

7ª EDIÇÃO CURSO MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO – AÇÕES PALIATIVAS
DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Sofia Carolina Romão Miguel

Leiria, Novembro 2020

**7ª EDIÇÃO CURSO MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICAANO
LECTIVO 2019/2020**

**AÇÕES PALIATIVAS DESENVOLVIDAS PELOS
ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Apresentado ao Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Sofia Carolina Romão Miguel; nº 5180029

Unidade Curricular Anual: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Professor Doutor Paulo Santos

Leiria, Novembro 2020

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso, apesar de ser um processo solitário, é resultado de um longo caminho percorrido com inúmeras pessoas que acreditam em mim e que foram importantes.

Aos meus pais, namorado, amigos essa família que escolhemos, por estarem lá sempre. Aos colegas do curso de mestrado pelo incondicional companheirismo.

Aos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para alcançar esta meta.

A todos obrigada de coração.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde

BO - Bloco Operatório

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS -Direção Regional de Saúde

EC – Ensino Clínico

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EPI – Equipamento Proteção Individual

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

HDFD – Hospital Distrital da Figueira da Foz

HSA – Hospital de Santo André

HUC – Hospital da Universidade de Coimbra

HUC – Hospital Universitário de Coimbra

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

JCI – Joint Commission International

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

PEI – Plano de Emergência Interno

PNSD – Plano Nacional Segurança do Doente

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RA – Relatório de Aprendizagem

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Operações

SU - Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UPP - Úlceras por Pressão

RESUMO

O presente Relatório de Estágio de caráter profissional, insere-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, em que o principal objetivo é descrever, recorrendo a uma análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas durante os três ensinamentos clínicos do plano de estudos. É importante salientar a realização dos ensinamentos clínicos em áreas distintas, todas selecionadas de acordo com o meu interesse profissional, sendo um alicerce imprescindível desta especialidade de enfermagem, contribuindo para o crescimento pessoal, profissional implicando uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Segue-se uma revisão sistemática da literatura sobre as ações paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros no serviço de urgência, uma vez que este serviço abrange não só, situações agudas, mas também algumas decorrentes de doenças crónicas, incuráveis e progressivas sendo o enfermeiro um dos principais prestadores de ações paliativas, devido a proximidade que têm com doente. Como objetivo de estudo, rever de forma sistemática a eficácia das Ações Paliativas dos enfermeiros no Serviço de Urgência. Desenhada a estratégia de investigação com aplicação do diagrama PRISMA e após a pesquisa em bases de dados, tendo-se obtido 2 estudos sobre os quais foi sustentada a RSL.

Este relatório de natureza profissional vai de encontro ao designado nos artigos 31.º - 34.º do Regulamento de avaliação de conhecimento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Saúde de Leiria (Regulamento nº 877, 2016).

Palavras-Chave: Ações paliativas; Enfermeiros; Serviço de Urgência

ABSTRACT

The present Internship Report of professional character, is part of the Master of Nursing to the Person in Critical Situation of the School Health Sciences from The Polytechnic of Leiria, in which the main objective is to describe, using a reflexive analysis of the common competences of the specialist nurse and specific of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Situation, developed during the three clinical teachings of the study plan. It is important to emphasize the accomplishment of the clinical teachings in destined areas, all selected according to my professional interest, being an indispensable foundation of this nursing specialty, contributing for the personal growth, professional implying an improvement in the nursing care to the person in critical situation.

It follows a systematic review of literature on palliative actions developed by nurses in the emergency service, since this service covers not only acute situations, but also some arising from chronic diseases, incurable and progressive being the nurse one of the main providers of palliative actions, due to their proximity to the patient. As a study objective, to systematically review the effectiveness of the Palliative Actions of nurses in the Emergency Service. The research strategy was designed with the application of the PRISMA diagram and after the research in databases, having obtained 2 studies on which the RSL was sustained.

This report of a professional nature is in line with the one designated in articles 31 - 34 of the Regulations for the evaluation of knowledge of the second cycle of studies of the School Health Sciences from Leiria (Regulamento nº 877, 2016).

Key Words:Palliative Actions; Nurse; Emergency Department

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO 13

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO 14

1.1. ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA 14

1.2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 16

1.3. ENSINO CLÍNICO III – BLOCO OPERATÓRIO 17

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 20

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 20

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE 23

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS 26

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 28

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 30

3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA 30

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO 38

3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRTÍTICA OU FALÊNCIA ORGÂNICA 40

PARTE II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 45

1. CUIDADOS PALIATIVOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 46

1.1. AÇÕES PALIATIVAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 49

2. METODOLOGIA 51

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 51

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS 51

2.3. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA 52

2.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS 55

2.5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 55

2.6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS 57

CONCLUSÃO 60

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60

APÊNDICES

APÊNDICE I – Aplicação da *Checklist* PRISMA

APÊNDICE II – Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos selecionados

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Descrição da Pesquisa de Evidência Científica	53
Quadro 2 - Aplicação do Diagrama de Prisma	54

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Estudos eliminados após aplicação de critérios de inclusão e exclusão	55
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio encontra-se integrado no 2º ano do Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), no âmbito da Unidade Curricular anual denominada por “Relatório de Estágio”. O seu término e defesa em prova pública visa a obtenção do grau de mestre, bem como, o título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), posteriormente validado pelo parecer e certificação pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelo Colégio da Especialidade em EMC (Regulamento nº 877 do Instituto Politécnico de Leiria, 2016).

Para a construção da identidade profissional é primordial promover o envolvimento de cada um individualmente, procurando aliar a prática à teoria apreendida e desenvolvida em contextos anteriores e na procura incessante de conhecimento, enquanto parte integrante da motivação individual. Assim, os Ensinos Clínicos (EC) constituem uma mais-valia neste papel de transposição e enriquecimento, na procura e desenvolvimento de competências.

O corpo de conhecimentos adquiridos no curso de licenciatura e no decurso da atividade profissional pode ser satisfatório para o atendimento das necessidades de base da pessoa, contudo insuficiente para dar resposta a populações com características especiais. Torna-se premente o desenvolvimento de uma delimitação das competências entre enfermeiros generalistas e especialistas. Esta distinção das competências, alienada à formação diferenciada consubstanciar-se-á como responsável por uma atitude eficaz às necessidades de saúde de todos os indivíduos (Mendes, Marques, & Barroso, 2002).

A procura da especialização deve ser a busca da perícia que assenta em princípios de gestão de complexidade, de antecipação de ações, interpretar dados subjetivos e observar para além do visível, passa ainda pela capacidade de diferenciação assente no conhecimento científico disponível e atual. Foi este o mote para ingressar no percurso da especialização em Enfermagem à PSC.

Segundo o regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista é aquele em quem são reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas de maneira a prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade de enfermagem. Estas são regulados segundo os domínios: da responsabilidade

profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro).

No decorrer do aprofundamento da prática e da investigação em enfermagem surgem o conjunto de competências específicas, certificando que enfermeiro especialista possua conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizando-as nos diferentes contextos de vida e níveis de prevenção. As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica contemplam o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; o dinamizar da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; o maximizar da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018 de 16 Julho).

O corpo deste relatório é estruturado em duas partes, a primeira remete para o desenvolvimento das competências em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e a segunda parte à componente de investigação através da elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura.

A primeira parte descreve o percurso dos ensinamentos clínicos recorrendo a uma análise reflexiva e fundamentada, da prática do cuidado à pessoa em situação crítica, de maneira a alcançar as competências EPSC. O período do EC decorreu entre o ano de 2019 e 2020 em três locais diferentes: o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) do Centro Hospital de Leiria (CHL) – Hospital de Santo André (HSA), no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospital Universitário de Coimbra (CHUC) – Hospital da Universidade de Coimbra (HUC) e no Bloco Operatório (BO) do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFP).

A segunda parte deste documento expõe uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sobre as ações paliativas do enfermeiro no Serviço de Urgência (SU). Na minha atividade profissional diária, a exercer a prática de enfermagem no SU do HDFP, uma das realidades que mais me deparo vai ao encontro desta temática, revelando-se assim, aliciante na medida em que permite ampliar conhecimento sobre o mesmo, tendo como base a prestação de cuidados e a evidência científica existente.

As práticas de enfermagem em contexto de urgência são geridas para responder a situações urgentes e emergentes de doença aguda ou crónica, embora também devam ser aplicadas a doentes em estágio terminal de doença crónica e irreversível, que necessitam primordialmente de cuidados de conforto. A identificação precoce das necessidades referentes aos cuidados paliativos em contexto do serviço de urgência, podem levar a gestão e redução de idas ao SU, e subsequente prestação de cuidados a nível físico, espiritual, psicológico ou sofrimento social (Richards, *et al.*, 2011).

Os cuidados paliativos (CP) no serviço de urgência fazem parte de uma área que se encontra em desenvolvimento e em expansão, uma vez que proporcionam um tratamento multidimensional de qualidade, conjugam as vontades do doente e da família. A integração dos CP no SU apresenta grandes benefícios para o doente, como a melhor qualidade de vida no final da vida, adequando o tratamento tendo como base o controlo de sintomatologia e por fim uma morte digna. Permite ainda que ao nível de sistema de saúde haja uma melhoria na assistência, na redução de custos, no tempo de permanência no SU e diminuição de internamentos, culminando com uma satisfação por parte do doente e da família (Freixes, Oliva & Tamarit, 2016).

A RSL a desenvolver tem como objetivo analisar sistematicamente a eficácia das ações paliativas realizadas pelos enfermeiros no SU, uma vez que cada vez mais em todos os serviços de urgências existe uma prestação de cuidados a pessoas com esta tipologia de necessidades.

Este trabalho foi elaborado tendo como base, o Guia de Elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Leiria.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Segundo Benner (2001), o enfermeiro é um profissional em que as suas práticas clínicas são construídas por competências e conhecimentos adquiridos, tornando-se necessário o desenvolvimento da teoria. A prática clínica por ser mais complexa, contempla outras realidades que não se observam na teoria. Assim, o enfermeiro especialista é dotado de conhecimento profundo num âmbito específico da enfermagem tendo em vista as respostas humanas decorrentes dos processos de vida e dos problemas de saúde, auxiliando-se do julgamento clínico e da tomada de decisão (Regulamento nº 429/2018 de 16 Julho).

A aquisição de competências foi realizada a partir da obtenção de novos conhecimentos e validação de conhecimentos anteriores recorrendo a pesquisa bibliográfica, partilha de experiências com a equipa de enfermagem e reflexão crítica sobre cuidados prestados. O facto de sermos detentores de conhecimento acaba por ser insuficiente pois, o que permite enaltecer a nossa prática é a reflexão que fazemos sobre situações corroborando com a perspetiva de Zeichner (1993) em que o ato reflexivo sobre a prática é o que contribui para o percurso de aquisição de conhecimento e não apenas a prática efetiva.

Seguidamente apresenta-se uma sucinta caracterização dos locais de EC e respetiva análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e aprendizagens, tendo como fio condutor as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista EPSC, fundamentada pela bibliografia científica.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO

Os locais dos ensinamentos clínicos escolhidos, para concretização da componente prática adjacente a este mestrado decorreram cronologicamente no SUMC do CHL – Hospital de Santo André (EC I), no BO do HDFS (EC III) e no SMI do CHUC – Pólo HUC (EC II)), segue-se uma breve caracterização dos mesmos.

1.1. ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA

O EC decorreu no SUMC no Hospital de Santo André no período de quatro de Fevereiro a dezoito de Maio de 2019, num total de cento e oitenta horas. Caracterizado pela DGS (2001), como um SU Médico-Cirúrgica, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência e emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência (Direção Geral de Saúde, 2001). Encontra-se integrado no CHL, o Hospital de Alcobaça, o Hospital de Pombal e o Hospital de Santo André (HSA) em Leiria, sendo o último acreditado pela *Joint Commission International* (JCI). Têm como missão, a prestação de cuidados diferenciados, articulados com os cuidados de saúde primários e com os restantes hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Colabora na prevenção, promoção da saúde na comunidade e promove a investigação e a formação profissional dos seus colaboradores (Centro Hospitalar Leiria, 2017).

Sendo uma referência em termos de qualidade de prestação de cuidados em saúde, com reconhecimento pela comunidade, a grande satisfação dos doentes e pelos profissionais, têm como bases de sustentação os seguintes valores: “respeito pela dignidade humana, respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa, prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da sua atividade, desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional, primado do doente”(Centro Hospitalar Leiria, 2017).

O SUMC tem como área de influência os concelhos de Leiria: Alcobaça, Alvaiázere, Ansião, Batalha, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Pedrógão Grande, Pombal, Porto de Mós e Soure. As pessoas que recorrem ao SUG são provenientes do domicílio, referenciadas de outras instituições de saúde (Centro de Saúde,

Linha de Saúde 24 ou outros Hospitais e Clínicas) ou trazidas pelos Bombeiros ou Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Trata-se de uma unidade orgânica funcional, composta por meios naturais, humanos e técnicos que lhe conferem autonomia para garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de emergência/urgência durante as vinte e quatro horas, de todos os dias do ano (DGS, 2001). Localiza-se no piso um, da torre nascente do HSA, de fácil e rápido acesso aos diferentes serviços que o apoiam tais como: o bloco operatório, o serviço de imagiologia e serviço de exames de gastroenterologia, cumprindo o caráter de proximidade descrito nas recomendações técnicas para os SU da Administração Central do Sistemas de Saúde (ACSS, 2015).

O SUMC é um serviço de grandes dimensões composto por vários espaços identificados por cores diferentes (verdes, amarelos, laranjas, vermelha) correspondentes a prioridade atribuída pela Triagem de Manchester, exceto a área denominada roxa correspondente a área cirúrgica e ortopédica. A área vermelha designada por sala de emergência, apresenta duas portas, uma direta do exterior e Outra interior, composta por cinco unidades individualizadas que reúnem todos meios tecnológicos, monitorização, ventilação invasiva, carro de emergência e outros materiais necessários para dar resposta a PSC. Destina-se assim, ao “apoio urgente ou emergente a doentes em estado crítico, com condições para suporte avançado de vida” (ACSS, 2015).

O gabinete de informações é adstrito à sala de espera da entrada do SU, tratando-se de um elo facilitador de comunicação entre o doente e o seu acompanhante/cuidador/familiar, sendo da responsabilidade do enfermeiro que se encontra distribuído neste posto de trabalho no período das oito às vinte e quatro horas. Após esse período, o enfermeiro coordenador assume essa responsabilidade, estando dependente da sua disponibilidade.

A pessoa que recorre ao SU pode ser acompanhada durante a permanência, sempre que o serviço assim o permitir entre as oito e as vinte e três horas, fazendo cumprir ao artigo 12.º da Lei nº. 15/2014 de 21 de Março, na qual a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si definido, no entanto quando há um aumento significativo da afluência. Existe um procedimento interno que prevê três períodos de visita

com duração de quinze minutos, havendo possibilidade no restante tempo obter informações sobre o doente recorrendo ao gabinete de informações.

Assim, o circuito do doente inicia-se pela admissão, seguida pela Triagem e encaminhando para a área azul, verde, amarela, laranja, vermelha e roxa. Todas as áreas encontram-se estruturadas em espaço aberto, permitindo uma observação ampla e rápida atuação.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O presente EC II, realizou-se no SMI do CHUC- Pólo HUC. Decorreu no período de vinte e cinco de Novembro de 2019 a nove de Fevereiro de 2020. O CHUC é uma referência nacional e internacional, têm como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação (Centro Hospitalar Universitario Coimbra, 2019). Composto pelos HUC, o Hospital Geral, a Maternidade Bissaya Barreto, a Maternidade Daniel de Matos, o Hospital Pediátrico e o Hospital Sobral Cid.

O SMI é uma unidade de nível III segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, com uma equipa própria de médicos e enfermeiros, com a presença de um médico especialista em medicina intensiva durante vinte e quatro horas, acesso a meios de monitorização diagnósticos e terapêutica necessários. Trata-se de uma unidade que responde perentoriamente a todas as especialidades da sua área de abrangência conforme as diretivas de Redes de Referência Hospitalar (RRH) na área da Medicina Intensiva. É o único centro de referência de doente neurocríticos e terciária para todos os hospitais da região centro (Paiva J. , *et al.*, 2017).

Encontra-se organizada em dois pisos: o piso 1, de maiores dimensões com doze unidades, recentemente submetido a obras de melhoria e em processo de reorganização, onde estão incluídos dois quartos de isolamento e no piso -1 com uma área menor, sendo composto por oito unidades.

Os serviços de proximidade do SMI, no serviço do piso -1, partilham piso com o SU, bloco operatório (BO) de urgência e respetiva unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA), serviço de radiologia, enquanto que o serviço do piso 1 encontra-se no mesmo patamar do BO central e da UCPA, cumprindo as Recomendações Técnicas para as instalações de Unidade de

Cuidados Intensivos, em que estes deverão ter uma relação de proximidade com o serviço de urgência e comunicação fácil com a radiologia e unidade de cuidados pós anestésicos (ACSS, 2013).

As unidades dos doentes encontram-se dispostas em espaço amplo, permitindo a visualização pela equipa de todas as unidades. A disposição em forma de U facilita a vigilância, mas suscita reflexão sobre a falta de privacidade, aquando a realização de procedimentos que exijam maior exposição corporal, pois entre as unidades não existem divisórias físicas, não cumprindo as recomendações da ACSS (2013), em que preconiza a existência de divisórias laterais transparentes com possibilidade de ser recolhidas.

1.3. ENSINO CLÍNICO III – BLOCO OPERATÓRIO

A prática em EC decorreu no período de dezasseis de Setembro de 2019 a vinte e dois de Novembro de 2019, num total de cento e oitenta horas, no Bloco Operatório (BO) do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF). Encontra-se na margem sul do Rio Mondego, localizando na freguesia de Cova e Gala e tem como área de influência os concelhos da Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e parcialmente os concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal.

Reúne um conjunto de missões e valores que vão ao encontro da prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, articulando com os cuidados de saúde primários, bem como os restantes hospitais integrados na rede do SNS, adequando os recursos humanos e materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados (Hospital Distrital Figueira da Foz, 2017).

O BO do HDFF é designado como um serviço orgânico funcional autónomo, sendo composto por recursos humanos, técnicos e materiais direcionados para a prestação de cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, como foco primordial salvar, tratar e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Associação de Enfermeiros Salas Operatórias Portugueses, 2006). Trata-se de um serviço de elevada diferenciação, exigindo dos seus profissionais uma preparação altamente especializada, devido à sua especificidade (ACSS, 2011). É um serviço de apoio transversal das diversas especialidades cirúrgicas tais como cirurgia geral, ortopedia, otorrino, oftalmologia, urologia e ginecologia.

A estrutura física do BO é caracterizada pela existência de um corredor único central que serve de passagem aos doentes (na altura do acolhimento e na alta da Unidade de Cuidados pós Anestésicos), aos elementos da equipa e equipamentos, para a área de acesso, área de utilização comum ou de transferência, três salas operatórias com duas áreas de lavagem de mãos, armazém de material esterilizado, armazém de equipamentos, armazém de material diverso, área de sujos/despejos, vestiário de homens e mulheres com as instalações sanitárias respetivamente, copa ou área de descanso, a UCPA, o gabinete de anesthesiologia, gabinete do diretor de serviço e secretariado clínico, chefia de enfermagem.

Devido a conceção do bloco operatório, este dispõe de circuitos bem definidos (ACSS, 2011); (AESOP, 2013). O corredor único permite a entrada de doentes no período da manhã compreendido entre as 8h10 e as 8h30, tendo sido estipulado horas específicas de cada serviço “entregar” o doente, garantido a não simultaneidade; os profissionais de saúde utilizam o mesmo corredor de circulação. O material esterilizado e limpo, devidamente embalado e selado, entra no mesmo corredor que o material sujo. De maneira a que estes não se cruzem, foram criados horários específicos de passagem, da respetiva limpeza e de desinfeção do circuito. O devido cumprimento de horário estabelecido para os circuitos sustenta a assepsia progressiva implicando uma circulação controlada e limitada, com alguns impedimentos para a equipa, para os doentes e materiais; em que a circulação se realiza das zonas menos limpas para as mais limpas, bem como a circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas. O objetivo principal da assepsia progressiva é alcançar um nível de assepsia o mais elevado possível no local de incisão cirúrgica (AESOP, 2013).

Segundo as recomendações técnicas para BO pela ACSS (2011), o BO deverá estar próximo geograficamente dos serviços que o apoiam e os quais serve de apoio, como são os casos do serviço de esterilização e urgência geral. O serviço de esterilização é o que maior quantidade de itens recebe, daí a necessária proximidade. Relativamente ao SU este é apoiado igualmente pelo BO, deve ter uma forte relação de proximidade (Union Nationale Associations d'Infirmier Bloc Operatoire, 2001); (ACSS, 2011). Ambos se localizam no piso 0 e o BO no piso 2, não cumprindo de alguma forma o carácter de forte proximidade instituído pela ACSS. Contudo, existe um projeto para a construção de um novo BO em que a localização será no Piso 1 encontrando-se assim mais perto dos dois serviços.

A sua dinâmica de funcionamento é composta por cirurgias programadas todos os dias úteis, desde as nove às catorze horas, havendo uma sala definida como sala de urgência respondendo às necessidades emergentes dos serviços cirúrgicos e de urgência geral. Posteriormente a esse horário, existe um tempo de prolongamento com duração até às vinte horas, de maneira a dar resposta à diminuição das listas de espera cirúrgicas. Os objetivos pelos quais o BO do HDFF se rege são o correto tratamento e bem-estar dos doentes, a otimização das instalações e equipamentos disponíveis e a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência (HDFF, 2010).

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Recorrendo a análise reflexiva e de referências teóricas, pretendo neste capítulo expor as competências comuns desenvolvidas como futura enfermeira especialista, tendo presente as dificuldades sentidas e as estratégias adotadas para as superar.

O enfermeiro especialista é considerado como o profissional a quem são reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas de maneira a prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade de enfermagem. Estas são reguladas segundo os domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro).

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Na perspetiva ética, a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa e o cuidador deve concentrar-se em princípios, deveres e valores enunciados pelo Código Deontológico da profissão. Na prática profissional, os enfermeiros têm de garantir e salvaguardar o direito da pessoa, de maneira a oferecer cuidados de qualidade. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define no artigo 8º que os “enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.121).

Diariamente, o enfermeiro no SU apresenta momentos de tomada de decisão, que devido às circunstâncias inerentes a este serviço, têm de ser tomadas de forma rápida e eficiente para garantir a excelência de cuidados prestados à pessoa. Outra das problemáticas inerentes ao serviço de urgência é a hiper utilização e superlotação. Esta realidade surge devido a utilização deste serviço por pessoas com problemas menos urgentes que facilmente seriam resolvidos nos cuidados de saúde primários (CSP) (Pereira, *et al.*, 2001). Este fenómeno de hiper utilização e de sobrelotação coloca em risco a privacidade e segurança do doente. Segundo a OE (2015) o enfermeiro deve ser capaz de salvaguardar as tarefas de privacidade e a intimidade da pessoa, sendo o enfermeiro o responsável maior pela invasão da intimidade e da privacidade da pessoa (Pupulim & Sawada, 2002). Contudo mesmo com as capacidades das

áreas de prestação de cuidados reduzidas, observei e comprovei que se torna difícil dar efetivo cumprimento a este direito. A estratégia adaptativa utilizada é a mobilização dos doentes para zonas menos acessíveis, bem como, a adequação dos cuidados nestas situações recorrendo a biombos e cortinas, de maneira a preservar a privacidade e a intimidade.

O direito à privacidade é visível nos vários momentos durante os três locais de EC. Existe a preservação da intimidade e da individualidade da pessoa, tal como o dever de sigilo profissional e confidencialidade no acesso à informação que é cedida à família. O recurso a biombos, certificam a privacidade da pessoa no ato de prestação de cuidados diretos e ou procedimentos invasivos, garantido o cumprimento da carta de direitos e deveres do doente internado (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Durante os três EC procurei garantir a privacidade com as condições inerentes a este, adequando os meios existentes.

As questões éticas em saúde e a necessidade dos profissionais desenvolverem intervenções de acordo com a sua ética e deontologia profissional são uma constante da atualidade, podendo refletir-se sobre um especto primordial em cuidados intensivos, como é o caso da obstinação terapêutica. Algumas destas situações colocam a equipa multidisciplinar em situação de vulnerabilidade, quer por questões culturais, emocionais e legais (Darco, Ferrari & Carvalho 2016). Na prática, o contacto com a pessoa e família em crise, quase sempre impulsiona os cuidados para além do desejável, conduzindo à implementação de medidas desproporcionadas e à consequente obstinação terapêutica.

O enfermeiro é o elo de ligação entre a pessoa, a família e a equipa, e neste contexto é o responsável por promover a humanização de cuidados, prevenir a perda de dignidade e evitar a obstinação terapêutica (Darco *et al.*, 2016). A reflexão constante desta temática aliando-a aos princípios éticos e deontológicos no cuidar à PSC, permitiu-me concluir que do ponto de vista teórico é quase sempre mais fácil delinear a nossa ação com base nos aspetos éticos, como o da beneficência ou não-maleficência. Contudo, em muitas situações não é suficiente, devendo-se conjugar as componentes da família e da pessoa.

Segundo a norma da DGS 015/2013 de 3 de Outubro, o consentimento informado trata-se de “um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa” (p.4). Um dos cuidados acrescidos em ambiente peri-operatório é o consentimento informado e esclarecido. Todas as pessoas submetidas a uma

intervenção cirúrgica sentem-se mais frágeis, vulneráveis e ansiosas pois idealizam uma possível condição de dependência sob efeito da sedação. O acolhimento da pessoa no BO faz parte das competências do enfermeiro de apoio à anestesia e devendo ser adaptado às necessidades da pessoa, pois muitos deles exprimem o seu nervosismo e ansiedade. É necessário desmistificar e esclarecer sobre o percurso até a sala de operações bem como os restantes atos inerentes a este, estabelecendo assim uma relação empática e consequentemente de confiança. Desta forma, a pessoa constitui o foco de cuidados e atenção do enfermeiro, em que todas as suas ações e intervenções têm como intuito atenuar o medo e a ansiedade que poderão ser sentidas pela pessoa.

Todas as ações e procedimentos que realizei durante os EC nos diferentes contextos expliquei todos os procedimentos que as pessoas seriam envolvidas na prestação de cuidados, tivessem conhecimento prévio do que iria fazer, referindo sobre o poder de escolha de aceitar ou recusar, obtendo sempre o seu consentimento e máximo esclarecimento de questões sempre que solicitado.

No BO do HDFF não se encontra implementado a consulta de enfermagem pré-operatória. Esta tem uma valência psicológica primordial no desenvolvimento de estratégias para diminuir os estados emocionais sentidos (Santos , Martins, & Oliveira, 2014). Acredito que a sua existência poderia contribuir para controlar a ansiedade e responder às dúvidas sobre a cirurgia e todo o processo de doença, pois a sua inexistência obriga a que muitas das vezes seja no momento do acolhimento, que se consegue esclarecer dúvidas e minimizem os receios já criados.

Tive a oportunidade de colaborar no acolhimento da pessoa na zona de *transfer* e posterior encaminhamento para a sala respetiva, explicando sempre como seria feito o percurso, como era constituída a equipa multidisciplinar, e a forma como as iria encontrar (máscaras e tocas cirúrgicas), os cuidados prestados inerentes ao processo anestésico relacionados com a monitorização, fluidoterapia e posicionamento.

A perda de autonomia da pessoa precede a indução anestésica e a partir desse momento a equipa cirúrgica responsabiliza-se por cuidar, monitorizar a saúde da pessoa. Saliento que o enfermeiro de apoio de anestesia tem um papel de extrema relevância dentro da equipa, pois é o elemento que mantém uma relação de proximidade com a pessoa, dando resposta às

necessidades imediatas, protegendo de algum possível dano, sendo responsável por ela até que esta esteja novamente capacitada para tomar as próprias decisões (AESOP, 2006). Assim, desenvolvi a minha prática profissional e ética de acordo com respeito dos direitos humanos, as responsabilidades profissionais e os princípios básicos como a autonomia, justiça e beneficência.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

De maneira a garantir e promover cuidados de enfermagem de qualidade, a OE (2011) definiu padrões de qualidade, que organizam de forma estruturada e orientam a prática profissional dos enfermeiros. A OE assume que a qualidade em saúde é uma componente multiprofissional existindo uma aplicabilidade segundo o contexto (OE, 2011). A excelência da prática dos enfermeiros exige dedicação, tempo, obrigação e também por parte das organizações e ou instituições. Assim o processo de qualidade em saúde, envolve uma mudança adaptativa pois a melhoria contínua prende-se com a mudança e adesão a novas aprendizagens para garantir a excelência de cuidados e qualidade continua. Torna-se de extrema importância a promoção, a elaboração e colaboração em projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

As comissões de qualidade hospitalares atuam segundo planos de ação definidos previamente segundo objetivos estratégicos definidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020. Como objetivos estratégicos encontram-se delineados: o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, a segurança da comunicação, a segurança cirúrgica, a segurança na utilização da medicação; garantir a identificação das pessoas, prevenir a ocorrência de quedas, a ocorrência de úlceras de pressão; garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2015). Cabe ao enfermeiro especialista ter um papel dinamizador em projetos institucionais na área da qualidade, em colaboração com a enfermeira gestora e com entidade reguladora da formação da instituição hospitalar.

O HSA, de maneira a garantir a qualidade e segurança dos seus processos e procedimentos, encontra-se acreditado pela *Joint Commission International* (JCI). É dotado por inúmeros procedimentos internos e regulamentos sobre diversas temáticas como a medicação, identificação de doentes, comunicação efetiva e prevenção de acidentes. É notório o esforço

que é realizado diariamente por todos os elementos da equipa para atingir as metas definidas pelas JCI tais como: a identificação dos doentes de forma correta; melhoria da comunicação efetiva e melhoria da segurança dos medicamentos.

A área de urgência e emergência é considerada como de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotativa de recursos humanos, e pela grande procura de doentes com diferentes graus de gravidade, bem como por alguma escassez quantitativa, e qualitativa dos recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e stresse profissional e ambiental (Filho, *et al.*, 2012). A grande rotatividade de doentes, as diversas mobilizações para a realização de exames complementares de diagnóstico (ECD) durante a permanência no SU, a constante interrupção quer por parte de outros profissionais, doentes e acompanhantes, impõe ao enfermeiro uma maior concentração na prestação de cuidados ao doente.

Nos diversos contatos feitos com o doente, procede-se sempre à dupla verificação, do nome completo, data de nascimento ou nome completo e número do processo, de maneira a garantir um ambiente terapêutico seguro e evitar o aparecimento de erros. Segundo o PNSD, pretende orientar a prestação segura de cuidado de saúde em todos os níveis de cuidados, para não existir incidentes que comprometem a qualidade dos cuidados (DGS, 2015).

A passagem de informação do turno, tem como finalidade comunicar as informações de forma objetiva e clara sobre as intercorrências durante o período de prestação de cuidados (Almeida & Costa, 2017). Este momento é realizado com o recurso a uma listagem dos doentes por área onde se encontra o número do processo, o nome completo, diagnósticos de entrada do SU, antecedentes pessoais, cuidados especiais a ter em atenção e possíveis exames que irão realizar. No fim do turno, é elaborado pela equipa “a passagem de turno, um momento de reunião, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados pela transmissão verbal da informação” (Conselho de Enfermagem, 2017, p.1). A DGS (2017b) refere que a transição de cuidados implica uma comunicação eficaz, sendo elemento imprescindível da segurança do doente pois aumenta a qualidade de cuidados e diminui a probabilidade de eventos adversos. O instrumento indicado pela DGS para garantir a segurança do doente é a técnica de “ISBAR”, identificação do doente, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações.

Assim tanto na equipa do SUG, o SMI e o BO, verifiquei que todos os enfermeiros da equipa utilizam esta técnica de passagem de informação quer seja no momento de passagem de turno, na transferência de doentes para outros serviços presencialmente e telefonicamente, garantido a segurança do doente e conseqüente continuidade na qualidade de cuidados.

No SMI existem vários grupos de trabalho, havendo uma grande adesão da equipa no processo formativo do serviço. Por este motivo encontram-se em fase de acreditação pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito à Idoneidade Formativa, composto por um processo de identificação dos contextos que possuem um ambiente favorável ao desenvolvimento de processos formativos em Enfermagem.

Segundo os padrões de qualidade de cuidados de enfermagem pela OE (2015), no contexto da PSC ressalvo a política de prevenção de complicações no que diz respeito as úlceras por pressão (UPP), em que se recorre as estratégias facilitadoras do cuidar, como colchões de pressão alterna, almofadas e proteções de gel nos posicionamentos, o registo do posicionamento, e por fim a utilização do instrumento de avaliação de risco de desenvolvimento de UPP – Escala de Braden.

No BO, de maneira dar resposta ao PNSD a prestação de cuidados é de igual forma desenvolvida segundo práticas preventivas de ocorrência de erro. Realizei o acolhimento da pessoa, preenchimento da lista de conferência de admissão no BO, validando em voz alta com a pessoa: a assinatura do consentimento informado, a presença de pulseira de identificação, o cumprimento de jejum, a existência de alergias, a presença de vestuário do BO, a ausência de adornos, próteses e a realização de tricotomia quando necessário. Esta dupla verificação é realizada pelo enfermeiro que “entrega” a pessoa no BO e pelo enfermeiro que a recebe, havendo assim uma dupla confirmação, essencial à segurança do doente, uma vez que existe uma diminuição do risco de aspiração associado à não realização de jejum, o risco de queimadura por presença de adornos e próteses é diminuto, bem como a diminuição de risco de alguma reação alérgica associada à administração de fármacos.

No que diz respeito à lista de verificação de cirurgia segura, o seu preenchimento é obrigatório e realizado pelo anestesista em três momentos, antes da indução anestésica, antes da incisão da pele e no momento antes da pessoa sair da Sala de Operações (SO). Tive oportunidade de

observar o preenchimento da mesma, contribuindo assim para a redução das taxas de complicações cirúrgicas e da mortalidade (DGS, 2010).

Concluo que a homogeneização de procedimentos e protocolos bem como, a evidência de cumprimento de políticas instituídas, contribuem para as boas práticas. Promovendo a diminuição da ocorrência do erro e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo como suporte a cultura de segurança.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Segundo as competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem MC este têm a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem de acordo com a resposta da equipa multidisciplinar, adaptando a liderança e a gestão de recursos de acordo com o contexto, garantido a qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019 de 6 Fevereiro). Algo que é transversal aos três EC, é a gestão de materiais, equipamentos, medicação e *stocks* sendo da responsabilidade do enfermeiro coordenador, em articulação com os serviços de apoio, aprovisionamento, esterilização e farmácia garante um bom funcionamento do serviço a este nível acabando por ser bastante dispendioso a nível de tempo, pois muitas vezes a resposta não é tão célere quanto desejável.

Ao realizar alguns turnos com os enfermeiros orientadores na função de enfermeiro coordenador, foi evidente que todos os elementos com esta função são elementos de referência para a equipa, pela sua experiência e pela sua bagagem de conhecimentos técnicos, científicos e humanos no que diz respeito à pessoa em situação crítica; competências do foro relacional, pensamento crítico e reflexivos, que permitem identificar, agir e gerir de forma antecipatória situações de conflito e desencadeadores de stress.

A verificação de carros de apoio a procedimentos e emergência é efetuado pelo enfermeiro coordenador, que confere as *check list's* existentes, assegurando que tudo está pronto a utilizar em qualquer altura.

Uma das funções do enfermeiro coordenador no SMI é ser o elemento de ligação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, diariamente acompanha a equipa médica na visita ao doente, garantindo que toda a transmissão de informação multidisciplinar seja eficaz evitando assim perdas de informação. A prestação de cuidados tem por base o método

individual de trabalho, enfermeiro responsável, em que o principal objetivo assenta na humanização dos cuidados, pretendendo-se que estes sejam individualizados e de alta qualidade, nos quais o doente participe tão ativamente quanto possível (Costa, 2010). O enfermeiro responsável pelo doente é, salvo raras exceções, o enfermeiro que faz a sua admissão na unidade, valorizando-se o conhecimento mais aprofundado do doente, da sua situação e da sua evolução clínica, bem como, da sua família e/ou pessoa significativa. Não posso deixar de realçar a sua mais-valia para a assistência ao doente: o olhar abrangente e profundo de todas as dimensões do doente e da sua família (a nível físico, psicológico, social, profissional, espiritual, história clínica, planeamento e continuidade de cuidados). É também de realçar que apesar do uso deste método, o trabalho de equipa é uma realidade neste serviço, pois só assim é possível dar resposta às necessidades de uma pessoa em situação crítica.

Um dos objetivos da enfermeira gestora do SMI é que no ano 2021, 50% da equipa seja constituída por enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica, indo ao encontro das recomendações para as dotações seguras segundo o Regulamento nº743/2019 de 25 de Setembro. Ainda sobre cálculo das dotações de enfermeiros de unidades de nível III, o rácio enfermeiro/utente é de 1 para 1, o que não se acaba por verificar uma vez que o se encontra preconizado no SMI é um rácio de 2 doentes para 1 enfermeiro. Apesar destes números estarem longe dos ideais o espírito de entreatajuda da equipa permite colmatar esta lacuna.

A metodologia de organização do trabalho é essencial à promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Costa, 2004). No SU, o método de trabalho eleito é o de equipa, em que são lideradas pelo enfermeiro responsável. Este toma decisões tanto sobre a prestação de cuidados às pessoas que entram no SU, como todas as dinâmicas referentes aos recursos físicos e humanos. Cada equipa é responsável por todos os cuidados prestados à pessoa que está a sua responsabilidade, aqui o enfermeiro que lidera a equipa, coordena e planifica a distribuição de cuidados de maneira a serem potencializadas as capacidades de todos os membros da equipa consoante as competências e formação individual de cada enfermeiro (Parreira, 2015).

Segundo a AESOP (2006), as equipas do BO, deverão ter o número de enfermeiros suficiente e aptos a executar qualquer das funções desde apoio à anestesia, circulante, instrumentista e

um enfermeiro de recobro. Verifiquei que todos os elementos da equipa estão capacitados para executar qualquer das três (apoio a anestesia, circulante e instrumentista) vertentes dentro da sala de operações, o que acaba por facilitar a construção de horários e dos planos. A equipa de Enfermagem é composta por um total de 30 enfermeiros e gerida pela Enfermeira Chefe com apoio de um Enfermeiro Especialista. Estes são divididos pelos turnos da seguinte forma: de manhã nove enfermeiros, três no turno da tarde e dois no turno da noite.

Neste momento a equipa contém o número de elementos essenciais, havendo a correta distribuição dos três enfermeiros pelas salas nos turnos da manhã e no turno da tarde, tal como é definido pela recomendação da OE (2010) em que a presença de três enfermeiros por sala aptos em qualquer das funções de enfermeiro de apoio a anestesia, instrumentista e circulante e um enfermeiro de recobro para ocupação de três pessoas. Contudo, no turno da noite o mesmo não se verifica, não estando em conformidade com as recomendações da OE o que acaba por trazer algum constrangimento à equipa, pois nessas situações deixa de haver enfermeiro instrumentista na SO, garantido sempre a permanência em sala do enfermeiro circulante e o enfermeiro de apoio a anestesia.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O enfermeiro especialista é dotado de conhecimento específico do seu domínio, tendo como foco as respostas humanas decursivas dos processos de vidas e problemas de saúde, amparando-se do julgamento clínico e da tomada de decisão (Regulamento nº 429, 2018). A procura de experiências novas e a troca de conhecimentos resultantes da prática profissional, foram essenciais no EC, de maneira a promover a reflexão e discussão dos casos clínicos com o enfermeiro orientador.

A aquisição de competências foi realizada a partir da obtenção de novos conhecimentos e validação de conhecimentos anteriores recorrendo a pesquisa bibliográfica, partilha de experiências com a equipa de enfermagem e reflexão crítica sobre cuidados prestados. No SU, por ser semelhante à minha prática profissional por ser no mesmo contexto, permitiu observar algumas situações de outra forma, refletir e ser o motor para a melhoria da qualidade de cuidados. Uma das preocupações ao longo do EC foi “beber” todas as oportunidades, obter melhores conhecimentos, para identificar as capacidades e limitações pessoais e aprimorando a prática de cuidados na assistência à PSC.

Apesar de ser detentora de alguma experiência no cuidar do doente crítico, o ambiente em UCI foi uma nova realidade, na qual não tinha experiência, o que exigiu um empenho constante de integração e revisão de alguns conteúdos lecionados e outros que tive de pesquisar para conseguir dar resposta às situações com que me deparei.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No decorrer do aprofundar da prática e da investigação em enfermagem surgem um conjunto de competências específicas, certificando que o enfermeiro especialista possua conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizando-os nos diferentes contextos de vida e níveis de prevenção.

Segundo artigo 3º do Regulamento nº 429 de 16 de Julho (2018, p.19359) são consideradas as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista à PSC: “ cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados”. Segue-se uma reflexão crítica das competências referidas anteriormente, complementando com bibliografia.

3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA

No SU, de maneira a dar resposta esta competência e apesar de ter tido oportunidade de passar por todas as áreas, acabei por dar preferência à sala de emergência. Na área vermelha ou sala de emergência existe um enfermeiro distribuído, por norma, um dos elementos mais diferenciados da equipa quer pela sua experiência profissional quer pelo seu conhecimento avançado. Devido a situação clínica da PSC é essencial o conhecimento de sinais de instabilidade e de falência orgânica, isto implica aquisição de conhecimentos e habilidades específicas (Baggio, Callegaro & Erdemann, 2008). Assim as ações do enfermeiro na sala de emergência precisam de ser eficientes e eficazes.

A procura do saber ser, do saber fazer, do saber-saber, envolve um grande investimento dos profissionais de enfermagem, uma vez que no SU, muito mais do que nos restantes serviços, espera-se que o enfermeiro seja detentor de uma panóplia de conhecimentos, práticas e habilidades (Azinhaga, 2014). Apesar de a realidade ser semelhante à minha, penso que foram um conjunto de momentos de treino a enaltecer, no que diz respeito à observação e

antecipação de sinais de instabilidades e sinais de alerta. Focando o meu pensamento, observação e atuação segundo a sigla “ABCDE”, estabelecida pela *American College of Surgeons*, reconhecido e recomendando em Portugal desde o ano de 2008 (*American College of Surgeons*, 2008).

Torna-se essencial o conhecimento dos diversos algoritmos e protocolos vigentes ao SU, de maneira a prestar cuidados de qualidade. Tive oportunidade de observar e intervir em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e posterior realização de um briefing com o enfermeiro orientador. Conjuntamente concluímos que existia uma tardia distribuição de tarefas acabando por protelar todos as tarefas inerentes ao algoritmo de PCR e por consequência uma falta de liderança. A liderança e a distribuição de tarefas são consideradas componentes fundamentais durante uma PCR, pois influenciam a eficiência da reanimação (Mellick & Adams, 2009). De maneira a solucionar esta situação, nas últimas situações de PCR, foi realizada um briefing final com todos elementos para que em conjunto refletissem sobre as suas ações e construíssem processos de melhoria de práticas nas futuras situações semelhantes.

Relativamente aos protocolos de atendimento imediato, encontram-se implementados no SU: a Via Verde Coronária, Via Verde Trauma, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde Sépsis, na prática a qual que mais contatei foi a ativação da Via verde AVC e a Via Verde Trauma, tendo possibilidade de prestar cuidados a este tipo de doentes.

A dor é considerada como um dos principais motivos de vinda ao SU (Pretorius, Searle, & Marshall). Por ser subjetiva, multidimensional torna-se difícil obter uma definição, acabando por ter um grande impacto na PSC e no seu cuidador ou família. Definida pela OE citando McCaffey (2008) como sendo algo que a pessoa refere, a sua vivência, e estando presente sempre que a pessoa refere a mesma, podendo contribuir para o aparecimento de complicações no momento de estabilização da PSC, reduzindo o conforto e o bem-estar da pessoa (Regulamento nº 429/2018 de 16 Julho).

A avaliação da dor no SU é um processo que exige perícia e treino, havendo algumas ressalvas neste ambiente, que podem refletir a natureza da urgência da situação da pessoa e da falta de tempo para avaliação, sendo por isso fundamental a inclusão precisa da dor, de maneira a ser prestados cuidados de qualidade direcionados a esta (Grupo Português de Triagem, 2010).

O primeiro contato da pessoa com dor, é feito na triagem, em que através da queixa (intensidade e características da dor) do doente, o enfermeiro responsável pela triagem, seleciona o fluxograma mais adequado seguidamente do discriminador. Posteriormente existe uma reavaliação e registo durante a permanência da pessoa no SU. Um aspeto importante na avaliação da dor é para além das manifestações verbais, ostenta uma coletânea de manifestações de carácter fisiológico tais como: taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea, podendo agravar de grosso modo a PSC (Freitas, Vieira e Torres, 2009). No EC, observei que a avaliação e registo da intensidade da dor é realizada de forma sequencial, regular, sendo as escalas mais utilizadas no SU a escala numérica e a de faces; recorri a medidas farmacológicas e não farmacológicas como o posicionamento, crioterapia para o alívio da dor.

No caso do SMI, igualmente a avaliação da dor pelos enfermeiros, é uma das intervenções constante, apesar das pessoas internadas maioritariamente estarem sob sedação e analgesia e ou terem esquema terapêutico analgésico segundo protocolo do serviço. A escala utilizada é a *Behavior Pain Scale* (BPS), avaliada em pessoas sob sedação de 4 em 4 horas, ou quando necessário, proporcionando uma vigilância atenta. Foi desafiante conseguir identificar na PSC sedada, que é incapaz de se expressar verbalmente, contudo existem várias componentes que nos permitem identificar a presença da dor neste tipo de doentes. Assim, baseando-se em três componentes comportamentais como a expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória, conseguimos avaliar a dor nos doentes sedados (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013). Na pessoa não sedada utiliza-se a Escala Visual Analógica, que permite a avaliação contínua da dor. De maneira a aliviar a presença de dor neste tipo de pessoas, há a promoção do bem-estar através de medidas não farmacológicas como o posicionamento, a massagem para alívio de zonas de pressão, bem como, a presença de colchões de pressão alterna.

No pós-operatório imediato o controlo da dor é um dos cuidados constantes pelos enfermeiros da UCPA, não existindo a necessidade da aplicação de algum protocolo de analgesia pela presença de um médico permanente, sendo solicitado a prescrição de analgesia sempre que a pessoa manifesta dor. A presença de dor desequilibra a função fisiológica, e de maneira a evitar esta situação é necessária uma avaliação rigorosa da mesma (intensidade, localização, tipo e frequência) para que haja uma intervenção precoce e direcionada,

recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas como a gestão do ambiente físico, promoção de conforto e diminuição da ansiedade (Baehring & McCorkle, 2012). Tive oportunidade de prestar todos cuidados quer farmacológicos como não farmacológicos, dando primazia à alternância de posicionamento quando possível, promovendo o conforto, a diminuição da intensidade da luz de maneira a promover o bem-estar contribuindo para a redução da ansiedade.

Outra competência relacionada com este domínio é a comunicação interpessoal fundamental no estabelecimento de um ambiente e relação terapêutica com a pessoa/cuidador/família face à complexidade do estado de saúde da PSC. No SU tive oportunidade de estar algumas vezes no gabinete de informações, constatei que o enfermeiro desenvolve ações de forma autónoma, informa o acompanhante sobre o estado do doente, podendo acompanhá-lo até à área que estiver alocado de maneira em proceder em conformidade com a Lei nº 15/2014 de 21 de Março, artigo 12.º. (p.2128) em que “todo o cidadão admitido no serviço de urgência tem direito a ser acompanhada por uma pessoa por si indicada” se o serviço assim o comportar. Todo o acompanhante têm direito a ter “informação adequada em tempo razoável sobre o doente, salvo se houver indicação expressa em contrária pelo doente”. Assim o enfermeiro do gabinete de informações, facilita a comunicação entre a pessoa e familiar/cuidador, permite a transmissão de informações importantes e relevantes da situação clínica desde que haja uma autorização prévia da pessoa (consciente e com capacidade de decisão) e sempre que necessário e possível encaminham para o médico assistente (Procedimento Interno, 2018). Tendo assim uma componente de responsabilidade ética e legal associada.

A PSC internada no SMI envolve cuidados complexos, e a sua instabilidade, bem como o risco de manutenção da vida é uma realidade constante. Esta tipologia de pessoa está em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existente ou potenciais (Urden, Stacy & Lough, 2008). Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, há que conhecer em primeira instância as entidades clínicas subjacentes à situação de doença. Só assim, poderemos planear a intervenção especializada da pessoa e/ou da família a vivenciar os processos complexos de adaptação, auxiliando nas suas transições com vista ao restabelecimento do seu bem-estar. Como Meleis (2010) refere, as pessoas que experienciam transições tendem em ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar,

tornando-se assim um desafio para os enfermeiros perante as necessidades de suporte nos processos de transição adequar as intervenções de maneira a proporcionar a sua estabilidade e bem-estar. O estabelecimento de prioridades nestes doentes é uma constante, exige atenção permanente e um evocar da diferenciação dos cuidados recorrendo à evidência científica, nunca esquecendo da individualidade da pessoa humana na sua complexidade.

Acompanhei as várias fases do processo de internamento no SMI, desde a admissão até ao momento de alta para outro serviço de internamento. Participei na admissão da PSC, que pressupõe a prévia preparação da unidade, com material para implementação de monitorização invasiva, verificação do funcionamento das rampas de Oxigénio e ar comprimido, ventilador, bombas e seringas perfusoras.

A monitorização hemodinâmica invasiva é uma realidade no SMI, o enfermeiro têm a responsabilidade de fazer uma correta avaliação dos parâmetros resultantes da monitorização hemodinâmica invasiva, analisando todos os fatores que possam contribuir para leituras erradas, estando sensibilizado para sinais de alarme e de maneira a sistematizar a informação recolhida recorre à observação sistematizada e imediata da pessoa. Assim, através da interpretação, análise de dados e observação da pessoa asseguram a melhoria do ato de cuidar da PSC, possibilitando a sua melhoria (Venturi, *et al.*, 2016). Tive a possibilidade de desenvolver competências técnicas e científicas associadas à monitorização da pressão venosa central e na pressão arterial invasiva.

A ventilação mecânica invasiva caracterizada pela substituição da respiração espontânea do doente por meio da ação de um ventilador conectado a uma via artificial, ao tubo orotraqueal (TOT) (Cruz & Martins, 2019). É uma realidade no SU, tendo sido um dos focos da minha atenção, uma vez que o escasso contacto a nível temporal não me permitia sentir uma completa segurança e confiança nesta aérea. Através da pesquisa e revisão dos conteúdos lecionados, mais precisamente dos modos e parâmetros ventilatórios, sinto-me mais capacitada. Foi possível intervir diretamente na manutenção dos cuidados à pessoa com ortótese ventilatória, antecipando problemas e exposição a riscos, através da correta higienização oral, utilizando a técnica asséptica na aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal (TOT), o correto posicionamento, identificação de sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma constante monitorização da função

respiratória e avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação, bem como na suspensão de ventilação de suporte, passando para ventilação espontânea.

O transporte intra-hospitalar é uma constante no SMI, uma vez que a PSC necessita de realizar alguns meios complementares de diagnóstico que implicam a saída do serviço. Presenciei e participei num transporte intra-hospitalar para realização de Tomografia Axilar Computorizada (TAC), é evidente todo um planeamento que antecede o momento da saída, desde o agendamento preciso da hora, à articulação com o serviço, bem como a gestão de todos os recursos materiais necessários a este procedimento.

Nessa situação em específico pareceu-me terem sido respeitadas todas as fases do processo de preparação para o transporte, embora saliente uma ligeira falha de comunicação entre o médico da unidade e o que iria realizar o exame, que podia ter comprometido o sucesso do transporte, pois fez com que a PSC estivesse muito tempo fora da unidade, aumentando a probabilidade de ocorrer complicações. Ou seja, será no planeamento que reside uma grande ação por parte do enfermeiro no sentido de tentar coordenar pessoas e materiais, equacionando o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção sendo este um dos pontos-chaves do sucesso de um transporte (Ordem dos Médicos, 2008).

A AESOP (2016) caracteriza a UCPA como um espaço físico localizado dentro do BO, composto por vários meios técnicos e humanos adequados e destinados à vigilância e monitorização da pessoa em período de recobro pós anestésicos. O enfermeiro na UCPA intervém na deteção precoce de sinais, sintomas de alarme e tratamento daquelas que não forem evitáveis, prevenção de complicações inerentes da anestesia ou da cirurgia, promovendo o equilíbrio fisiológico e o retorno das capacidades funcionais, de forma rápida, num ambiente de segurança e conforto (AESOP, 2006). A avaliação da pessoa deve ser feita de forma rigorosa, organizada e repetida, de maneira a identificar de forma evidente pequenas alterações ou desvios daquilo que será exetável (Monahan, Sands, & Neighbors, 2010)

Durante a prestação de cuidados na UCPA, refleti sobre os cuidados prestados e as respetivas tomadas de decisão, mobilizando conhecimentos adquiridos pela observação, avaliação primária e secundária permanente ao doente no pós-operatório, monitorização da estabilidade fisiológica da pessoa, antecipação e prevenção de possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas, bem como, a atuação imediata quando estas surgiam. Assim,

identifiquei focos de instabilidade, priorizando a atuação para posterior tomada de decisões eficazes e eficientes e avaliação das respostas aos problemas identificados. Todas estas avaliações eram complementadas e validadas em registo de enfermagem no sistema informático, S Clínico.

A intervenção cirúrgica pode desencadear medo e ansiedade no período peri operatório devido às preocupações relacionadas com a própria intervenção e possíveis mudanças que poderão acontecer decorrentes desta (Gomes, Melo, & Vasconcelos, 2014). Neste contexto, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, por forma a minimizar a ansiedade perante um contexto que se apresenta como desconhecido. Contudo, no BO o contacto com acompanhante/família é restrito, sendo exceções alguns casos específicos tais como: pediatria, ou algum adulto com alterações cognitivas. Neste caso presenciei a situação de um jovem adulto com oligofrenia, que antes mesmo da cirurgia a equipa agilizou com o cuidador a presença do mesmo na UCPA, tendo sido proporcionado um lugar para este, o que contribuiu para diminuir a ansiedade da pessoa em causa. De ressaltar a notória a diferença de atitude e redução do medo e da ansiedade perante a presença da pessoa significativa num contexto novo para o jovem.

Durante as intervenções cirúrgicas tive oportunidade de colaborar nas funções como enfermeiro de apoio a anestesia, tendo a possibilidade de preparar, identificar e administrar os diversos fármacos sob supervisão do enfermeiro orientado e do médico anestesista. Havendo uma dupla confirmação na administração de fármacos, sendo verbalizada pelas duas partes (enfermeiro e anestesista) prevenindo assim erros na administração de terapêutica, contribuindo para manutenção de segurança do doente estando igualmente alerta para qualquer alteração ao nível da estabilidade hemodinâmica, temperatura, do padrão tensional, cardíaco e respiratório. A este nível numa das intervenções cirúrgicas, detetei uma alteração da temperatura, considerada hipotermia. A Hipotermia é um fenómeno que ocorre em cerca de 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgia (AESOP, 2017). Surge devido a alterações na termorregulação, pelo efeito do anestésico responsável por 20% da produção metabólica de calor, mas também pela temperatura ambiente da sala, pois é um ambiente tendencialmente frio (Lopes, Magalhaes, Sousa, & Araujo, 2015). Esta acarreta implicações na recuperação da cirurgia tais como o atraso da recuperação da ferida cirúrgica,

complicações cardíacas, aumento da hemorragia e prolongamento do efeito dos fármacos anestésicos (Plessis, 2016). Por consequência resulta no aumento de permanência prolongada no hospital e aumento dos custos em saúde (Baehring & McCorkle, 2012).

Assim, segundo as recomendações da AESOP (2017), a temperatura das salas operatórias devem compreender os valores de 20°C – 25°C, uma vez que todos os fatores devem ser mantidos de maneira a proporcionar a manutenção ou recuperação da normotermia. Definida pela Associação Enfermeiros Sala Operações Portugueses (2017) como a variação normal de temperatura central entre 36°C e 38°C. Esta resulta de uma harmonia entre o ganho e perda de calor, por este motivo é necessário a conservação durante o período peri-operatório (Azenha, et al., 2017). É indispensável a implementação de medidas preventivas, para isso é necessário um planeamento prévio por parte da equipa, baseando-se em novas tecnologias e criação de protocolos baseados em evidência científica para garantir a segurança da pessoa submetida ao procedimento cirúrgico (Souza, Gonçalves, & Alvarez, 2019).

A hipotermia peri-operatória é desencadeada maioritariamente na fase intraoperatória, pois é posterior à indução anestésica que existe uma maior exposição da área cirúrgica (AESOP, 2017). Assim as recomendações prendem-se com: o conhecimento da equipa cirúrgica sobre os riscos individuais da pessoa; monitorização contínua da temperatura em caso de hipotermia, em caso de normotermia deve ser avaliada pelo menos de 15 em 15 minutos; aplicação e compreensão do nível de conforto térmico intraoperatório em contexto de anestesia loco-regional; monitorização de sinais e sintomas de hipotermia; manutenção da temperatura ambiental entre 20-25°C; manutenção de normotermia através de isolamento térmico. Para reversão do quadro foi colocado aquecimento ativo e passivo, de maneira a promover a normotermia, e embora a boa resposta aos cuidados prestados, estes podiam ter sido realizados previamente de maneira a que não existisse hipotermia.

O enfermeiro circulante tem como foco da sua prestação de cuidados a equipa cirúrgica, o ambiente, a prevenção da infeção, a organização da SO e o risco inerente aos procedimentos realizados no BO, promovendo assim a segurança da equipa, e da pessoa (AESOP, 2006; OE, 2004). Planeia e gere as atividades externas da área esterilizada, preparando, organizando e gerindo a sala para a cirurgia. Colabora diretamente com o enfermeiro instrumentista fornecendo material para a mesa de instrumentação e na gestão de material e equipamentos

necessários ao procedimento cirúrgico (contagem de compressas colocadas na mesa de instrumentação e a posterior confirmação destas antes do encerramento da ferida cirúrgica), fazendo respeitar os princípios da técnica asséptica e garantido as medidas de segurança da pessoa e da equipa no que diz respeito aos possíveis riscos ambientais, biológicos, radiológicos. Segundo a AESOP (2006), esta contabilização deverá envolver dois elementos da equipa. Tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro circulante, na organização de todo o material, na verificação da sua funcionalidade e no correto posicionamento da pessoa, conclui que este é o grande gestor quer de procedimentos, quer de material/equipamentos e de possíveis eventos adversos e que sem ele não seria possível garantir a segurança da pessoa e da equipa.

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Segundo a OMS (2009), catástrofe é definido “como um acontecimento natural ou provado pelo homem, cuja ameaça pode justificar a necessidade de socorro de emergência, nos quais grandes danos são acompanhados de trágicas perdas de vidas humanas e grande número de vítimas”. Podendo surgir de forma súbita e inesperada, sendo por isso fundamental um planeamento de forma sistemática e integrada, para uma resposta eficaz ao nível da emergência (DGS, 2010). Assim, na eventualidade de ocorrência de uma catástrofe é imprescindível uma resposta eficiente através da atuação e utilização dos recursos existentes.

O plano de emergência trata de um conjunto de intervenções preventivas institucionais, tendo como objetivo protocolizar a gestão de situações de emergência e reposição das condições de normalidade (Ferreira, 2004).

O plano de catástrofe do CHL pode ser ativado em três níveis, dependendo da gravidade da situação. Existindo uma reorganização das áreas dependendo do nível do plano de catástrofe que é acionado. Existe um gabinete de coordenação das equipas e tarefas, o gabinete crise, onde se encontra todo o material de apoio para ser usado em situações de catástrofe. As vítimas são triadas segundo os algoritmos de avaliação primária e secundária da Triagem de Manchester, de maneira a determinar as prioridades assistenciais. Isto é feito recorrendo aos “kits de Triagem”, guardados no gabinete de crise do SU, constituídos por um impresso de catástrofe devidamente numerado, quatro pulseiras das respetivas cores (vermelho, verde,

amarelo e preto), requisições de análises de sangue, ecografia, radiografias numeradas, envelope e impresso de espólio numerado. É de extrema importância que todos os enfermeiros do SU tenham conhecimento do plano de emergência ao pormenor e participem em simulacros e *tabletops* proporcionados pela instituição (Ponte, 2013). De notar que no SUG no último ano foram realizados dois *tabletops* (planta e bonecos) e um simulacro.

As situações de emergência e catástrofe são fenómenos sem momento certo para ocorrerem, e devido a essa inconstante os enfermeiros deverão ter conhecimento e experiência para agirem adequada e prontamente no momento de aparecimento destas. À data, está em construção uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar constituída por médico e enfermeiro, tendo como objetivo responder a situações de emergência que ocorrem no CHUC Pólo HUC, uma vez que o que acontece até ao momento, na ativação deste meio. Este é um projeto que está a ser desenvolvido por um grupo de trabalho de enfermeiros do serviço.

No que diz respeito ao plano de emergência interno, encontra-se em atualização, pelo fato de ter havido uma reorganização do espaço no serviço. Por esse motivo o que está definido é que o enfermeiro coordenador gira a situação em prol da equipa e dos doentes.

No que remete ao plano de emergência externo, toda a equipa têm conhecimento do plano de emergência, tendo sido feito uma atualização no ano de 2019. Para alcançar este objetivo contribuíram as reflexões com enfermeira orientadora, que me deu a conhecer o plano de emergência externo.

Uma vez que estas situações não são de carácter diário, mas poderão surgir no momento inesperado, é necessário a existência de um plano de emergência externo (PEE) em que em conjunto com o plano de emergência interno, possibilite a aquisição e melhoria de conhecimento e ações neste tipo de situações. No HDFF, todos os elementos das equipas receberam formação na área no ano de 2018, realizado pelos Bombeiros Municipais da Figueira da Foz sobre o PEE.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 Julho, o enfermeiro especialista participa na conceção e no planeamento, tendo um papel de extrema relevância na adequação das respostas as situações de catástrofe, emergência e exceção. Assim, os enfermeiros deverão

compreender de forma pormenorizada o PEI, bem como a participação em simulacros, sessões de formação proporcionados pela instituição (Ponte, 2013).

O hospital pode adotar dois tipos de ação no decorrer de uma catástrofe ou emergência multivítima, o de vítima ou de elemento da resposta a uma catástrofe, sendo este final o que a comunidade espera da resposta hospitalar.

3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRTÍTICA OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Segundo a DGS (2007) as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) é um problema de saúde pública de extrema importância, constituem uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde pois a sua prevalência oscila entre os cinco e dez por cento, acarretando elevados custos.

A abordagem à PSC, implica procedimentos invasivos em que a não execução das boas práticas podem levar ao aumento significativo do aparecimento de IACS. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções nosocomiais decorrem da prestação de cuidados de saúde e são seguramente evitáveis (Silva, 2008). Para isso é necessário adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, que exigem envolvimento, responsabilização e mudança de comportamentos dos profissionais (Costa, 2011). A existência do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências a Antimicrobianos (GCL – PPCIRA) em todos os hospitais torna-se insuficiente uma vez que o papel do controlo das IACS não depende só destes, mas de todos os profissionais de saúde da instituição, contribuindo para diminuição da taxa de prevalência. As medidas simples, como a higienização das mãos, o uso e seleção correta dos equipamentos de proteção individual, são fundamentais na mudança de comportamentos (Costa, 2011).

De maneira a contribuir para melhoria da prestação de cuidados, pesquisei ao longo do EC sobre as *bundles* para os diferentes procedimentos. Muitas das vezes no SU acaba por existirem dificuldades no cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção pois neste contexto existe a sobrelotação dos doentes, bem como a sua constante movimentação entre áreas. Denoto que existe um grande esforço pelos enfermeiros e assistentes

operacionais em cumprir as medidas de lavagem e desinfeção das mãos e correto uso dos Equipamentos Proteção Individual (EPI).

Quando existe necessidade de colocar uma pessoa isolada, existe um cuidado acrescido de maneira a garantir o cumprimento deste ato, sendo então deslocada para o quarto de isolamento na área laranja ou numa das restantes áreas colocado numa box mais afastada das restantes, se a situação clínica assim o permitir. Na área amarela a unidade número dezoito apresenta separadores de vidro, em substituição habituais cortinas de tecido, localizado numa zona fora do circuito de passagem de doentes. Contudo com uma lotação superior a cem doentes por turno, dificilmente se consegue obter isolamentos adequados e distâncias seguras de outros doentes.

A elevada taxa de prevalência de IACS contribui para o exponencial aumento dos custos associados aos cuidados de saúde e a elevada mortalidade (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010). É por isso considerado um dos mais importantes fatores de qualidade nos cuidados de saúde. Segundo a DGS (2017a) a maioria das IACS são resultantes de infeções cruzadas adquiridas através das mãos dos profissionais de saúde, sendo que o procedimento capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismo é a correta higiene das mãos.

De maneira a que seja promovida a missão e objetivos do PPCIRA o serviço apresenta para além de um grupo de trabalho, um elo de ligação com Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL – PPCIRA), verificando-se esta realidade nos três serviços de EC.

No SMI todos os elementos da equipa estão sensibilizados, respeitando os cuidados de assepsia necessários em todos os procedimentos (desde aspiração de secreções, preparação de nutrição parentérica, realização de tratamento a feridas e locais de inserção de CVC, LA ou transdutor), realizando de forma frequente a higienização das mãos e/ou fricção alcoólica nos cinco momentos prévios e posteriores ao contato com a pessoa, os seus fluidos e o seu ambiente.

As medidas direcionadas para prevenção de IAC implementadas no SMI, tais como a presença de solução alcoólica em cada unidade do doente, o sistema automático de dispensador de sabão e água para lavagem das mãos; a utilização frequente de EPI sempre que necessário; a correta higienização e desinfeção da unidade do doente após alta; o uso de desinfetante com

constituente a Clorohexidina a 2% para o manuseamento dos sistemas de monitorização hemodinâmica invasiva (colheitas de sangue; CVC; LA; sistemas com obturadores); a individualização do equipamento e materiais para utilização específica da unidade (termómetro, glucómetro, estetoscópio), não havendo partilha destes pelas outras unidades, evitando assim possibilidade de aparecimento de infeções cruzadas. De notar o fácil acesso aos EPI, que se encontram no centro do serviço e nas adufas de cada quarto de isolamento.

No que diz respeito aos feixes de intervenção de prevenção de pneumonia associados à entubação orotraqueal, em que se encontra preconizado a redução diariamente da sudação, manter a cabeceira elevada superior ou igual a 30º; realizados de cuidados de higiene horal pelo menos 3 vezes por dia com solução de Clorohexidina e manter a pressão do balão endotraqueal entre 20-30 cmH₂O, são intervenções que fazem parte da prática diária do SMI estando assim em conformidade com as recomendações da DGS (2015b). Os restantes feixes de intervenção: a remoção do CVC ou da LA, a extremidade distal é enviada para análise, para despistar alguma infeção que poderá estar associada a este, no que diz respeito aos cuidados inerentes ao manuseamento do CVC, diariamente é preenchido um impresso com os dados inerentes aos cuidados prestados (técnica, características), estando conforme o protocolo padronizado a nível europeu pelo *European Centre Disease Prevention and Control* (Direção Geral de Saúde, 2015b). Relativamente às recomendações da DGS no que diz respeito aos feixes de intervenção para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, são implementadas no SMI (DGS, 2015c). Estando em conformidade com a vigilância epidemiológica inserido no Programa Nacional de Prevenção e controlo de IAC.

É recorrente à PSC se encontrar em isolamento por ter sido identificado algum microrganismo, por esse motivo todos os doentes são identificados mediante a realização de rastreio séptico aquando da admissão, após realização das zaragatoas, urocultura e hemoculturas, sendo identificado com fita colorida (o tipo de isolamento correspondente a cada cor) no chão, o tipo de isolamento e colocado fora da área delimitada os EPI. A implementação de medidas de isolamento, constituem-se medidas adicionais às precauções básicas e tem em consideração as vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas) (DGS, 2007).

De ressaltar a limpeza, descontaminação e desinfecção do SMI que é garantida pelos assistentes operacionais, tendo um plano diário para executar este tipo de tarefas, garantindo a execução dos princípios básicos e contribuindo para o controlo de infeção.

Referente às visitas, são cumpridas as políticas de controlo de infeção na fase de entrada no serviço, onde realizam a fricção com solução alcoólica na entrada do SMI, posterior colocação de bata e proteção de pés, antes da entrada da unidade realização a higienização das mãos e na saída após retirada do EPI, realizar nova fricção com solução alcoólica. Durante o EC tive oportunidade de acompanhar a família à respetiva PSC e explicar todos os procedimentos que deveriam decorrer até, durante e ao fim da visita, incentivando assim ao cumprimento das normas de segurança e incentivando a família ao correto cumprimento das mesmas.

O controlo de infeção no BO é uma prioridade, dado à sua especificidade, complexidade e diferenciação de cuidados é essencial a adoção de boas práticas. Existem diversos momentos em que poderá haver contaminação da pessoa através do local cirúrgico, acessos venosos, utilização de dispositivos invasivos daí ser imprescindível o cumprimento das precauções básicas da higiene das mãos, ambiente e isolamento para que haja prevenção e controlo de infeção contribuindo para um ambiente seguro (Patrick & Rodney, 2013).

Há uma preocupação constante de toda a equipa para que sejam cumpridas as medidas de controlo e prevenção da infeção, um dos indicadores de qualidade para o BO é a taxa de infeção no local cirúrgico. Segundo Fragata (2010), esta deve-se a causas como a desinfecção do local feita de forma inadequada, deficitária técnica cirúrgica, deficiente profilaxia antibiótica, concluindo que este tipo de infeção poderá ser drasticamente diminuído quando a profilaxia é realizada até 60 minutos antes da realização da incisão. A assepsia local, técnica cirúrgica adequada, a manutenção da temperatura intraoperatória e pós-operatória, controlo da glicémia, preparação da pele e o uso de tricotomia, contribuem para uma melhoria dos resultados reduzindo significativamente a taxa de infeção (Fragata, 2010).

Dando cumprimento ao feixe de intervenção da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (PPCIRA) um deles é a avaliação da adesão ao feixe de intervenções para a prevenção da infeção no local cirúrgico. Como tal, tive a oportunidade de participar num dos quatro momentos de vigilância propostos pelo Grupo Coordenador Local do PPCIRA. Este foi realizado durante cinco dias a todas as pessoas intervencionadas em cirurgia programada e

ambulatório, com posterior preenchimento de um formulário que acompanhava o doente. Denotei por parte da equipa uma preocupação acrescida com o preenchimento do formulário, uma vez que na prática diária os restantes cuidados são inerentes às ações praticadas.

Existem vários fatores que condicionam o aparecimento de infeção no local cirúrgico tais como o ambiente, o vestuário dos profissionais, os campos cirúrgicos, a assepsia e a técnica cirúrgica (DGS, 2013). O uso do vestuário próprio e cumprimento das regras de fardamento contribui para o controlo de infeção e para assepsia progressiva.

No decorrer do EC tive oportunidade de identificar alguns aspetos de incumprimento das regras de fardamento, nomeadamente a utilização de adornos, bem como o correto fardamento de circulação dentro do BO. Nestas situações existiu sempre o cuidado de um elemento da equipa de enfermagem alertar, de forma gentil e assertiva, a extrema importância do correto fardamento para a prevenção de infeção, sendo retificado de imediato.

Observei a descontaminação dos equipamentos e limpezas das salas após a saída do doente para a UCPA, havendo um cumprimento rigoroso dos protocolos instituídos. Existindo em todas as salas e corredores soluções alcoólicas para a higienização das mãos. Respeitei sempre os circuitos definidos dentro e fora das SO, de maneira a minimizar o risco de infeção. Segundo a União Nacional de Associações de Enfermeiros do Bloco Operatório (UNAIBODE) (2001) o conhecimento e realização dos circuitos pré-definidos é indispensável para o estabelecimento da assepsia progressiva, composta por uma circulação controlada, limitada com barreiras para a equipa, pessoas e materiais, em que a circulação é feita das zonas mais limpas para as menos limpas, bem como, a passagem de ar é feita de igual maneira (AESOP, 2013) contribuindo para o objetivo primordial, a assepsia progressiva, em que se obtêm o nível de assepsia mais elevado possível para a incisão cirúrgica.

Considero ter cumprido esta competência ao longo dos EC tendo sempre como base de pensamento o impacto que as IACS têm sobre os cuidados de saúde, estando ciente para prováveis mudanças de atuação dos profissionais.

PARTE II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é considerada como uma investigação secundária complexa, reprodutível que tem como metodologia sintetizar recorrendo a literatura primária, compilar todas as evidências existentes de determinada temática, auxiliando-se de uma fonte secundária de dados (Pearson *et al.*, 2014). A segunda parte deste documento refere-se ao caminho metodológico da RSL denominada por “ações paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto de serviço de urgência”.

1. CUIDADOS PALIATIVOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Assistimos, anualmente, a uma alteração demográfica onde a população é cada vez mais envelhecida e a sua longevidade cada vez maior, fruto de uma grande oferta a nível de cuidados e tratamentos, do desenvolvimento de recursos tecnológicos, investigação e humanos. Como resultado, existe um aumento das doenças crónicas e um acréscimo significativo dos doentes que não têm cura (Pereira, 2010).

Com as diversas alterações a nível demográfico e tecnológico que ocorrem em toda a Europa, os cuidados paliativos surgem com importância acrescida, de maneira a centralizar a sua ação na prestação de cuidados nos doentes e suas famílias, o que requer uma reorganização de serviços, que permitam a acessibilidade de cuidado no tempo e locais certos (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 14)

Os cuidados paliativos afirmam a vida e a aceitação da morte, como um processo natural, desta maneira não pretendem provocá-la, atrasá-la através da eutanásia ou da obstinação terapêutica; por outro lado, promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, sendo por isso necessário a formação das diferentes áreas e uma prática de cuidados de saúde interdisciplinar (Henriques & Oliveira, 2011).

Citando Twycross (2003); PNCP (2004) existem quatro domínios que viabilizam a aplicação de cuidados paliativos: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. Devendo ser encarados com uma perspetiva igualitária, pois não é possível prestar cuidados paliativos sem ter uma visão global. Existem várias estruturas para prestação de CP, divergindo de acordo com o local onde é feita a prestação de cuidados, podendo ser no domicílio, em instituições hospitalares e unidades de CP.

A prestação de CP tem como base modelos de gestão, garantindo eficácia e eficiência de cuidados tendo sempre como primazia a satisfação das pessoas, de maneira a otimizar recursos locais e regionais, de acordo com a lei de bases de saúde. Assim surgem equipas locais de CP compostas por unidade de cuidados paliativos (UCP), equipas Intra-hospitalares de suporte de CP (EIHCP) e equipas comunitárias de suporte de CP (Lei nº52/2012 de 5 Setembro).

Segundo a Lei Bases Cuidados Paliativos (2012) a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) “é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa. Deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado. As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas, nomeadamente na área das doenças oncológicas, neurológicas rapidamente progressivas, da infeção VIH e na área pediátrica. Podem diferenciar-se ainda em razão do desenvolvimento de atividades de docência e de investigação, devendo neste caso estar sediadas em hospitais centrais ou universitários” (Lei nº52/2012 de 5 Setembro).

Em Portugal, os CP ramificam-se em dois níveis de diferenciação, a abordagem paliativa e os cuidados paliativos especializados, tratando-se de uma competência essencial na resolução de necessidades inerentes às pessoas com doença grave e/ou avançada e progressiva, devendo ser transversal a todos os profissionais de saúde agindo segundo ações paliativas, intervenções com uma resposta estruturada, específica e organizada (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

O plano estratégico clarifica que o primeiro nível de diferenciação é da responsabilidade de todos os profissionais que prestam cuidado em unidades, em que a prevalência de doentes paliativos é alta, já o segundo nível de diferenciação exige profissionais com formação avançada em CP, com respetivo ensino clínico em unidades e/ou equipas de CP certificadas (CNCP, 2017).

As EIHC são definidas pela sua equipa multidisciplinar composta por enfermeiro e médico com conhecimento avançado na área, tendo com principais objetivos o aconselhamento e apoio diferenciado a doentes, às suas famílias e a outros profissionais e serviços hospitalares; elaboração de um plano individual de cuidados a doentes internados incluídos neste tipo de cuidados (doentes em situação de sofrimento fruto de uma doença grave ou incurável, fase avançada e progressiva, prognóstico de vida limitado) (Lei nº 52/2012 de 5 Setembro).

A prestação de cuidados tem como objetivo primordial a diminuição do sofrimento inerente ao processo de doença incurável e da morte, para tal é realizada uma abordagem holística e personalizada sobre as necessidades do doente e da sua família ou cuidador. A visão dos CP preocupa-se com o doente e menos com a doença, pois o foco é melhorar a qualidade de vida

deste. A qualidade de vida é feita através de uma avaliação multidimensional e individual, caracterizada pelo bem-estar individual em todas as dimensões (física, psicológica, espiritual e social) (Passos, 2015).

Assim, a OE publica um catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) referente aos cuidados paliativos para uma morte digna, de maneira a desenvolver planos de cuidados e documentação das intervenções de enfermagem neste âmbito segundo, diagnósticos, resultados e intervenções em três diferentes subtemas que são as preocupações relacionadas com a doença (explorando os níveis de independência e as perturbações relacionadas com a doença); repertório de preservação da dignidade onde se incluem as perspectivas de conservação de dignidade e práticas de conservação da dignidade e por fim o inventário da dignidade social (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O SU é frequentemente caracterizado como o departamento de entrada no hospital, tendo como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Segundo a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência este serviço é dotado de intervenções de avaliação e correção em curto espaço de tempo (curativo ou paliativa) (Lei nº52/2012 de 5 Setembro).

Muitos dos doentes que recorrem ao SU não necessitam de uma abordagem curativa ou de intervenção em suporte de vida. De grosso modo, estas pessoas apresentam uma doença crónica terminal ou uma patologia aguda incompatível com a mesma (Martins, Agnes, & Sapeta, 2012). Após resolução do motivo da vinda e a carecer de CP é referenciado pelo médico ou enfermeiros para EIHCP, de maneira a dar soluções às necessidades e preocupações do doente e da sua família ou cuidador.

A integração dos CP no SU apresenta grandes benefícios para o doente, como a melhor qualidade de vida no final da vida, adequando o tratamento tendo como base o controlo de sintomatologia e por fim uma morte digna. Para além disto ainda permite que ao nível de sistema de saúde haja uma melhoria na assistência, na redução de custos, no tempo de permanência no SU e menos internamentos, culminando com uma satisfação por parte do doente e da família (Freixes, Oliva & Tamarit, 2016).

Relativamente a realidade dos serviços de urgência em Portugal, Sapeta e Lopes (2007) referem que a resposta dos serviços de urgência a doentes com necessidade de cuidados

paliativos é deficitária pois o número de equipas de CP é muito reduzido, pelo que, por esse motivo os doentes acabam por viver os seus últimos dias nos hospitais, em serviços não especializados, pouco preparados para a transição do contexto curativo para o paliativo, como é o caso dos SU.

1.1. AÇÕES PALIATIVAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ao nível europeu, a associação de cuidados paliativos (EAPC) propõe uma organização atualizada dos tipos de cuidados paliativos que podem ser prestados. Dos 16, quatro níveis que se enaltecem pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas, pela especialização e formação dos profissionais são: *palliative care approach, general palliative care, specialist palliative care e centers of excellence*. Surge em 2004 através do PNCP, baseado nas recomendações anteriormente referidas uma diferenciação da prestação de cuidados paliativos em Nível I, II, III.

Em 2010 o PNCP acrescenta mais um nível de diferenciação, antes da prestação de cuidados paliativos, as ações paliativas caracterizadas por: “cuidados que integram os princípios e filosofia dos cuidados paliativos em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio de sofrimento devido à situação clínica do doente. Inclui, não só, medidas não farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático, mas também, comunicação com o doente e família assim, como outros profissionais de saúde, apoiam na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente. Devem ser implementadas por todo e qualquer profissional de saúde devendo para tal possuir formação básica em cuidados paliativos”.

Segundo a LBCP publicada em Diário da República 1ª Série, Nº 172 de 5 de Novembro de 2012 são caracterizadas por “as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”.

O PNCP (2017) menciona que todos os serviços devem ser capazes de prestar ações paliativas, identificando os doentes com necessidades paliativas e prestando cuidados direcionados a estes, e na eventualidade de complexidade maior, encaminhar para a equipa de CP.

Um estudo desenvolvido em Portugal por Serrano e Capelas (2017), identificou como ações paliativas, ações e atitudes que vão de encontro ao controlo sintomático (dispneia, dor, náuseas, vómitos, diarreia, hematemeses, prostração, recusa alimentar e agitação) através da aplicação de medidas farmacológicas; medidas não farmacológicas como medidas de conforto como posicionamento, aplicação de creme; apoio à família a nível psicológico e posterior encaminhamento para EIHC.

Segundo o plano estratégico para o desenvolvimento de cuidados paliativos no biénio de 2019-2020, ressaltam a promoção da formação pré e pós graduada dos profissionais, para que de forma precoce identifiquem os doente que carecem destes tipo de cuidados de maneira a serem referenciados para as EIHC (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2019).

Podemos considerar as ações paliativas como ativas e integrais, prestadas a pacientes com doenças progressivas e irreversíveis e a familiares. Permitem a prevenção e o alívio do sofrimento psíquico, físico, social e espiritual, através da gestão da dor e dos sintomas, representando assim, medidas terapêuticas sem o objetivo de curar, mas com foco de minimizar os efeitos negativos da doença sobre o bem-estar da pessoa (Moritz *et al.*, 2008).

2.METODOLOGIA

Segundo Apóstolo (2017,) citando Pearson *et al.* (2012), a metodologia de uma RSL é composta pelo reconhecimento de todos os estudos existentes que incluem os critérios de elegibilidade (Apóstolo, 2017, p. 22). Assim, uma RSL engloba uma formulação de uma questão de revisão; definição de critérios de inclusão e exclusão; localização dos estudos; seleção dos estudos, avaliação da qualidade metodológica dos estudos; extração dos dados, analisar e sintetizar os resultados relevantes; exposição dos resultados, interpretação dos resultados e determinar a aplicabilidade dos mesmos (Apóstolo, 2017).

Irei apresentar a problemática em estudo, seguindo-se a descrição da metodologia, os respetivos resultados e posterior discussão, finalizando com conclusão e contributos para a prática de enfermagem.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Para ser considerada como adequada, uma RSL deve conter a construção de uma questão de investigação, suficiente compreensível e específica, de maneira a orientar a pesquisa, pertinente e focalizada no tema selecionado (Bettany-Saltikov, 2012).

Assim, procurou-se dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Qual a eficácia das ações paliativas dos enfermeiros no serviço de urgência de um Hospital Geral.

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

A avaliação crítica da qualidade dos estudos que incluem os critérios de inclusão e de exclusão da revisão, constitui uma etapa complexa (Apostolo, 2017). Assim foram definidos como critérios de inclusão nesta RSL:

- Estudos publicados a partir de 2015 até ao presente ano;
- Pessoas adultas (com idade superior ou igual a 18 anos);
- Estudos publicados idioma português e inglês.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes:

- Estudos com diagnóstico médico específico;
- Estudos desenvolvidos em Hospitais diferenciados tais como, hospícios.

- Artigos em que o texto completo não se encontrava disponível.

2.3. ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

A elaboração desta RSL inclui três passos essenciais: inicialmente foi realizada uma pesquisa preliminar, onde foram observadas as bases de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *The Joanna Briggs Institute*, de maneira a garantir a viabilidade do estudo, verificando se a temática é passível de investigação, não se verificando nenhuma revisão sistemática ou protocolo desenvolvidos, justificando a pertinência do estudo; seguiu-se uma pesquisa bibliográfica da literatura específica através da pesquisa nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) ou *Medical Subject Headings*(MeSH) nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Posteriormente foram definidos os termos MeSH resultantes dessa pesquisa com intuito de reconhecer na literatura existente os termos mais recorrentes desta temática.

As palavra-chave identificadas segundo a metodologia utilizada são: Ações paliativas, Cuidados paliativos, Enfermeiros e Serviço de Urgência.

No MeSH estão **indexadas** as seguintes palavra-chave: *action* (ação); *palliative* (paliativo); *nurse* (enfermeiro) e *emergency service* (serviço de urgência).

Após a confirmação dos termos indexados, realizou-se a pesquisa nas bases dados científicos patentes na plataforma da Ordem dos Enfermeiros - CINAHL Complete; MEDLINE complete; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Methodology Register*, *Pubmed*, *Scielo*

Apesar das diversas pesquisas realizadas no percurso temporal da elaboração da RSL, na busca incessante dos melhores termos para a mesma a pesquisa final de artigos foi feita no dia 16 de Outubro de 2020.

Para cada um dos termos indexados realizou-se uma pesquisa individualizada, seguida da conjugação dos mesmos os seus respetivos sinónimos, e por fim a conjugação da totalidade da equação de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos “OR” e “AND”.

Action AND Palliative

(Action AND Palliative) AND Nurse

(Action AND Palliative) AND (Nurse or Nursing)

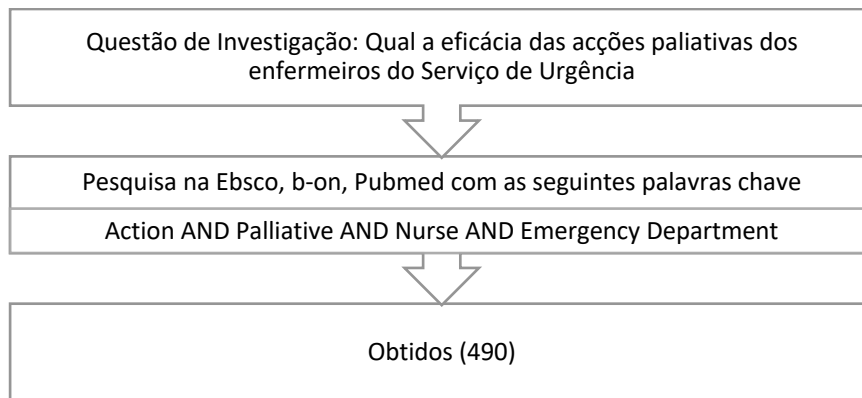
(Action AND Palliative) AND (Nurse or Nursing) AND (Emergency Service)

Action AND Palliative AND Nurse AND Emergency Service

(Action AND Palliative) AND (Nurse or Nursing) AND (Emergency service or emergency department)

(Needs AND Palliative) AND (Nurse or Nursing) AND (Emergency service or emergency department)

Quadro 1- Descrição da Pesquisa de Evidência Científica



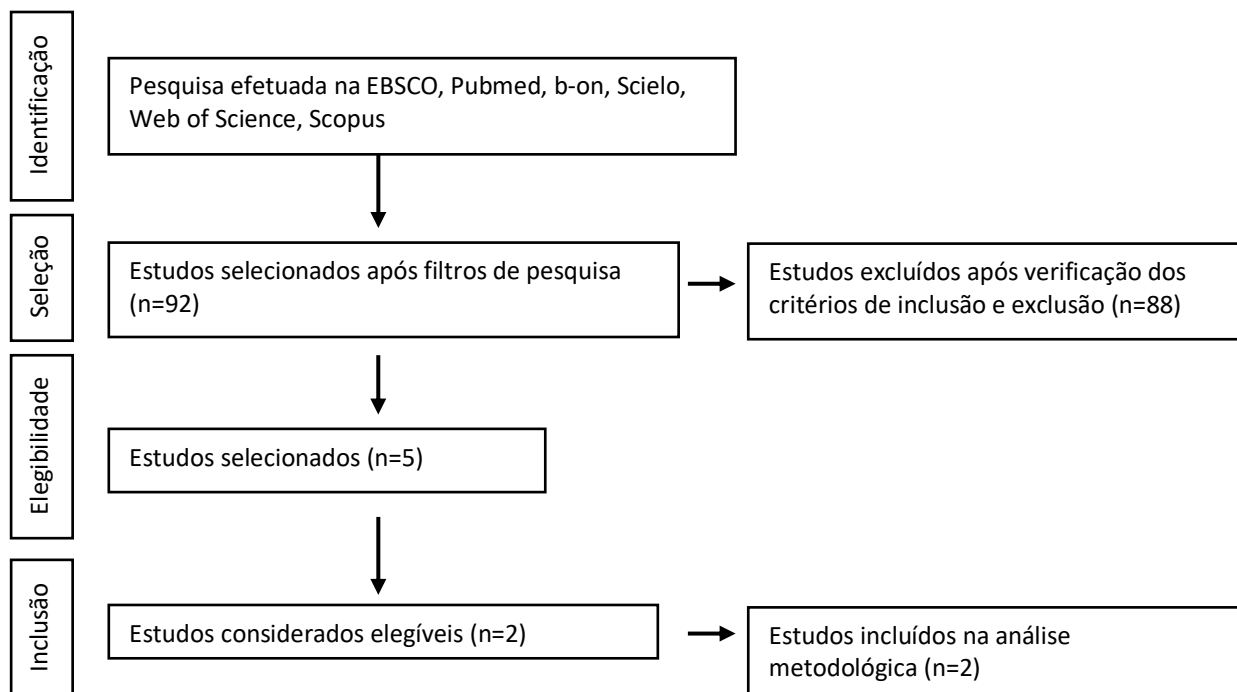
Em todas as pesquisas foi verificada sempre a duplicação de artigos. Na b-on devido ao total da pesquisa ser um número de artigos elevado (490), acabou por se cingir a pesquisa enquanto às fontes de pesquisa, apenas em revistas académicas tendo sido obtido 231 artigos, restringido a pesquisa enquanto ao assunto a “hospital emergency services, palliative treatment, palliative care, qualitative research, terminal care, descriptive statistics, research methodology, emergency department, quantitative research, emergency medical services, health services accessibility, nurses, patients, health care, pain management, quality of life, terminally ill”, tendo obtido 81 artigos.

Na EBSCO foram identificados 9 artigos, após limitar a pesquisa ao nível do espaço temporal (2015-2020) resultaram 8 artigos.

Na base de dados Pubmed foram encontrados 3 artigos. Na *Scopus*, na *Web of Science* e na *Scielo* com a mesma equação de pesquisa não foram obtidos resultados.

A recomendação PRISMA é o método mais utilizado em revisões sistemáticas segundo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2020), sendo composta por uma lista de certificação de 27 itens e um diagrama de fluxo com quatro fases adjacentes. Tem como objetivo principal, auxiliar os autores a melhorar a descrição de revisões sistemáticas e metanálises (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Assim, aplicou-se o diagrama PRISMA utilizado nesta revisão sistemática, tal como se verifica no quadro 2 e em Apêndice I – Aplicação da *Checklist* Prisma, encontra-se a *checklist* PRISMA devidamente preenchida, facilitando a sistematização da estrutura, organização e devida documentação das etapas da RSL.

Quadro 2 - Aplicação do Diagrama de Prisma



De maneira a organizar as fontes de pesquisa utilizadas recorreu-se ao *software* académico Mendeley onde foram identificados 92 títulos. Os duplicados (20 referências) foram eliminados automaticamente. Os 72 artigos foram analisados sobre a sua relevância através da leitura dos títulos e resumos, onde resulta a rejeição de 61 artigos. Foram encontrados artigos que especificam o tipo diagnóstico dos doentes (neoplasia do pulmão, *delirium*, demência), gestão da dor, consulta através de telefone, local de prestação de cuidados como o domicílio, lares de idosos e hospícios, profissionais de saúde na sua globalidade, ética e moral no SU.

Os estudos elegíveis que foram eliminados encontram-se descritos na Tabela 1 - Estudos Eliminados após Aplicação de Critérios de Inclusão e de Exclusão.

Tabela 1 - Estudos eliminados após aplicação de critérios de inclusão e exclusão

Título do Estudo	Autores	Motivo
Using Experience-based Co-design with older patients, their families and staff to improve palliative care experiences in the Emergency Department: A reflective critique on the process and outcomes.	Blackwell, R. W. N., Lowton, K., Robert, G., Grudzen, C., & Grocott, P. (2017).	Estudo que envolve a experiência da equipa do SU, enfermeiros e médicos.
Defining dignity in end-of-life care in the emergency department	Fernández-Sola, C., Cortés, M. M. D., Hernández-Padilla, J. M., Torres, C. J. A., Terrón, J. M. M., & Granero-Molina, J. (2017).	Aborda a dignidade no fim de vida de todas as pessoas que recorrem ao SU.
Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study with Health Professionals	Granero-Molina, J., Díaz-Cortés, M. del M., Hernández-Padilla, J. M., García-Caro, M. P., & Fernández-Sola, C. (2016).	Aborda os cuidados de fim de vida no SU por parte dos enfermeiros e médicos.

2.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

Após a seleção dos estudos que compreendiam os critérios de inclusão, efetuou-se a análise metodológica dos mesmos, verificando-se a qualidade e validade de forma a garantir a fiabilidade dos resultados. Para tal, recorreu-se aos instrumentos preconizados pela JBI (2020), que permite a análise rigorosa da metodologia, de maneira a verificar os métodos, orientações e resultados dos estudos selecionados (Galvão, Sawada, & Trevizan, 2014; Higgins & Green, 2011).

De maneira a avaliar a qualidade metodológica dos artigos selecionados, foi aplicado o instrumento de Avaliação Crítica para Estudos de Caso da JBI (2020), composto por 8 itens. Encontra-se em Apêndice III – Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos.

Todos os estudos selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apresentam qualidade metodológica para serem incluídos na RSL.

2.5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta RSL foram considerados 2 artigos pela sua elevada evidência científica, fazendo cumprir os critérios de inclusão estabelecidos e submetidos a análise da qualidade metodológica

sendo eles: Pereira, M. *et al.* (2018) e Bayrak e Kitis (2018).

No estudo de Pereira, M *et al.* (2018) a amostra selecionada eram 130 doentes, em que 43,6% apresentavam múltiplas patologias (3 a 5 patologias associadas).

Os sintomas principais que apresentavam na admissão do SU foram: 62,7% prostração, 61,4% por dispneia, por edema 51,8%, por dor/gemido/lamentação 47%, por comunicação verbal mantida, por oligoanúria/anúria 34,9%, 30,1% secreções respiratórias/ruidosas e distensão abdominal; agitação 18,1%; desorientação e confusão 19,3%.

Pereira *et al.* (2018) identificaram as intervenções de enfermagem e dividiram em 8 áreas: procedimentos invasivos (medicação endovenosa e soroterapia 98,8%, algaliação para diurese 56,6%, colheita de sangue para análises de rotina 54,2%, utilização da via de administração subcutânea para administração de heparina e insulina 44,6% e cateterismo para alívio de sintomas); a administração de terapêutica demonstrou uma prevalência sobre a administração de soroterapia 98,8%, administração de terapêutica SOS para controlar sintomas 66,3%, antibióticos 49,4%, administração de analgésicos 37,3%, opioides 33,7%, outras drogas 80,7%); os cuidados prestados foram maioritariamente intervenções técnico-instrumentais baseadas nas prescrições médicas; vertente psico-emocional, espiritual e social (permissão da presença de familiares 48,2%, informar o familiar sobre a situação do doente e da possível morte iminente 30,1%, informar do plano de cuidados 20,5%); os enfermeiros favorecem registos de enfermagem de parâmetros vitais em caso de morte iminente, tais como, os registos da paragem respiratória 96,4%; intervenções de enfermagem de cuidados pós morte 16,7%, e informar os familiares sobre a morte 10%; a identificação precoce dos fatores de morte iminente, os enfermeiros favorecem o estado comatoso 94% e o agravamento para astenia 85,4%; os registos demonstram que 71,1% dos doentes não é diagnosticado em agonia.

O estudo de (Bayrak & Kitiş, 2018), foi aplicado num total de 243 doentes, que recorreram ao SU, os quais responderam a um questionário de 21 questões (características sociodemográficas, patologia e tratamento, motivo de recorrer ao SU, cuidados no domicílio). Constataram que 34,2% dos participantes recorria ao SU, após o sétimo dia do tratamento, 35,4% vinha ao SU pela primeira vez, 28,4% recorria 5 vezes ao SU ou mais, 59,3% dos doentes

não eram informados sobre as possíveis situações de emergência que poderiam ter após o tratamento, sendo que 50% deles apenas era informado da ocorrência de febre.

Este tipo de doente recorre ao SU para um alívio de sintomas tais como: 16,5% por náuseas e vômitos, 11,9% por febre, 24,3% por dor, 15,6% por dispneia, 9,1% astenia e 17,8% por outras complicações (diminuição de apetite, alucinações visuais, hemoptises, palpitações, abdómen timpanizado, retorragias, hipoglicémia, anúria, obstipação, erupções cutâneas, convulsões, diarreia, disartria e hematúria) afetando a qualidade de vida dos doentes. Referindo ainda que a equipa do SU deveria ter uma maior eficácia na gestão da dor, uma vez que existe uma relutância na administração de opiáceos, bem como a formalização da avaliação da dor (Bayrak & Kitiş, 2018).

Dos doentes incluídos neste estudo, 59,3% não foram informados da possibilidade de aparecimento de sintomas decorrentes da terapêutica que estavam a realizar, culminando com a vinda do SU.

2.6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS

O ato de paliar não se define apenas ao tratamento da dor. Implica uma avaliação global da pessoa nas suas várias vertentes: social, emocional, familiar. É necessário fazer uma distinção entre cuidados paliativos e ações paliativas, bem como um investimento científico no âmbito das ações paliativas.

Denota-se pelos estudos referidos anteriormente que os enfermeiros do SU têm como foco principal o domínio do órgão em vez de se focar na função. Verifica-se que os cuidados prestados foram, maioritariamente, intervenções técnico-instrumentais baseadas em prescrições médicas, dando resposta a sintomas que os doentes apresentam à entrada da SU, tais como dor, dispneia, astenia ou prostração, descritos em ambos os artigos. Existe uma maior percentagem da componente técnico-instrumental (algaliação, punções venosas, aspiração de secreções, monitorização de sinais vitais, administração de terapêutica) em comparação com os cuidados de conforto (cuidados ao corpo, higiene oral, alternância de decúbitos, bem-estar), bem como, o estabelecimento de uma relação comunicacional com o cuidador (Pereira *et al.*, 2018).

Conclui-se através do estudo de Pereira *et al.* (2018) que os tipos de ações paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros no SU estão intimamente relacionadas com prescrições médicas e rotinas de serviço (procedimentos técnicos, administração terapêutica, monitorização de parâmetros vitais e do estado de consciência). Este conjunto de ações estão relacionadas com o tipo de resposta que os enfermeiros são aptos a dar no SU relativamente ao aparecimento de situações urgentes e emergentes de doença aguda ou crónica agudizada. Este tipo de modelo de cuidados, que tem como base o modelo biomédico de cuidados, baseia-se em múltiplos modelos de cuidados em contexto de emergência, centrado maioritariamente no alívio de sintomas e focado no estado funcional, sendo um modelo de prestação de cuidados que impera no SU, que nada coincide com as ações paliativas.

Os autores Bayrak e Kitiş (2018) referem que o aparecimento dos sintomas, bem como a frequência das visitas ao SU, afetam diretamente a qualidade de vida dos doentes, daí que o desenvolvimento de ações paliativas por parte dos enfermeiros acabe por contribuir para o aumento da segurança e bem-estar do doente, tendo repercussões ao nível da esperança de vida. Refere ainda que os enfermeiros do SU, devem ser capazes de rapidamente identificar os motivos principais da vinda, de maneira a promover a segurança dos mesmos no serviço em causa, e realizando o devido encaminhamento para o serviço que dará melhor resposta aos problemas apresentados (Bayrak & Kitiş, 2018). Apesar destes autores, se prenderem maioritariamente com o motivo de vinda ao SU, havendo a referência em reduzida percentagem das ações paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros, contribuiu para a reflexão e correlação entre o tipo de sintomas e as ações desenvolvidas perante estas.

Reflete-se a importância desta temática, uma vez que o SU é considerado como um serviço de rápido acesso e atendimento, muito utilizado por doentes com uma doença crónica, progressiva e incurável. O aumento da procura deste tipo de doentes ao SU, deve servir como motor de mudança, de maneira a adequar o tipo de cuidados prestados, promover a integração de enfermeiros com formação na área de cuidados paliativos para, facilmente, ser elo de ligação com EIHCP.

A falta de protocolos de atuação nesta área em contexto de urgência é uma vertente a implementar de maneira a serem realizadas ações paliativas neste serviço, implicando assim, formação nesta área aos Enfermeiros, bem como a sua sensibilização.

Há uma série de limitações a esta RSL, a reduzida quantidade de artigos sobre ações paliativas dos enfermeiros, sendo notório o investimento científico sobre temáticas de cuidados de fim de vida, cuidados paliativos no SU e o desinvestimento na área das ações paliativas, sendo por isso necessário uma aposta na investigação nesta área, com vista à melhoria contínua na prestação de cuidados, tendo como foco principal contribuir para uma melhor qualidade de vida do doente.

Apesar do artigo Pereira *et al.* (2018) desenvolver a sua investigação sobre a intervenção dos enfermeiros, referindo que muitos dos dados foram recolhidos de registos de enfermagem, descreve como limitação a existência de algumas intervenções que foram executadas, mas que não foram registadas. Enquanto que na investigação de Bayrak e Kitiş (2018) a sua investigação remete para intervenção dos profissionais de saúde referindo em reduzida quantidade a intervenção dos enfermeiros.

Assim, considera-se a temática um problema emergente na nossa sociedade, passível de investimento científico, tendo em conta a população envelhecida que existe a nível mundial a carecer deste tipo de ações.

CONCLUSÃO

Terminando a realização deste relatório, o balanço é extremamente positivo e denoto um crescimento quer ao nível profissional, quer ao nível pessoal através da progressiva demonstração e aquisição de capacidade técnico-científicas, sociais e humanas na atualização de conhecimentos como enfermeira e na construção da identidade de enfermeira especialista.

De forma cronológica espelhei o percurso das atividades realizadas, dando a especial importância ao desenvolvimento das competências do curso de Mestrado em EMC. Todos os locais de EC, foram atempadamente ponderados e o que culmino numa conveniente escolha, pois todos eram caracterizados por boas condições físicas e humanas, no que diz respeito a enfermeiros com elevado corpo de conhecimentos e competentes na sua área de atuação. Estes motivos foram essenciais na minha consolidação de aprendizagem como enfermeira especialista em enfermagem à PSC. Todos os EC mostram-se ser aliciantes, contudo, a PSC em contexto de UCI foi sem dúvida a mais desafiante, pela sua especificidade e método eficaz na resposta a todas necessidades que este tipo de doente acarreta, e por ser um contexto muito diferente do meu e durante o meu percurso profissional não ter ainda tido o contacto com esta.

Concluo que os três EC permitiram o desenvolvimento de capacidades e competências inerentes à prestação de cuidados à PSC, e que me permitiram adquirir autonomia na prestação de cuidados de excelência, em conjunto com as diferentes equipas multidisciplinares. A reflexão constante ajudou-me a reformular comportamentos e assim contribuir para a evolução dos cuidados prestados.

A rigorosa crítica reflexiva sobre todas as atividades desenvolvidas durante os EC, bem como a descrição meticulosa, que dão resposta ao objetivo deste relatório. Penso que este relatório não reflete a imensidão de cuidados prestados de foram complexa, bem como todos os conhecimentos que foram adquiridos no decorrer da prática dos EC.

Considero ter alcançado o sucesso na aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, chegando a esta conclusão pelos vários momentos de avaliação dos EC, culminando na evolução de enfermeira de cuidados gerais para enfermeira especialista.

Relativamente à RSL, de ressaltar a dificuldade em encontrar artigos nesta temática de ações paliativas no serviço de urgência, por ser uma área com muito pouca investigação até ao momento, uma vez que a prevalência é superior no âmbito dos cuidados paliativos.

As ações paliativas no SU, é uma temática de extrema relevância dos novos tempos, o que implica um investimento no conhecimento nesta área, de maneira a prestar cuidados com a devida qualidade aos doentes que necessitem de maneira a, não existir a prestação de cuidados desproporcional. Esta questão levanta dúvidas, e cabe-nos alterar estas situações de maneira a que esta barreira seja alterada. O ato de cuidar, no qual estão integradas todas as intervenções e ações inerentes, incluem cuidar da pessoa no seu todo, daí ser necessário uma interação entre todas elas para melhorar a abordagem à pessoa com uma doença crónica, incurável e progressiva que recorre ao SU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (Dezembro de 2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. Obtido em fevereiro de 2018, Retrieved from <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/REC%20URG%C3%84NCIAS%2020151221%20PC%20final.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (Julho de 2011). Recomendações Técnicas para Bloco Operatório. Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saude. (2013). Recomendações técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. RT nº09/2003. Retrieved from <http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- Almeida , F., & Costa, M. (2017). Passagem de plantão na equipa de enfermagem: um estudo bibliográfico . Obtido em 2019 de Dezembro, de Arquivo Médico Hospital da Faculdade de Ciências Médicas: Retrieved from <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMS%20CSP/article/view/49/35>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da Evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Arezes , P. (2012). Perceção do risco de exposição ocupacional ao Ruído. Universidade do Minho: Tese de Doutoramento.Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/387/1/Tese%20PhD%20Arezes%202002.pdf>
- Associação Enfermeiros Sala Operações Portugueses. (2017). Práticas recomendadas para Bloco Operatório - Prevenção e controlo de hipotermia perioperatória inadvertida. Retrieved from <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Associação de Enfermeiros de Salas de Operações. (2006). Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à prática de cuidados. Loures: Lusodidata.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2010). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Retrieved from <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.htm>
- Azenha, M., Oliveira, M., Cruz, L., Carvalho, P., Macedo, A., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia do período perioperatório. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 27-37.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (Março de 2013). Adaptação cultura e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Saclare - Intubated Patient. Revista Referência - Revista de Enfermagem, Série III, 7-16.
- Centro Hospitalar Leiria. (2017). Missão e Valores do Centro Hospitalar de Leiria. Centro Hospital de Leiria. Retrieved from <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/>

- Centro Hospitalar Universitário Coimbra. (2019). CHUC: retrieved from http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/see_chuc/CHUC_23_10_2019_caracterizacao_empresa.pdf
- Centro Hospitalar Universitário Coimbra. (2019). Projeto H2 - Humanizar o Hospital. Retrieved from <https://www.chuc.min-saude.pt/paginas/informacoes/institucionais/projeto-h2---humanizar-o-hospital.php>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (6 de Março de 2017). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. SNS. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. Escola Superior de Viseu: Retrieved from <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Darbyshire, J., & Young, J. (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Darbyshire and Yond Criticar Care*, 17, 1-8.
- Darco, C., Ferrari, C., Carvalho, L., Priel, M., & Pereira, L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática de enfermagem. *O mundo da saúde*, 382 -389.
- Davies, E., & Higginson, I. (2004). The solid facts. *Palliative Care*. WHO, 14.
- Dias, A. (2012). Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas: quando? Quem? e Porque? Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de mestre em Cuidados Paliativos. Lisboa. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10518/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ana%20Sofia%20Dias.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2001). Redes de Referenciação Hospitalar de Urgência e Emergência. DGS.pt. Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº 15/2013 atualizada 11/2015. Retrieved from DGS.pt:<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015a). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. DGS.pt. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direção Geral de Saúde. (2015b). Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associado à intubação. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0212015-de-16122015.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015c). Feixe de Intervenções de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2017a). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos: Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevençã%20e%20Controlo%20de%20Infeções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017b). Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. Pt. Retrieved from <http://dgs.pt>
- Ferreira, M. (2004). Plano de Emergência Externa do Hospital Pedro Hispano. Tese de Mestrado em Medicina de Catástrofe, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <http://biblioteca.esenf.pt/plinkres.asp?Base=ISBD&Form=COMP&StartRec=0&>
- Filho, F., Martins, I., Soares, C., Fazendeiro, P., Paragnana, T., & Bezerra, A. (2012). Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Revista Eletrónica trimestral de Enfermagem Global*, 26, 70-85.
- Fragata, J. (2010). Segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 564-570.
- Freixes, M., Oliva, M., Tamarit, M., Esquivia, M., & Francesch, A. (2016). Direct referral from emergency department to palliative care unit. Retrieved from <https://doi.org/10.5334/ijic.2953>
- Galvao, C., Sawada, N., & Trevizan, M. (2014). Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 3 (12), 549 - 556.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manuela do Formando (Vol. 2)*. Amadora.
- Henriques, C., & Oliveira, N. (2011). Cuidados Paliativos: Situação Nacional. *Revista Nursing*, 8.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Retrieved from <https://10.1109/ISIT.2017.8006970>.
- Hospital Distrital Figueira da Foz. (2017). Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. Obtido em Março de 2020, de O Hospital. Retrieved <http://www.hdfigueira.min-saude.pt/category/institucional/o-hospital/>
- Instituto Politecnico de Leiria. (Setembro de 2016). Regulamento nº877/2016. Diário de República Eletrónico. Retrieved from https://dre.pt/home/-/dre/75380905/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&day=2016-09-21&date=2016-09-01&drelid=75371308
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIR Reviewer's Manual*. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. <https://doi.org/10.46658/JBIRM-19-01>
- Lei nº 52/2012. (5 de Setembro de 2012). Diário República Electrónico. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/details/maximized>
- Lopes, I., Magalhaes, A., Sousa, A., & Araujo, I. (2015). Prevenir Hipotermia no perioperatório: revisão integrativa. *Revista Referência*, 147-155.
- Marafa, A. (2005). O Ruído na unidade de Cuidados Pós Anestésicos. *Revista da Associação de enfermeiros de sala de operações portuguesas*, 17-18.
- Martins, M., Agnes, P., & Sapeta, P. (2012). Fim de vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Castelo Branco: ESALD.

- Meleis, A. (2010). *Transations Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and paractice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mellick, L., & Adams, B. (2009). Resuscitation Team Organization of Emergency Department: A Conceptual Review and Discussion. *The Open Emergency Medicine Journal*, 2, pp. 18-27.
- Mendes, A., Marques, I., & Barroso, T. (2002). Necessidades Educacionais em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: estudo exploratório em enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria. *Revista Referência* nº8, 17 - 23.
- Ministerio da Saude. (2015). Diário da República Electrónico. de Despacho nº1400- A/2015: Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Retrieved from <https://doi.org/10.46658/JPBIMES-20-08>
- Monahan, F. D., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). *Phipps Enfermagem Médico-cirurgica: Perspectivas da saúde e doença*. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Moritz, R., Lago, P., Souza, R., Silva, N., Meneses, F., Othero, J., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *REvista Brasileira de Terapia Intensiva*. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Obtido em Dezembro de 2019, de Carta dos direitos do doente internado. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2010). Cuidados Paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação de Enfermagem (CIPE) - do original "Palliative Care of Dignified Dying - Internacional Classification for Nursing Practice (ICNP) Catalogue. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2. Retrieved from https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE2%20pt_pdfFinal_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Retrieved from <http://www.dgs.pt>
- Ordem dos Medicos. (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.
- Osha. (2010). Noise Section of the Europea Agency for Safety and Heakth at Work. Retrieved from http://osha.europa.eu/pt/topics/noise/index_html.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nobrega, J., . . . Coutinho, P. (Fevereiro de 2017). Rede Naciona de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva. de Serviço Nacional de Saúde. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Parreira, P. (2015). *As Organizações*. Coimbra: Formasau.

- Patrick, M. R., & Rodney, w. H. (2013). Implementing AORN recommended practices for prevention of transmissible infections. AORN. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Implementing-AORN-recommended-practices-for-of-Patrick-Hicks/1743bf736f911826d177c7d543e8dd91ab378e13>
- Pearson, A., White, H., Bath-Hextall, F., Salmond, S., Apostolo, J., Kirkpatrick, P., & Lockwood, C. (2014). A mixed methods approach to evidence synthesis. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Pereira, S., Silva, A., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., & Freitas, A. (2001). Appropriateness of emergency departments visits in Portuguese University Hospital. Retrieved from doi:10.1067/mem.2001.114306
- Pereira, R., Tolero, R., Amaral J., & Guilherme, A. (2003). Qualificação e Quantificação da exposição sonora ambiental numa unidade de terapia insensível geral. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69, 766-771.
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27 - 39.
- Plessis, M. (2016). Interventions for treating inadvertent postoperative hypothermia. *Journal of perioperative Practice*, 60-63.
- Ponte, S. (2013). Preparação para uma Catástrofe? - Conhecimento dos Enfermeiros de Urgência sobre os planos de Emergência. *Revista Sinais Vitais* nº 106, 21-26.
- Pope, D. (2010). Decibel levels and noise generators on four medical/surgical nursing units. *Journal of Clinical Nursing*, 2463 - 2470.
- Procedimento Interno (2018). Gabinete de informações do Serviço de Urgência Geral. Leiria
- Regulamento nº 429. (16 de Julho de 2018). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Obtido em outubro de 2019, de Diário da República 2ª Série. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Regulamento nº 743. (25 de Setembro de 2019). Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Outubro de 2019, de Diário da República: II série Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Regulamento nº 877. (9 de Setembro de 2016). Regulamento de Avaliação de Conhecimentos do 2.º Ciclo de Estudos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República nº182/2016, Série II. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº. 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros. (2 de Dezembro de 2014). Diário de República: Série II, No 233. Retrieved from www.dre.pt
- Regulamento nº140. (16 de Setembro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª Série. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Richards, C., Gisondi, M., Chang, C., Courtney, D., Engel, K., Emanuel, L., & Quest, T. (2011). Palliative Care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the Scree for Palliative and End of life care needs in the Emergency Department instrument. *Journal of Palliative Medicine*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21548790/>
- Richards, C., Gisondi, M., Courtney, D., Engel, K., Emanuel, L., & Quest, T. (2011). Palliative Care Symptom assessment for patients with cancer in the emergency department:

- Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life care needs in the Emergency department. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 757-746.
- Santos, M., Martins, J., & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista Referência*, 7-15.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência - Revista em Enfermagem*, 11, 35-57.
- Sapeta, P., Martins, M., & Agnes, P. (2012). Fim de vida no Serviço de Urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro - Identidade profissional em estudantes de Enfermagem. *Sísifo - Revista de Ciências da Educação da Unidade*, 1649 - 4990.
- Serrano, A., & Capelas, M. (2017). Intervenções Paliativas realizadas pelos enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva. *Cuidados Paliativos*, 39-49.
- Short, A., Short, K., Holdgate, A., Ahern, N., & Morris, J. (2011). Noise level in an Australian Emergency department. *Australasian Emergency nursing Journal*, 14, 6- 31.
- Silva, M. (2018). Perceção do ruído e ocorrência de estresse em enfermeiros: estudo de associação. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Itajubá, Brasil.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional (Vol. 19). *Ata Médica Portuguesa*.
- Souza, E. O., Gonçalves, N., & Alvarez, A. (2019). Cuidados de Enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. *Revista SOBECC*: Retrieved from <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/31>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Union Nationale Associations d'Infirmier Bloc Oper. (2001). *Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório. Desenvolver uma cultura de Qualidade*. Loures: Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção (Vol. 3ª Edição)*. Loures: Lusociência.
- Venturi, V., Viana, C., Santos, L., Basilio, M., Oliveira, A., Sobrinho, J., & Melo, R. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6, 19-23.
- Zeichner, K. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

APÊNDICE I

Aplicação da *Checklist* PRISMA

Aplicação da *Checklist* PRISMA

Secção/Tópico		Item do checklist	
Título		1	Revisão Sistemática da Literatura
Resumo		2	As ações paliativas, são intervenções efetuadas pelos enfermeiros, a doentes que são portadores de uma doença progressiva, incurável. O objetivo principal do estudo verificar a eficácia das ações paliativas dos enfermeiros no SU. Métodos: Todos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos que recorrem ao SU, e que necessitem de CP ou que sofram de uma doença, progressiva, incurável. Resultados: Identificaram-se que as ações paliativas desenvolvidas no SU, são maioritariamente técnico-instrumentais, e em menor percentagem os cuidados ao nível do bem-estar psicológico, emocional, cuidados de conforto e estabelecimento de uma relação comunicação com o cuidador.
Introdução	Racional	3	Referido já anteriormente no resumo.
	Objetivos	4	Perceber quais as ações paliativas dos enfermeiros no SU.
Métodos	Protocolo e registo	5	Não se aplica.
	Crítérios de elegibilidade	6	Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: Estudos desde 2015 até ao presente; Pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos); Estudos publicados em inglês, ou português. Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes: diagnósticos específicos, locais de prestação de cuidados como Hospícios, Domicílio, Lar de idosos.
	Fontes de informação	7	<i>Web of Science, ESBCO-host, Scielo, Scopus, B-on, Pubmed</i> , durante o mês de Outubro de 2020
	Busca	8	<i>Action AND Palliative AND Nurse AND "Emergency Department"</i>
	Seleção dos estudos	9	Selecionados 2 estudos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.
	Processo de coleta de dados	10	Não aplicado.
	Lista dos dados	11	Não aplicado.
	Risco de viés em cada estudo	12	Não aplicado.
	Medidas de	13	Não aplicado.

	sumarização		
	Síntese dos resultados	14	Não aplicado.
	Risco de viés entre estudos	15	Não aplicado.
	Análises adicionais	16	Não aplicado.
Resultados	Seleção de estudos	17	Selecionados 5 estudos.
	Características dos estudos	18	Referido no capítulo apresentação e discussão de resultados.
	Risco de viés em cada estudo	19	Não aplicado.
	Resultados de estudos individuais	20	Não aplicado.
	Síntese dos resultados	21	Não aplicado.
	Risco de viés entre estudos	22	Não aplicado.
	Análises adicionais	23	Não aplicado.
Discussão	Sumário da evidência	24	Referido no capítulo apresentação e discussão de resultados.
	Limitações	25	Referido no capítulo apresentação e discussão de resultados.
	Conclusões	26	Referido no capítulo apresentação e discussão de resultados.
Financiamento		27	Sem financiamento associado ao estudo.

APÊNDICE II

Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Aplicação do Instrumento de Avaliação Crítica de Estudos de Caso ao Estudo: The Main Reasons for Emergency Department Visits in Cancer Patients.: Bayrak, E., & Kitiş, Y. (2018).

	Sim	Não
1. As características demográficas do participante são claramente descritas?	x	
2. A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente?	x	
3. A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação?	x	
4. Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados, foram claramente descritos?	x	
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos?	x	
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita?	x	
7. Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos?	x	
8. O estudo de caso fornece informações aplicáveis?	x	
Pontuação	8/8	

Fonte 1: Instrumento de Avaliação Crítica de Estudos de Caso (JBI, 2020)

Aplicação do Instrumento de Avaliação Crítica de Estudos de Caso ao Estudo: Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. Pereira, M. E. D., Barbosa, A., & Dixe, M. dos A. (2018).

	Sim	Não
1. As características demográficas do participante são claramente descritas?	x	
2. A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente?	x	
3. A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação?	x	
4. Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados, foram claramente descritos?	x	
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos?	x	
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita?	x	
7. Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos?	x	
8. O estudo de caso fornece informações aplicáveis?	x	
Pontuação	8/8	

Fonte 2: Instrumento de Avaliação Crítica de Estudos de Caso (JBI, 2020)