo: N=36 (62,1%)	37,9% dos enfermeiros apresenta elevado Burnout. O Burnout apresenta uma correlação positiva com a exigência do trabalho, tal como as lesões musculoesqueléticas.	Existe elevada prevalência de Burnout nos enfermeiros (baixo e elevado). Este encontra-se relacionado com a exigência do trabalho. É necessária a abordagem dos fatores que contribuem para o stress e Burnout, intervenções de apoio e estratégias orientadas para os problemas podem ser úteis neste contexto.
Chernoff, et al. (2019)	Estudo transversal	Departamento de emergência do hospital universitário de Cork	90 profissionais	Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) Cut-off 2,18	50 enfermeiros	Burnout: 78% Burnout: 2,44 ± 0,36 Disengagement: 2,29 ± 0,38 Exhaustion: 2.58 ± 0,43	78% dos enfermeiros apresentam Burnout. Não existe diferenças estatísticas significativas entre profissões. Burnout associou-se significativamente a história de depressão (p=0,030).	Burnout é altamente prevalente entre os profissionais do serviço de urgência, incluindo enfermeiros. A elevada prevalência sugere necessidade de intervenções organizacionais e apoio psicológico.

Martínez, et al. (2004)	Estudo transversal	3 serviços de um hospital de Barcelona	70 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI)	31 enfermeiros do serviço de urgências	EE: 21,1935 ± 10,4129 DP: 6,7742 ± 4,4774 AP: 34,6774 ± 10,1764	Não foram encontradas diferenças significativas entre serviços. 17,14% apresentaram sintomas psicológicos ou psicossomáticos, correlacionados com EE e DP. Enfermeiros que desejavam mudar o horário (42,9%) ou de profissão (32,9%) apresentaram maior EE.	Observou-se Burnout em grau moderado entre os enfermeiros, incluindo no serviço de urgências. Fatores pessoais e organizacionais, como desejo de mudança de horário e menor tempo de lazer, associam-se a maior risco de Burnout.
Hunsaker, et al. (2014)	Estudo transversal	Serviços de emergência em todo os Estados Unidos	278 enfermeiros	The Professional Quality of Life (ProQOL-V)	278 enfermeiros (243 mulheres; 35 homens).	Burnout: 23,66 ± 5,87 Nível moderado de Burnout: 54,1%	Nos enfermeiros a média de Burnout é de 23,66 ± 5,87, sendo que 54,1% apresenta risco moderado de Burnout, sendo mais elevado em enfermeiros mais jovens. Os níveis de Burnout são menores quando existe apoio da parte da gestão.	Os resultados revelam que os enfermeiros apresentam níveis moderados a baixos de fadiga por compaixão e Burnout e níveis moderados a altos de satisfação por compaixão. É imperativo a abordagem de estratégias que facilitem a satisfação com o trabalho no serviço de emergência.
Corrêa (2018)	Estudo transversal	Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo (serviços de internamento médico e cirúrgico, obstetrícia, cuidados)	100 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS)	7 enfermeiros do serviço de urgência	Burnout elevado: N=2 Burnout moderado: N=0 Burnout baixo: N=0	24% dos enfermeiros apresentam Burnout elevado, sendo que 2% são enfermeiros do serviço de urgência. Os enfermeiros apresentam elevada presença de fatores	O Burnout encontra-se presente em 33% da população estudada, sendo que 11% apresenta Burnout elevado, sendo resultados preocupantes, indicando condições de trabalho

		intensivos e urgência)				de risco, como elevada carga horária.	desencadeadoras do Burnout. Observa-se a necessidade de implementação de medidas preventivas.	
Dantas (2011)	Estudo transversal	Rede hospitalar de urgência e emergência no Estado de Paraíba	110 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)	110 enfermeiros (Mulheres: N=83; Homens: N=27)	<p>Ausência Burnout: N=19 (17,3%) Moderado Burnout: N=65 (59,1%) Elevado Burnout: N=26 (23,6%)</p> <p>—</p> <p>Baixo EE: N=22 (20%) Moderado EE: N=54 (49,1%) Elevado EE: N=34 (31%) Baixo PD: N=19 (17,3%) Moderado DP: N=60 (54,5%) Elevado DP: N=31 (28,2%) Baixo PA: N=26 (23,6%) Moderado PA: N=54 (49,1%) Elevado PA: N=30 (27,3%)</p>	<p>82,7% dos enfermeiros apresenta algum nível de Burnout (59,1% moderado; 23,6% elevado). Os enfermeiros apresentam moderados níveis de exaustão emocional, despersonalização e de realização profissional.</p>	<p>Cerca de 82,7% dos enfermeiros de urgência apresentam algum nível de Burnout. Os enfermeiros apresentam também elevado risco de adoecimento. Sugere-se a implementação de medidas preventivas.</p>
Gomes, (2021)	Estudo transversal	Serviço de urgência hospitalar	102 enfermeiros	Medida de Burnout de Shirom-Melamed (MBSM; tradução e adaptação de Gomes, 2012)	102 enfermeiros (Mulheres: N=68; Homens: N=34)	<p>Fadiga física: 4,24 ± 1,19 Fadiga cognitiva: 3,28 ± 1,35 Exaustão emocional: 2,70±1,25</p> <p>—</p> <p>Nível moderado a elevado de Fadiga</p>	<p>Apenas 6,9% dos enfermeiros apresentam nível moderado a elevado de Burnout. No entanto, 33,3% dos enfermeiros apresenta moderada a elevada fadiga física, 13,7%</p>	<p>Os enfermeiros apresentaram níveis baixos de Burnout, no entanto a fadiga física foi prevalente na amostra. Sugere-se a implementação de medidas preventivas, como</p>

						Física: 33,3% (n = 34) Nível moderado a elevado de Fadiga Cognitiva: 13,7% (n = 14) Nível moderado a elevado de Exaustão Emocional: 6,9% (n = 7) Nível moderado a elevado de Burnout: 6,9% (n = 7)	fadiga cognitiva e 6,9 exaustão emocional.	reuniões informais e periódicas no serviço e organizacionais.
Nogueira (2016)	Estudo transversal	Serviço de Urgência da zona Norte de Portugal	37 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory - MBI	37 enfermeiros (Mulheres: N=27; Homens: N=10)	Média Burnout: 70,7±15,2 (equivalente a nível moderado) Baixo EE: 10,81% Moderado EE: 35,14% Elevado EE: 54,05% Baixo DP: 27,03% Moderado DP: 37,84% Elevado DP: 35,14% Baixo PA: 59,46% Moderado PA: 27,03% Elevado PA: 13,51%	Em termos médios os enfermeiros apresentam nível moderado de Burnout (70,7±15,2). Os enfermeiros apresentam níveis elevados de exaustão emocional (54,05%), níveis moderados de despersonalização (37,84%) e baixos níveis de realização pessoal (59,46%).	A média de Burnout nos enfermeiros de urgência é de 70,7±15,2, o que equivale a um nível moderado, pelo que existe a necessidade de monitorização contínua. Sugere-se a implementação de medidas preventivas.
Silva (2010)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 2 hospitais	41 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI)	41 enfermeiros	Burnout: N=15 (36,6%) Risco moderado Burnout: N=23 (56,1%) Risco baixo de Burnout: N=3 (7,3%) Baixo EE: N=2 (4,9%)	Dos enfermeiros dos serviços de emergência dos dois hospitais 36,6% apresenta Burnout e 56,1% risco moderado de Burnout. Também verificou-se que os enfermeiros apresentam elevados níveis de exaustão	Os resultados demonstram que 36,6% dos enfermeiros estão em situação sugestiva de Burnout, 56,1% em situação de risco moderado e apenas 7,3% em situação de baixo risco.

						<p>Moderado EE: N=14 (34,1%) Elevado EE: N=25 (61%) Baixo DP: N=4 (9,8%) Moderado DP: N=17 (41,5%) Elevado DP: N=20 (48,9%) Baixo PA: N=27 (65,8%) Moderado PA: N=11 (26,8%) Elevado PA: N=3 (7,4%)</p>	<p>emocional (61%), despersonalização (48,9%) e baixa realização profissional (65,8%).</p>	<p>Sugere a implementação de medidas preventivas, como estratégias de acolhimento.</p>
Teles (2019)	Estudo transversal	Serviço de Urgência Geral do Centro Hospital de Lisboa Ocidental	60 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI)	60 enfermeiros (Mulheres: N=43; Homens: N=17)	<p>Baixo EE: 48,3% Moderado EE: 23,3% Elevado EE: 28,3% Baixo DP: 48,3% Moderado DP: 25% Elevado DP: 26,7% Baixo PA: 10% Moderado PA: 40% Elevado PA: 50%</p>	<p>Maioria dos enfermeiros apresenta níveis baixos de exaustão emocional e despersonalização e elevados níveis de realização profissional. No entanto, se somadas as percentagens de enfermeiros que apresentam níveis médios e altos de exaustão emocional (23,3+28,3=51,6%) e de despersonalização (25+26,7=51,7%), estes são mais do que os que apresentam níveis baixos (EE=48,3%; DP=48,3%).</p>	<p>Maioria dos enfermeiros apresenta níveis baixos em EE e DP e altos em PA. No entanto é preocupante o facto de o somatório dos níveis elevados e moderados da EE e DP ser maior que a percentagem de nível baixo. A autoavaliação é o principal preditor, superando o impacto dos desajustes nas áreas da vida laboral.</p>
Ribeiro (2009)	Estudo transversal	Serviço de urgência de um Centro Hospitalar da Região Norte	34 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI).	34 enfermeiros	<p>Baixo EE: N=10 (29,4%) Moderado EE: N=17 (50%)</p>	<p>A maioria dos enfermeiros apresenta níveis moderados de exaustão emocional (50%), elevados níveis</p>	<p>Os enfermeiros apresentam níveis moderados de exaustão emocional, níveis elevados de</p>

Elevado EE: N=7 (20,6%) Baixo DP: N=11 (32,4%) Moderado DP: N=7 (20,6%) Elevado DP: N=16 (47%) Baixo PA: N=6 (17,7%) Moderado PA: N=5 (14,7%) Elevado PA: N=23 (67,6%)	de despersonalização (47%) e elevados níveis de realização pessoal.	despersonalização e elevados níveis de realização pessoal.
---	--	--

Nota: EE=exaustão emocional DP=despersonalização PA= realização pessoal

Tabela 3 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão, relativamente ao período da pandemia COVID-19

Estudo	Tipo de estudo	Contexto	População	Instrumento utilizado	Amostra (Total; sexo)	Prevalência de Burnout (Total; EE; DP; PA)	Resultados	Conclusões
Butera, et al. (2021)	Estudo transversal (1 colheita de dados antes da pandemia; 2 colheita durante a pandemia COVID-19)	Serviço de cuidados intensivos e serviço de emergência na região da Bélgica onde o idioma é o francês	1ª parte estudo (antes COVID-19): 442 enfermeiros da UCI e serviço de urgência 2ª parte estudo (antes COVID-19): 1616 enfermeiros da UCI e serviço de urgência	Maslach Burnout Inventory (MBI)	1ª parte estudo (antes COVID-19): 159 enfermeiros do serviço de emergência 2ª parte estudo (durante COVID-19): 467 enfermeiros do serviço de emergência	1ª parte estudo (antes COVID-19): Total: 69,8% Elevado EE: 50,9% Elevado DP: 59,1% Baixo PA: 23,3% 2ª parte estudo (durante COVID-19): Total: 70,7% Elevado EE: 45,8% Elevado DP: 55,5% Baixo PA: 33,4%	A prevalência geral do risco de Burnout foi maior entre os enfermeiros de emergência do que entre os enfermeiros de UCI, tanto antes quanto durante a pandemia de COVID-19. Entre os enfermeiros de emergência, a prevalência permaneceu estável ao longo do tempo (de 69,8% para 70,7%) e não foi significativamente diferente entre a primeira e a segunda onda do estudo.	A prevalência de risco de Burnout permaneceu estável entre os enfermeiros de emergência, enquanto aumentou entre os enfermeiros de UCI durante a pandemia.
Jose, et al. (2020)	Estudo transversal	Departamento de emergência de um hospital no norte da Índia (Durante a COVID-19)	120 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)	120 enfermeiros	Global: EE: 29,13 ± 10,30 DP: 12,90 ± 4,67 PA: 37,68 ± 5,17 Baixo EE: N=10 (8,3%) Moderado EE: N=45 (37,5%) Elevado EE: N=65 (54,2%) Baixo DP: 6 (5%)	Os enfermeiros da linha da frente nos serviços de emergência apresentam elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização (54,2% e 43,3%, respetivamente), no entanto apenas 12,5% apresentam baixa realização pessoal.	O presente estudo identificou um nível de Burnout de moderado a alto entre os enfermeiros do departamento de emergência, exigindo atenção imediata.

Moderado DP:
N=62 (51,7%)
Elevado DP:
N=52 (43,3%)
Baixo PA:
N=15 (12,5%)
Moderado PA:
N=50 (41,7%)
Elevado PA:
N=55 (45,8%)

Mulheres:

Baixo EE: N=6
(5%)
Moderado EE:
N=34 (28,33%)
Elevado EE:
N=48 (40%)
Baixo DP: 5
(4,17%)
Moderado DP:
N=49 (40,83%)
Elevado DP:
N=34 (28,33%)
Baixo PA:
N=15 (12,5%)
Moderado PA:
N=33 (27,5%)
Elevado PA:
N=40 (33,33%)

Homens:

Baixo EE: N=4
(3,33%)
Moderado EE:
N=11 (9,17%)
Elevado EE:
N=17 (14,17%)
Baixo DP: 1
(0,83%)
Moderado DP:
N=13 (10,83%)

						<p>Elevado DP: N=18 (15%) Baixo PA: N=0 (0%) Moderado PA: N=17 (14,17%) Elevado PA: N=15 (12,5%)</p>		
Sheehan, et al. (2022)	Estudo transversal	Serviço de emergência do St. James hospital Dublin (SJH) e do Cork University Hospital (CUH)	99 profissionais	Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	35 enfermeiros	% presença de Burnout: 77% (média 2,47 – OLBI cut-off: 2,18)	<p>O Burnout é elevado em todos os grupos profissionais, sendo os enfermeiros o segundo grupo com maior percentagem de Burnout. A exaustão foi a dimensão mais afetada em todos os participantes. A COVID-19 impactou negativamente o bem-estar, sobretudo devido ao uso de EPI e distanciamento social.</p>	<p>A pandemia não intensificou níveis de Burnout no ED. Aproximadamente ¼ dos profissionais do serviço de emergência na Irlanda apresenta níveis elevados de Burnout. A exaustão atingiu valores recorde. Intervenções estruturais e apoio contínuo aos profissionais são essenciais para mitigar o impacto psicológico e operacional.</p>
Viana & Kawagoe (2023)	Estudo transversal (durante o COVID-19)	Serviço de urgência de um hospital de São Paulo	92 profissionais e 271 clientes	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)	23 enfermeiros	<p>Baixo EE: N=16 (69,57%) Moderado EE: N=5 (21,74%) Elevado EE: N=2 (8,70%) Baixo DP: 12 (52,17%) Moderado DP: N=6 (26,09%) Elevado DP: N=5 (21,74%) Baixo PA: N=5 (21,74%)</p>	<p>86,96% (N=20) enfermeiros referem que a pandemia apresentou impacto no nível de Burnout, sendo que 95% (N=19) afirma que aumentou o nível de Burnout. A maioria dos enfermeiros apresentou baixos níveis de exaustão emocional 69,57%, despersonalização 52,17% e alto nível de realização pessoal 65,22%. No estudo não foram observadas diferenças estatísticas significativas</p>	<p>Os enfermeiros afirmam que a pandemia apresentou impacto no aumento do Burnout, no entanto os mesmos apresentam baixos níveis de exaustão emocional e despersonalização e alto nível de realização pessoal.</p>

						Moderado PA: N=3 (13,04%) Elevado PA: N=15 (65,22%)	relativas ao Burnout entre os diferentes grupos.
Zakaria, et al. (2021)	Estudo transversal	Serviço de emergência de um hospital da Malásia durante a pandemia de COVID-19	216 Profissionais de saúde	Questionário adaptado de Michelle Post (1981)	142 enfermeiros	Burnout proof: 3,5% Unlikely Burnout:4,2% Fair chance of Burnout:31% Early Burnout 39,4% Advance Burnout: 21,8%	Os enfermeiros são os que apresentam maior prevalência de Burnout 61,2%
							Durante a pandemia cerca de 51,3% apresentam Burnout, no entanto os enfermeiros são os que apresentam maior prevalência. Sugere-se um estudo adicional sobre a intervenção para melhorar o Burnout nos profissionais do serviço de emergência.

Nota: EE=exaustão emocional DP=despersonalização PA= realização pessoal

Tabela 4 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão relativos ao período pós-pandemia

Estudo	Tipo de estudo	Contexto	População	Instrumento utilizado	Amostra (Total; sexo)	Prevalência de Burnout (Total; EE; DP; PA)	Resultados	Conclusões
Azeez, et al. (2024)	Estudo transversal	Serviços de emergência de diferentes hospitais da região de Jazan na Arábia Saudita	229 profissionais	Maslach Burnout Inventory (MBI)	99 enfermeiros	Elevada EE: N=16 Elevada DP: N=52 Baixa PA: N=95	Entre os indivíduos que apresentavam elevada EE (N=40), 16 eram enfermeiros. Quando comparados com outros profissionais os enfermeiros apresentavam níveis elevados de DP (N=52, 41,6%), sendo estatisticamente significativo. Cerca de 95 (47,5%) enfermeiros foram apresentaram pontuações baixas em PA.	O Síndrome de Burnout é minimamente prevalente entre todos os profissionais estudados (paramédicos, administrativos e médicos), no entanto é mais comum nos enfermeiros.
Choi & Song (2022)	Estudo transversal correlacional	1 serviço de emergência e 2 de cuidados intensivos	102 enfermeiros	Tedium Scale por Pines et al.	42 enfermeiros do serviço de emergência	Mean (SD) 2,27±0,44	Existiu diferenças nos níveis de Burnout entre os serviços onde exercem funções de trabalho (F=5,19, p=.007), os enfermeiros do serviço de emergência apresentaram Burnout mais elevado.	O níveis de Burnout foram mais elevados nos enfermeiros do serviço de emergência do que nos restantes, apresentando uma redução na satisfação no trabalho. Enfermeiros com maior carga horária apresentam níveis mais elevados de Burnout e menor satisfação profissional.
Diao, et al. (2024)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 30 hospitais terciários na China	1540 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)	1540 enfermeiros (Mulher: N=1211; Homem: N=329)	Mulheres: Total Burnout: 11.14 ± 5.80 • EE = 11.36 ± 7.61 • DP = 8.49 ± 7.38 • PA reduzida =	As mulheres apresentaram maior exaustão emocional, enquanto os homens apresentaram maior despersonalização e menor realização pessoal. Burnout correlacionou-se	O Burnout é elevado entre enfermeiros de urgência e afeta ambos os sexos. Diminuir despersonalização nos homens e exaustão emocional

						13.49 ± 9.82 Homens: Total Burnout: 11.63 ± 6.18 • EE = 11.10 ± 8.29 • DP = 9.06 ± 8.27 • PA reduzida = 14.91 ± 10.74	positivamente com conflito trabalho-família em ambos os sexos.	nas mulheres é essencial para diminuir o conflito trabalho-família.
Huang, et al. (2024)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 8 hospitais terciários do ocidental da China	295 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)	295 enfermeiros	Baixo EE: N=7 Moderado EE: N=77 Elevado EE: N=211 Baixo DP: N=10 Moderado DP: N=26 Elevado DP: N=259 Baixo PA: N=10 Moderado PA: N=62 Elevado PA: N=182	Além disso, 71,5%, 87,8% e 61,7% dos enfermeiros de emergência apresentaram alto esgotamento emocional, alta despersonalização e senso de realização pessoal, respetivamente.	A prevalência de Burnout e depressão são elevadas nos enfermeiros do serviço de emergência
Jafari et al. (2023)	Estudo transversal	6 hospitais e centros de emergência médica afiliados com Ardebil University of Medical Sciences	239 enfermeiros do serviço de emergência	Maslach Burnout Inventory (MBI)	239 enfermeiros do serviço de emergência	Baixo EE: N=35 (14,6%) Moderado EE: N=100 (41,8%) Elevado EE: N=104 (43,5%) Baixo DP: N= 6 (2,5%) Moderado DP: N=64 (26,8%) Elevado DP: N=169 (70,7%) Baixo PA: N=186 (77,8%)	A maioria dos enfermeiros apresenta nível elevado de EE (43,5%), DP (70,7%) e baixo PA (77,8%).	Existe uma elevada prevalência de Burnout nos enfermeiros do departamento de urgência. O bem-estar espiritual atua como fator protetor contra Burnout. Programas educativos focados em espiritualidade podem reduzir Burnout, aumentar autoeficácia e

						Moderado PA: N=20 (8,4%) Elevado PA: N=33 (13,8%)		melhorar a qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros de emergência.
Lopez, et al. (2022)	Estudo transversal (Pós-Covid)	Departamento de emergência de 3 hospitais do sul da Califórnia	50 enfermeiros	Professional Quality of Life Scale version 5 (ProQOL-V)	50 enfermeiros	Risco moderado de Burnout: 25,6 ±5,6	Os enfermeiros apresentam risco moderado de Burnout.	Os enfermeiros no serviço de emergência após a pandemia COVID-19 apresentam níveis moderados de Burnout. No entanto, no estudo refere que os dados são idênticos aos dados reportados por outros estudos no período de pré-pandemia.
Mao, et al. (2025)	Estudo transversal	Departamentos de emergência de várias regiões na China	1540 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)	1540 enfermeiros	Pontuação de Burnout: 4,77 ± 6,16 Burnout confirmado: N=882 (57,3%) Suspeita de Burnout: N=327 (21,2%) Ausência de Burnout: N=331 (21,5%) EE: 11.3 ± 7.76 DP: 8.61 ± 7.58 PA: 13.79 ± 10.04	A pontuação total de Burnout no trabalho foi (4,77 ± 6,16), com Burnout no trabalho confirmado em 57,3% dos enfermeiros de emergência.	Tanto o Burnout como a violência no trabalho estão diretamente associados aos distúrbios do sono em enfermeiros de emergência. Deve ser priorizada a manutenção de um ambiente harmonioso e seguro com a implementação de intervenções direcionadas para o Burnout, melhorando assim a qualidade do sono.
Mataei, et al. (2025)	Estudo transversal	Departamentos de emergência de 2 hospitais do Irão	114 enfermeiros do serviço de emergência	Maslach Burnout Inventory (MBI)	114 enfermeiros do serviço de emergência	Média + SD: Burnout: 55.333 ± 18.117 EE: 26.412 ±10.894	Os resultados mostraram que 52,6% dos enfermeiros do departamento de emergência apresentavam	O estudo demonstrou que os enfermeiros apresentam elevada

						DP: 9.491 ± 6.038 PA: 42.199 \pm 7.272 <hr/> Baixo EE: 28,1% Moderado EE: 19,3% Elevado EE: 52,6% Baixo DP: 30,7% Moderado DP: 21,1% Elevado DP: 48,2% Baixo PA: 0% Moderado PA: 0,9% Elevado PA: 99,1%	alta exaustão emocional, 48,2% apresentavam alta despersonalização, enquanto apenas cerca de 1% dos enfermeiros relataram uma diminuição na realização pessoal.	exaustão emocional e despersonalização. Enfermeiros com maior nível de Burnout apresentam habilidades e competências mais baixas na tomada de decisão na triagem. A influência do Burnout na tomada de decisão na triagem torna ainda mais evidente a necessidade de medidas preventivas do Burnout nos departamentos de emergência.
Moon & Park (2025)	Estudo transversal	Departamentos de emergência de 6 hospitais na Coreia do Sul	176 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI) Versão coreana	176 enfermeiros (Mulheres: N=125; Homens: N=51)	Burnout: Mulheres: 2.63 \pm 0.61 Homens: 2.40 \pm 0.56 Burnout Total: 2.56 \pm 0.60 EE: 2.76 \pm 0.84 DP: 2.31 \pm 0.78 PA: 2.50 \pm 0.60	O Burnout foi mais elevado nas mulheres (2.63 \pm 0.61, t=2.33, p=0.021). A média de Burnout entre os enfermeiros da sala de emergência foi de 2,56 \pm 0,60 (variação 1,23–4,14), com as seguintes pontuações médias para suas subescalas: exaustão emocional (2,76 \pm 0,60), despersonalização (2,31 \pm 0,78) e realização pessoal (2,50 \pm 0,60). Burnout correlacionou-se negativamente com coragem (r = -0.57),	Coragem e cultura organizacional positiva (especialmente relações baseadas em confiança) são fatores protetores contra Burnout. Intervenções organizacionais são essenciais.

						competência em enfermagem de urgência (r = -0.41) e cultura organizacional positiva (r = -0.60).
Khanghahi, et al. (2025)	Estudo transversal	Serviços de urgência de 9 hospitais no Semnan	230 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI)	230 enfermeiros	<p>Burnout (média ± desvio padrão): 74,55 ± 15,50</p> <p>Baixo EE: N=24 (10,4%) Moderado EE: N=107 (46,5%) Elevado EE: N=99(43%) Baixo DP: N=5 (2,2%) Moderado DP: N=18 (7,8%) Elevado DP: N=207 (90%) Baixo PA: N=192 (83,5%) Moderado PA: N=32 (13,9%) Elevado PA: N=6 (2,6%)</p> <p>A média das pontuações de Burnout foi de 74,55 ± 15,5. A maioria dos enfermeiros apresentada elevada despersonalização (90%) e baixa realização pessoal (83,5), quando relativamente à exaustão emocional 46,5% apresentava nível moderado.</p> <p>O Burnout é prevalente entre enfermeiros de urgência. O estudo mostra correlação negativa entre inteligência cultural e Burnout, sugerindo que maior competência cultural pode reduzir o desgaste emocional.</p>
Naidoo & Schoeman (2023)	Estudo transversal	Departamento de emergência do Tygerberg Hospital na Africa do Sul.	227 profissionais	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)	36 enfermeiros (7 enfermeiros de equipa, 12 enfermeiros gerais e 15 enfermeiros especialistas)	<p>Enfermeiros de equipa: Com Burnout: N=3 (33,33%) Sem Burnout: N=6 (66,67%)</p> <p>Baixo EE: N=4 (44%) Moderado EE: N=2 (22%) Elevado EE: N=3 (33%)</p> <p>Burnout é mais elevado em médicos (57.89%) e enfermeiros (50%). Internos e enfermeiros especialistas apresentaram níveis mais altos de EE e DP. Staff não-clínico apresentou Burnout significativamente menor.</p> <p>Burnout é altamente prevalente no ED, com EE como componente predominante. Intervenções existentes têm baixa utilização (8.82%). Necessidade de estratégias organizacionais e sistêmicas para</p>

Baixo DP: N=5
(55,56%)
Moderado DP:
N=1 (11,11%)
Elevado DP:
N=3 (33,33%)
Baixo PA: N=1
(11,11%)
Moderado PA:
N=5 (55,56%)
Elevado PA:
N=3 (33,33%)

reduzir Burnout e
melhorar resiliência.

**Enfermeiros
gerais:**

Com Burnout:
N=7 (58,33%)
Sem Burnout:
N=5 (41,67%)
Baixo EE: N=1
(8,33%)
Moderado EE:
N=3 (25%)
Elevado EE:
N=8 (66,67%)
Baixo DP: N=5
(41,67%)
Moderado DP:
N=1 (8,33%)
Elevado DP:
N=6 (50%)
Baixo PA: N=3
(25%)
Moderado PA:
N=2 (16,67%)
Elevado PA:
N=7 (58,33%)

**Enfermeiros
especialistas:**

Com Burnout:
N=10 (66,67%)

						Sem Burnout: N=5 (33,33%) Baixo EE: N=2 (13,33%) Moderado EE: N=1 (6,67%) Elevado EE: N=12 (80%) Baixo DP: N=1 (6,67%) Moderado DP: N=5 (33,33%) Elevado DP: N=9 (60%) Baixo PA: N=6 (40%) Moderado PA: N=4 (26,67%) Elevado PA: N=5 (33,33%)		
Tan, et al. (2023)	Estudo transversal (Pós-COVID-19)	Serviço de emergência num hospital terciário em Singapura	115 profissionais	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	70 enfermeiros	Media de CBI: 67.5 ± 20.5 Baixo Burnout: N=14 Moderado a alto Burnout: N=55	CBI total = 62.3 ± 22.0 . Enfermeiros apresentaram Burnout significativamente superior aos médicos (67.5 vs 54.6). O Burnout é mais elevado nos profissionais insatisfeitos com o trabalho (84.0 vs 42.7) e nos que não apresentam intenção de permanecer no trabalho (79.0 vs 50.1).	Burnout permanece elevado no período pós-pandemia, especialmente entre enfermeiros. Fatores que contribuem para o risco de Burnout devem ser analisados. São necessárias intervenções organizacionais, melhoria dos fatores pessoais e do trabalho que contribuem para o Burnout.
Castillo, et al. (2024)	Estudo transversal	Serviço de urgências de um hospital em Medellín	132 profissionais de saúde	Maslach Burnout Inventory - Human	34 enfermeiros	Elevado EE: N=14 Elevado DP: N=12	7 enfermeiros apresentaram Burnout, no entanto 14 apresentavam elevada exaustão	A prevalência de Burnout no serviço de urgência é comparável à

				Services Survey (MBI-HSS)		Baixo PA: N=8 Apresentam Burnout: N=7 Não apresentam Burnout: N=27	emocional, 12 elevada despersonalização e o baixa realização pessoal. O consumo de substâncias psicoativas no último ano e antecedentes de ansiedade/depressão estiveram associados ao Burnout, tal como a insatisfação com ambiente e supervisão.	literatura internacional quando utilizados critérios diagnósticos equivalentes.
Jiang, et al. (2024)	Estudo transversal	Serviços de emergência de 30 hospitais	976 enfermeiros	Maslach Burnout Inventory (MBI) Versão chinesa	976 enfermeiros	EE: 31,0 ± 12 DP: 12,2 ± 7,1 PA: 20,5 ± 9,1	Apesar de cerca 75% dos enfermeiros referirem que estão satisfeitos com o trabalho, observam-se elevado Burnout. 22,5% manifestaram intenção de abandonar o serviço de urgência no ano seguinte.	Enfermeiros de urgência em Xangai apresentam elevados níveis de Burnout, associados à intenção de abandonar o serviço. Intervenções dirigidas à melhoria da satisfação laboral são essenciais para reduzir Burnout e promover retenção profissional.

Nota: EE=exaustão emocional DP=despersonalização PA= realização pessoal

Tabela 5 – Resumo das características dos artigos incluídos na revisão relativo ao serviço de urgência pediátrica

Estudo	Tipo de estudo	Contexto	População	Instrumento utilizado	Amostra (Total; sexo)	Prevalência de Burnout (Total; EE; DP; PA)	Resultados	Conclusões
Arikan & Esenay (2023)	Estudo transversal	Serviços de emergência pediátrica	164 enfermeiros	Maslach Burnout inventory (MBI)	164 enfermeiros (Feminino: N=103; Masculino: N=61)	Baixo EE: N=14 (9,1%) Moderado EE: N=66 (40,5%) Elevado EE: N=84 (50,4%) Baixo DP: N=23 (14,4%) Moderado DP: N=44 (26,7%) Elevado DP: N=97 (58,9%) Baixo PA: N=147 (89,6%) Moderado PA: N=17 (10,4%) Elevado PA: N=0 (0%)	Os enfermeiros deste estudo relataram altos níveis de EE (n = 84, 51,4%) e DP (n = 97, 58,9%), mas baixos níveis de PA (n = 147, 89,6%). As médias relativas à EE foram significativamente influenciadas por gênero, idade, tempo de trabalho, turno de trabalho, horário do turno, medo de trabalhar durante a pandemia, preocupação em contrair COVID-19 no departamento e preocupação em infectar alguém com COVID-19 (p <0,05).	Os enfermeiros apresentam elevados níveis de EE e DP e baixos níveis de PA durante a pandemia.

Nota: EE=exaustão emocional DP=despersonalização PA= realização pessoal