



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos**

Prestação de cuidados de enfermagem ao doente  
paliativo que recorre ao serviço de urgência – *Revisão  
Scoping*

**Susana Isabel Perdigão Francisco**

agosto 2023





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Prestação de cuidados de enfermagem ao doente paliativo que recorre ao serviço de urgência – *Revisão Scoping***

Susana Isabel Perdigão Francisco

**Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência em contexto de Cuidados Intensivos**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª. edição

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor António Madureira

agosto 2023



*“Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois  
«somos gente que cuida de gente», pelo que se exige  
uma qualidade humana e humanizadora”*

Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 14)



## **Agradecimentos**

À minha família, em especial à minha mãe, irmão, cunhada e queridos sobrinhos, pelo carinho, apoio e compreensão das minhas ausências, onde deixei para segundo plano os convívios familiares, que tanto gosto e valorizo.

Ao meu namorado, que foi companheiro, amigo, abrigo e apaziguador nas horas de maior *stress*.

Aos Exmo.(s) Sr.(s) Professores, Orientadores e Coorientador, pelos ensinamentos transmitidos e motivação durante este percurso de desenvolvimento de competências especializadas.

Aos Exmo.(s) Sr.(s) Enfermeiros Tutores pelo profissionalismo, pela capacidade de integração, partilha de experiências e conhecimentos, dedicação e acompanhamento exemplar ao longo dos campos de estágio.

Aos meus amigos, a quem muitas vezes deixei de comparecer a convívios, responder a telefonemas e mensagens. Espero poder voltar a estar com cada um.

Este trabalho é dedicado ao meu pai Carlos Francisco.



## Resumo

**Introdução:** O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pretende espelhar todo o percurso académico e pessoal desenvolvido, durante os estágios em contexto de urgência e cuidados intensivos, evidenciando o processo de aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, tendo em conta os domínios das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde foi possível refletir e adquirir conhecimentos consolidados na evidência científica. O recurso aos serviços por parte dos doentes em fim de vida é frequente, principalmente quando existem sintomas descontrolados. A abordagem paliativa necessária nesta fase não coincide com o contexto de urgência e limita a intervenção dos cuidados de enfermagem.

**Objetivos:** Obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Tem também o propósito de desenvolver a investigação sobre a integração dos doentes em cuidados paliativos no ambiente de serviço de urgência.

**Métodos:** Este trabalho foi estruturado em duas partes. Na primeira parte foi realizado o mapeamento das competências comuns e específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, adquiridas e desenvolvidas em cada contexto de estágio, onde foi utilizada a metodologia descritiva e crítico-reflexiva, fundamentada com a mais recente evidência científica. Na segunda parte foi desenvolvida uma *scoping review* de acordo com as etapas preconizadas pela metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI), mapeando as intervenções de enfermagem direcionadas a doentes em cuidados paliativos que procuram atendimento no serviço de urgência.

**Resultados:** Relativamente às competências do enfermeiro especialista, no domínio da prática profissional, ética e legal, desenvolvi estratégias de tomada de decisão tendo em conta os princípios, valores e normas deontológicas. No domínio da qualidade criei estratégias de modo a fortalecer e promover a segurança e qualidade na prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica. No domínio da gestão de cuidados de enfermagem, refleti sobre a importância do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados de saúde perante os recursos existentes. Do domínio prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e prevenção e controlo de infeção adquiri a capacidade de aplicar e demonstrar conhecimentos específicos de forma contínua baseados em fundamentação científica. Relativamente à investigação os resultados demonstram que a integração de doentes paliativos no ambiente de urgência nem sempre é fácil, apresentando complexidades e desafios na prestação de cuidados. Os desafios apontados pelos enfermeiros incluem a falta de formação, de competências e de recursos físicos e humanos, a ambiguidade em relação ao papel dos profissionais, a cultura predominante do serviço de urgência, a falta de tempo e a sobrecarga emocional.

**Conclusões:** Da análise deste documento considera-se que a aquisição das Competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi demonstrada. Relativamente à investigação espera-se que possa contribuir para a melhoria de diretrizes de excelência, elevação de qualidade e garantia dos cuidados prestados, mesmo perante as complexidades inerentes ao contexto do serviço de urgência.



## Abstract

**Introduction:** This report comes within the scope of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing and the Post-Graduate Course in Medical-Surgical Nursing and intends to mirror the entire academic and personal path developed during internships in the context of urgency and intensive care, highlighting the process of acquiring the skills defined by the Order of Nurses, taking into account the domains of the Common Skills of Specialist Nurses and the Specific Skills of Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing, where it was possible to reflect and acquire knowledge consolidated in scientific evidence. The use of services by end-of-life patients is frequent, especially when there are uncontrolled symptoms. The palliative approach required at this stage does not coincide with the context of urgency and limits nursing care intervention.

**Objectives:** Obtain a Master's Degree in Medical-Surgical Nursing and acquire skills as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. It also has the purpose of developing research on the integration of patients in palliative care in the emergency service environment.

**Methods:** This work was structured in two parts. In the first part, the common and specific competences of Medical-Surgical Nursing were mapped, acquired, and developed in each internship context, where the descriptive and critical-reflexive methodology was used, based on the most recent scientific evidence. In the second part, a *scoping review* was developed according to the steps recommended by the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, mapping the nursing interventions directed at patients in palliative care who seek care in the emergency department.

**Results:** Regarding specialist nurse skills, in the field of professional, ethical, and legal practice, I developed decision-making strategies considering the principles, values and deontological norms. In the domain of quality, I created strategies to strengthen and promote safety and quality in the provision of care to people in critical situations. In the domain of nursing care management, I reflected on the importance of specialist nurses in the management of health care given the existing resources. I acquired the ability to apply and demonstrate specific knowledge in a continuous way based on scientific foundations in the field of care to people in critical situations and infection prevention and control. Regarding the research, results demonstrate that the integration of palliative patients in the emergency environment is not always easy, presenting complexities and challenges in the provision of care. The challenges pointed out by the nurses include the lack of training, skills and physical and human resources, the ambiguity regarding the role of professionals, the predominant culture of the emergency service, lack of time and emotional overload.

**Conclusions:** From the analysis of this document, it is considered that the acquisition of Specialist Nurse Skills in Medical-Surgical Nursing has been demonstrated. Regarding research, it is expected that it may contribute to the improvement of guidelines of excellence, raising the quality and guarantee of the care provided, even in the face of the complexities inherent in the context of the emergency service.



## Sumário

Introdução.....	7
PARTE I – Desenvolvimento do estágio final	
<b>1. Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos.....</b>	<b>10</b>
1.1. <b>Competências Comuns .....</b>	<b>11</b>
1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	12
1.1.2. Domínio da gestão da qualidade .....	14
1.1.3. Domínio da gestão de cuidados.....	17
1.2. <b>Competências específicas.....</b>	<b>2020</b>
1.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; .....	20
1.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	26
1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção 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 adequadas .....	27
PARTE II – Investigação desenvolvida	
Resumo .....	32
Abstrat.....	34
<b>1. Introdução e contextualização .....</b>	<b>36</b>
1.1 Objetivos e Questões de Investigação .....	37
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>39</b>
2.1. Tipo de estudo .....	39
2.2. Critérios de inclusão e exclusão .....	39
2.3. Estratégias de pesquisa .....	40
2.4. Seleção dos estudos .....	42
<b>3. Resultados .....</b>	<b>43</b>
3.1. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos .....	44
3.2. Dados globais dos estudos .....	45
<b>4. Conclusões da Investigação .....</b>	<b>51</b>
<b>Referências bibliográficas da investigação .....</b>	<b>54</b>
Conclusão .....	58
Referências bibliográficas.....	60
Anexos .....	64

Anexo I – Grelhas de Avaliação dos Estudos .....	65
Apêndices .....	68
Apêndice I – Formação sobre a Via Verde AVC .....	69
Apêndice II – Formação sobre o Cateter Swan Ganz .....	79
Apêndice III – Folheto sobre o Cateter Swan Ganz .....	82
Apêndice IV – Síntese dos Estudos .....	83

## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> Estratégia da pesquisa por bases de dados e respetivos resultados .....	41
<b>Tabela 2</b> Avaliação da qualidade metodológica dos estudos .....	44



## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> Fluxograma do processo de inclusão dos estudos .....	43



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DNR - *Do Not Resuscitate* " *Do Not Resuscitate*" (DNR)

DR – Diário da República

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

IQ - Indicadores de Qualidade

JBI - Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Escala de Richmond de Agitação-Sedação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TSR - Técnica de substituição renal

VMI - ventilação mecânica invasiva



## **Introdução**

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, no contexto do estágio com relatório final em contexto de urgência e cuidados intensivos, foi proposta a elaboração de um relatório final de estágio, que visa demonstrar a aquisição de competências definidas pela Ordem do Enfermeiros (OE), para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este relatório tem como objetivo mencionar e descrever as competências adquiridas e desenvolvidas para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista ao longo deste percurso.

Esta unidade curricular teve uma carga horária de 360 horas de prática clínica, que integra dois estágios com uma carga horária de 180 horas de contacto para cada um, realizados no Serviço de Urgência (SU) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ambos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), situados no polo HUC. O estágio decorreu entre 20 de fevereiro e 30 de junho de 2023, sob orientação pedagógica do Professor Doutor António Madureira.

O meu percurso profissional incidiu maioritariamente em contexto de urgência e neurologia, desta forma a área da pessoa em situação crítica (PSC) sempre me despoletou grande interesse devido à sua complexidade de atuação. Por este motivo decidi investir em formação nesta área, com vista a atualizar conceitos e adquirir competências específicas, de forma a aumentar os meus conhecimentos na PSC. Em 2017 tinha frequentado uma Pós-Graduação em Urgência e Emergência, que considerei ser muito importante para o meu desempenho a nível profissional.

É importante referir que o meu primeiro estágio, inserido na unidade curricular de “Estágio de Opção 1 - Perioperatório”, foi bastante importante para a detenção de competências específicas na área da PSC, na medida em que se realizou no bloco operatório e na unidade de cuidados pós-anestésicos. Este deu-me algumas ferramentas na pessoa em situação crítica com suporte ventilatório, a vivenciar processo cirúrgico com sedo-analgésia e a prever complicações hemodinâmicas decorrentes da anestesia ou da cirurgia, promovendo o equilíbrio fisiológico e o retorno das capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto.

O presente relatório tem como objetivos principais: obter o grau de Mestre em Enfermagem, retratar o meu percurso realizado ao longo do estágio final, realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de urgência e de cuidados intensivos com a finalidade de aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista

e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tem como objetivos específicos adquirir juízo crítico e fundamentado em evidências, capaz de suportar o planeamento, implementação, avaliação e a tomada de decisão perante situações complexas na área da especialização, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados e apresentar um estudo de investigação desenvolvido durante o período de estágio.

Este percurso formativo foi sustentado pelo quadro de referência, orientador do exercício da profissão de enfermagem, baseado no código deontológico, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

No decorrer do estágio final, foi realizada uma Revisão *Scoping* sobre: Prestação de cuidados de enfermagem ao doente paliativo que recorre ao serviço de urgência, com o propósito de desenvolver um trabalho de investigação.

À medida que a procura por cuidados paliativos continua a crescer, é crucial entender como estes cuidados são entregues em diferentes contextos de saúde. Um contexto que merece atenção é o ambiente de SU, onde os doentes em cuidados paliativos muitas vezes procuram atendimento devido a crises de saúde agudas ou agravamento dos sintomas (Cooper et al., 2018),

O SU é conhecido pela sua ênfase em intervenções médicas de curto prazo e tratamento rápido, o que pode acarretar desafios únicos na prestação de cuidados paliativos. De acordo com Martins et al. (2012) a abordagem requerida nos cuidados paliativos entra em conflito com o cenário de "urgência" e restringe a atuação do profissional de enfermagem.

Neste sentido, este trabalho tem como propósito efetuar um levantamento abrangente das intervenções de enfermagem dirigidas a doentes em cuidados paliativos que procuram assistência no SU. O objetivo central é mapear a diversidade de intervenções de enfermagem disponibilizadas a estes doentes, bem como outros elementos fundamentais para assegurar cuidados de elevada qualidade.

O presente relatório apresenta-se estruturado em duas partes essenciais. A primeira parte é referente ao desenvolvimento do estágio final em contexto de urgência e cuidados intensivos, onde é feita uma descrição das competências comuns e específicas adquiridas, são mencionadas as evidências das atividades realizadas e consequente avaliação das competências adquiridas nos diferentes domínios. A segunda parte contém a investigação realizada. A metodologia adotada para a realização da primeira parte deste trabalho escrito é a descritiva e crítico-reflexiva, sustentada pela evidência científica recente. Este foi redigido respeitando o guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu.

## **PARTE I – Desenvolvimento do estágio final**

## **1. Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos**

O desenvolvimento de competências deve ser perspectivado como um processo contínuo e dinâmico que ocorre através da reflexão das experiências adquiridas e competências desenvolvidas ao longo deste processo.

Abreu (2001) explica o desenvolvimento de competências como um processo decorrente do confronto com os outros e com diferentes contextos de trabalho, afirmando que a constelação de competências a que o exercício do trabalho obedece, não é algo adquirido ao sujeito, nem a uma entidade estática. No decorrer da sua experiência, o enfermeiro vai-se formando no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que apenas será agente de mudança se houver confronto consigo mesmo, filtrando, transformando e enriquecendo o seu domínio cognitivo e efetivo.

O curso de mestrado em enfermagem médico cirúrgica surge como mais uma etapa na minha construção de identidade profissional, tornando-se parte integrante de um processo de transformação, aquisição e consolidação de competências, que vem da prática diária de enfermagem, que confrontada com a evidência e a reflexão, lhe devolve maior solidez e rigor.

Sendo o estágio em contexto de urgência realizado num serviço onde iria exercer funções após término do mesmo e sendo este um contexto onde já exerci funções em outro hospital, a minha ambição foi aumentar o nível de exigência, procurando novas e diferentes oportunidades de progresso para crescimento profissional. Já no contexto de cuidados intensivos, realizado no SMI, tive como objetivos desenvolvimento de competências não realizadas anteriormente e aquisição de conhecimentos que não tinha, até ao momento.

O objetivo dos estágios passa por se construir um futuro profissional, para fazer parte integrante de uma equipa multidisciplinar, sendo criativo, com pensamento crítico e reflexivo e com capacidade de tomar decisões importantes na área da saúde. Desta forma, o estágio em Enfermagem deve ser um campo de experiências onde se aplicam os conhecimentos e competências adquiridas, para uma prestação de cuidados baseada na evidência científica atualizada e especializada (Macedo, 2004).

O SU do polo HUC do CHUC é caracterizado como Polivalente, com capacidade de oferecer uma resposta diferenciada às situações de Urgência e Emergência. Sendo este serviço, também centro de trauma, é responsável pelo tratamento sistematizado e definido do doente politraumatizado grave.

Antes de iniciar este processo procurei refletir sobre as minhas dificuldades e necessidades, bem como qual poderia ser o meu contributo para o serviço como estudante de mestrado, mas também podendo dar continuidade como futura profissional no serviço.

Apesar de ter frequentado anteriormente uma Pós-Graduação em Urgência e Emergência, era nítida a minha necessidade de aumentar o conhecimento e experiência na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica. Porém, as dificuldades também se centravam na competência de gestão, um dos papéis fundamentais do enfermeiro especialista. Desta forma juntamente com o tutor, optámos por concentrar este momento de aprendizagem na gestão das áreas e coordenação do serviço; na sala de emergência, tendo em consideração a gravidade dos doentes; e na triagem, momento determinante no encaminhamento do doente, porque se não for triado da melhor forma pode atrasar a sua observação e, conseqüentemente, originar agravamento do seu estado de saúde (papel importante na prevenção secundária e terciária).

Por sua vez, o SMI assume a tipologia de unidade polivalente, nível III, que segundo o Ministério da Saúde (2017) se destina a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico. De forma a maximizar as competências pretendidas e completar as adquiridas no estágio anterior, esta fase foi organizada de forma a integrar e ter a perceção da dinâmica das diversas unidades.

Exponho de seguida as atividades desenvolvidas, baseadas nos projetos de aprendizagem e relatórios individuais de estágio realizados em cada estágio. Este encontra-se organizado em competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da gestão da qualidade, domínio da gestão de cuidados e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na intervenção da prevenção do controlo de infeção associados aos cuidados de saúde (IACS).

### **1.1. Competências Comuns**

Atualmente, a importância dos cuidados de enfermagem tem maior ênfase devido à exigência técnica e científica e à elevada qualidade dos cuidados, tornando necessário a diferenciação e especialização na profissão, de forma a existir consolidação e uniformização de procedimentos em vigor, concedendo autenticidade e objetividade aos mesmo.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007, p. 14) define que “o enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado

grau de adequação às necessidades do cliente”. Desta forma, é espectável que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos e práticas aprofundadas num determinado domínio de enfermagem, resultantes da experiência, e intervir de forma holística, com um elevado nível de qualidade, assumindo um papel diferenciado no seio da equipa multidisciplinar (Leite, 2006).

A atribuição do título de Especialista de Enfermagem faz-se acompanhar destas exigências e todas as especialidades partilham de um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As competências comuns adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios serão apresentadas de seguida.

#### 1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, é esperado que, no domínio da competência comum do enfermeiro especialista a responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro atue de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade é necessária a promoção de prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o estágio no SU senti que existem muitos constrangimentos inerentes à satisfação da privacidade e individualidade da pessoa hospitalizada, dificultando a satisfação completa dos direitos da mesma, devido às condições físicas do serviço e ao número elevado de profissionais e utentes em circulação. Considero também que lotação do serviço e a necessidade de colocação das pessoas em locais não concebidos para o efeito, é uma condicionante quando se fala em respeito pela privacidade do doente. No entanto, foi perceptível a preocupação da equipa multidisciplinar com esta questão, usando estratégias adaptativas de forma a assegurar ao máximo que a intimidade das pessoas fosse protegida e mantida.

Prestei cuidados de forma a satisfazer as necessidades da pessoa cuidada, recorrendo a todos os recursos disponíveis no serviço tais como biombo, cortinas ou deslocação da pessoa para locais do SU mais resguardados para a prestação de cuidados que envolvessem maior exposição, como a prestação de cuidados de higiene, mantendo a privacidade e dignidade da pessoa, que devido à própria condição já se encontra bastante frágil.

No enfermeiro de urgência, a relação humana é tão ou mais importante quanto a sua destreza nos procedimentos. Neste sentido realizei o acolhimento ao doente de forma empática, apresentando-me, tratando pelo nome e solicitei sempre o consentimento para a prestação de cuidados, respeitando o direito da pessoa à sua autodeterminação, como defende a Base 2 da Lei de Bases da Saúde. Esta refere que todas as pessoas têm direito “a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função dos planos de cuidados adotar” e “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos” (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, 2019, p.56).

Quando falamos de privacidade, falamos também da segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva, existem questões éticas que se levam relativamente à privacidade das informações clínicas, assim como a forma que é feita a passagem de turno, apesar serem consideradas fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados e segurança dos mesmos (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017). Neste sentido encontramos também algumas questões éticas na privacidade das informações prestadas ao familiar ou pessoa de referência, assim sendo esclareci tanto quanto me foi permitido, familiares ou acompanhantes dos doentes, procurado assim humanizar a experiência dos intervenientes. Pois acredito que quando as figuras emocionalmente importantes para o doente compreendem e apoiam os objetivos do tratamento e das nossas intervenções, conseguem manter e desenvolver esse comportamento após a alta do SU e ajudar nas tomadas de decisão.

No SMI, a preservação da intimidade e privacidade da pessoa acarreta alguns constrangimentos por ser um “espaço aberto”, tentando ser minimizado também com utilização de biombos. Tendo em conta a política de visitas, estas eram realizadas através de agendamento com o enfermeiro, não sendo permitidas visitas de diferentes doentes no mesmo períodos de tempo. Estas apenas entravam na unidade após os enfermeiros garantirem que a dignidade e intimidade de todos se encontravam devidamente assegurados, evitando cuidados que envolvessem a exposição do doente no tempo de permanência das visitas.

Tendo em conta a Base 2 da Lei de Base da Saúde, mencionada anteriormente, no SMI grande parte das pessoas, encontrava-se sedada e ventilada, levantando outra questão ética referente ao consentimento informado. Neste sentido a DGS (2015) defende que o consentimento pode ser presumido, sendo este aplicado na pessoa que se encontra inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa. O enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram implicados devidamente no processo e plano de cuidados (OE, 2015).

O aperfeiçoar de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade resulta da experiência, das aprendizagens que decorrem durante o ciclo profissional e pessoal, melhorando a capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, de forma assertiva e empática tendo por base o respeito e aceitação incondicional das vontades, crenças e valores individuais.

A ética e a responsabilidade são princípios assentes no código deontológico dos enfermeiros, tendo por base a humanização dos cuidados de enfermagem, sendo estes os pilares da profissão, foram fundamentais em ambos os estágios.

### 1.1.2. Domínio da gestão da qualidade

As unidades de saúde têm assistido a grandes mudanças nas últimas décadas, devido à procura cada vez mais exigente e informada de cuidados de saúde por parte dos utilizadores, levando à mobilização de esforços por parte das instituições, no sentido de melhorar os cuidados de saúde. As estratégias adotadas, tendo por base as necessidades e requisitos dos utilizadores, conduzem a um aumento dos níveis de satisfação e lealdade, bem como o reconhecimento da competitividade e qualidade das unidades de saúde (Jaksic-Stojanovic & Jankovic, 2020).

Atualmente existe também uma maior preocupação face à melhoria da qualidade, surgindo com frequência programas de melhoria em vários domínios dos cuidados de enfermagem.

A OE (2017) refere que com o objetivo de cumprir os padrões de especializados de enfermagem, o enfermeiro com acréscimo de competência encontra-se numa procura constante dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família, que estão a vivenciar processos médicos e ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação, fazendo a gestão do risco e do ambiente, adequando a sua resposta de maneira a manter a segurança de todos os intervenientes no processo do cuidar.

O Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, emitido pelo Ministério da Saúde é sustentado em cinco pilares: a cultura da segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas seguras em ambientes seguros.

Neste domínio considero ter revelado um papel ativo e relevante junto da equipa e dos doentes, principalmente na área da prevenção de ocorrência de lesões por pressão e de quedas, na segurança e utilização da medicação, na identificação inequívoca dos doentes e na segurança da comunicação, garantindo sempre o cumprimento dos pressupostos, tendo

em consideração as particularidades e complexidades inerentes ao SU e SMI. Destaco apenas alguns momentos de reflexão e aprendizagem realizados juntamente com as equipas.

De forma a fomentar a segurança da pessoa é necessário implementar uma cultura da mesma no seio da equipa, recorrendo a discussões sobre os erros, comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e elaboração de normas e protocolos de segurança com o objetivo de uniformizar a colaboração entre as equipas.

No SU, pude constatar algumas falhas no processo de comunicação na transmissão de cuidados, uma delas é no momento de internamento do doente, onde é o enfermeiro responsável pela área que assume essa função. No meu ponto de vista faz sentido ser o enfermeiro que se responsabilizou pela prestação de cuidados do doente durante a permanência no SU, a transmitir a informação ao enfermeiro que irá receber a pessoa no internamento e dar continuidade aos cuidados prestados. Só assim se garante transferências de cuidados estruturadas, evitando erros, omissões, atrasos de tratamento e tratamento inadequado. No entanto de forma a minimizar as falhas e a uniformizar o processo de transmissão de informação, esta é realizada utilizando a metodologia ISBAR, diminuindo o erro e melhorando os padrões de qualidade e segurança dos cuidados ao doente.

À semelhança do SU, também o SMI utiliza a metodologia supracitada na comunicação de transição de cuidado, contudo é efetuada num ambiente mais controlado, diminuindo a possibilidade de erro.

The Victorian Quality Council Safety and Quality in Health (2010), refere que as falhas de comunicação são dos incidentes mais mencionados na literatura, sendo responsáveis por cerca de 60% a 70% dos eventos adversos que ocorrem durante o processo de transferência. De forma a diminuir os incidentes, a DGS emitiu uma norma com orientações sobre a transição de cuidados, onde refere que para o processo de transição não colocar em risco a segurança do doente deverá constar a seguinte informação: I corresponde à identificação; S à situação atual; B aos antecedentes; A à avaliação e R às recomendações. Portanto, a técnica de uniformização da transição de cuidados validada para Portugal de acordo com a DGS é a ISBAR (DGS, 2017).

Tendo em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, estabelecidos pela OE em 2001, no contexto da pessoa em situação crítica destaco a necessidade de prevenção de complicações, principalmente no que diz respeito às úlceras de pressão no SU recorrendo a implementação de estratégias facilitadoras do cuidar, como planeamento e registo da recorrente alternância de decúbitos efetuado à pessoa em situação crítica. Sobre este indicador de cuidados de enfermagem, seria importante acrescentar a utilização de um instrumento de avaliação de risco, a escala de Braden. Segundo o Nacional Institute for Health and Care Excellence (2014), a avaliação da pele deve ser realizada no

momento da admissão, nas primeiras 6h e após 24h no serviço de urgência ou sempre que exista instabilidade hemodinâmica.

Uma avaliação compassiva da pele não é se limita a um evento único na admissão. É necessário repetir regularmente para perceber se ocorreram alterações da condição da mesma. Frequentemente na admissão do doente, o enfermeiro tem a colaboração do assistente operacional para retirar a roupa ao doente e vestir bata hospitalar. Neste momento eles podem ter em atenção áreas suscetíveis da pele e reportar ao enfermeiro, para que possa avaliar e validar. A inspeção da pele pode ser faseada por vários momentos, por exemplo quando o enfermeiro aplica o oxigénio, pode observar as orelhas para identificação de possíveis zonas de pressão pelo tubo e observar a parte posterior da cabeça. Outro exemplo é quando se verifica a permeabilidade do cateter venoso periférico, podem ser observados os braços e cotovelos ou quando se prestam cuidados observar a área da pele exposta, principalmente nas proeminências ósseas.

Neste sentido Berlowitz (2014), refere que algumas das barreiras são encontrar tempo para avaliação adequada da pele, existência de enfermeiros que não se sentem motivados para reportar alterações anormais da pele e uso de documentos que não são consistentes com os componentes de avaliação. Durante a minha permanência no SU verifiquei que uma das limitações no seio da equipa era a documentação das alterações da pele e das intervenções em sistema informático, devido à transição, do Alert para o SCLINIC. Assim, fazendo uso da minha experiência com o SCLINIC desde há 5 anos, fui partilhando o conhecimento sobre as funcionalidades do mesmo com os enfermeiros do SU, desmitificando o sistema informático, com vista a melhorar os registos de enfermagem, tornando-os mais completos.

A Triagem de Manchester é o sistema de triagem de doentes que está implementado no SU dos HUC. Para uma correta triagem é necessário observar e compreender a prioridade dos doentes, consoante a queixa/gravidade clínica: é necessário identificar a queixa principal do doente, identificar o fluxograma adequado à queixa, identificar o discriminador específico, determinar a prioridade clínica e encaminhar o doente para a área de serviço correspondente.

A capacidade de colheita de dados, bem como capacidade de observação e a tomada de decisões devem estar presentes, sendo necessário desenvolver competências como dinamismo, destreza e perceção dos sinais/queixas emitidos/mencionados pelo doente, tornando-se fundamentais para a construção de um bom enfermeiro triador. Posto isto, no decorrer do meu estágio no SU, deparei-me com uma equipa jovem e alguns elementos recém-chegados, que tinham realizado a formação de triagem há pouco tempo e por isso haviam algumas inseguranças e dúvidas que permaneciam, principalmente na ativação da via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC). Assim, senti necessidade de realizar uma formação, tendo presente o fluxograma preconizado pelo hospital (Apêndice I), para que pudéssemos refletir juntos, debater algumas questões pertinentes e reforçar o sentido de alerta para alguns

sintomas referentes ao AVC. As Vias Verdes apresentam-se como os protocolos com maior impacto na produção de ganhos em saúde para o doente, dado que quanto mais precocemente forem ativadas, diminuem tempos de espera.

No SMI, a equipa foi surpreendida pelas novas orientações na monitorização do doente crítico sob administração de vasopressores. Estas defendem que a monitorização através do Cateter Swan-Ganz é a mais fidedigna e correta, no entanto este cateter tinha entrado em desuso, neste serviço, há alguns anos pelas contra-indicações, riscos e complicações associados à sua utilização.

O cateter Swan-Ganz apareceu pela primeira vez em 1970 e revolucionou o tratamento do doente crítico, no sentido em que permitiu o registo dos parâmetros hemodinâmicos na artéria pulmonar e a avaliação do débito cardíaco pela técnica de termodiluição. Segundo Knobel et al., (2006) as principais indicações do Swan-Ganz são: na verificação das funções cardiovasculares em caso de enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca refratária e descompensada, cirurgias cardíacas de grande dimensão em doentes com cardiopatia relevante, tamponamento cardíaco e disfunção valvar; para diagnóstico diferenciado de edema pulmonar cardiogénico; nas situações de choque de qualquer origem e instabilidade hemodinâmica; em doentes politraumatizados graves ou com queimadura extensa para monitorização de volémia; e nos casos de insuficiência respiratória e hipertensão pulmonar.

Contudo, se por um lado esta técnica possibilita uma monitorização mais fidedigna do doente, por outro pode constituir um grave problema de vida para o mesmo, nomeadamente pelo risco de infeção, é fundamental a segurança e eficácia da sua utilização e manipulação. Sendo também uma equipa muito jovem, a maioria dos enfermeiros desconhecia este cateter e o seu propósito, neste sentido foi-nos sugerida a realização de uma formação (Apêndice II), bem como um folheto informativo (Apêndice III) com diretrizes orientadoras sobre os cuidados de enfermagem durante a colocação, manutenção, manipulação, monitorização e remoção do cateter.

### 1.1.3. Domínio da gestão de cuidados

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) exige competências na área da gestão de recursos humanos e materiais e na área de gestão de cuidados.

A enfermagem é a profissão que centraliza a capacidade humana no cuidar, e como refere Santos et al (2013), a gestão de cuidados foca-se no doente e nas suas necessidades, abrangendo ações educativas, administrativas e de cuidado em benefício do mesmo, concentrando-se em desenvolver condições e organizar o trabalho em função do cuidar. A

gestão de cuidados em enfermagem revela-se promotora de cuidados de saúde mais seguros, quando há uma minimização de acidentes e incidentes. Tendo em conta que o estado de saúde do doente pode ser influenciado de forma negativa ou positiva pelo ambiente que o rodeia (ventilação, ruído, luminosidade, entre outros), é da responsabilidade do enfermeiro gerir o meio envolvente evitando desenvolvimento de complicações e garantindo a recuperação da saúde do doente.

A cultura de segurança do doente está inserida no campo de atuação de enfermagem, sendo o enfermeiro quem gere os cuidados e os estímulos ambientais de forma a promover resultados de qualidade e ganhos em saúde e diminuir os riscos. Assim pode-se concluir que a segurança do doente pode ser consequência da qualidade das intervenções autónomas de enfermagem, bem como da comunicação adequada entre os vários elementos da equipa multidisciplinar. Desta forma é possível afirmar que o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro que exerce funções de gestão tem um papel fundamental na promoção na segurança e melhoria da qualidade dos cuidados.

Durante os estágios foram várias as oportunidades que tive de forma a desenvolver competências neste domínio, principalmente na gestão de cuidados, bem como na gestão de recursos humanos e materiais, participando em processos de tomada de decisão e apresentando soluções eficientes de modo a contribuir na resolução de problemas relacionados com a prestação de cuidados. Estas competências foram desenvolvidas em ambos os estágios, acompanhado os enfermeiros tutores nas suas funções de responsável de turno e/ ou coordenação.

Segundo o regulamento supracitado, o enfermeiro especialista deve possuir competências que lhe permitam uma gestão dos cuidados e dos recursos, de forma rápida e eficaz, adequada à complexidade do contexto em que se encontra inserido desenvolvendo um processo de tomada de decisão efetiva, tendo por objetivo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Desta forma é o enfermeiro especialista que assume a coordenação e se torna responsável pelo turno, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a restante equipa multidisciplinar, tendo por base modelos de liderança e de gestão de recursos. Este deve ser proactivo e fomentar o desenvolvimento profissional da sua equipa, através da supervisão das atividades desenvolvidas, motivando e ajudando nas atividades diárias, garantido o cumprimento de protocolos da instituição e identificando lacunas e carência de formação.

Para além da gestão da equipa de enfermagem, o enfermeiro coordenado assume a gestão dos assistentes operacionais consoante as necessidades do serviço e controla a manutenção dos equipamentos médicos e hospitalares, necessários para manter a operacionalidade do serviço.

O enfermeiro coordenador deve ser detentor de uma comunicação efetiva, apresentando capacidade de empatia, liderança, espírito de equipa e tomada de decisão, devendo ser flexível e apresentando capacidade de mudança, adaptação e inovação. Este torna-se um elemento orientador e moderador das dinâmicas multidisciplinares, pois assume a responsabilidade de articular situações diárias que necessitam de resposta imediata e eficaz com a equipa médica, outras instituições ou entidades e serviços da instituição, ajudando no processo de tomada de decisão com competência relacional, ética e de forma efetiva. No SU é o coordenador que gere a transferências dos doentes para a SMI e para o Unidade de Cuidados Intermédios Médicos e que agiliza e articula com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a chegada de doente acompanhado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. No SMI é o enfermeiro coordenador que articula a transferência de um doente para o internamento, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico.

É também das suas competências saber gerir e negociar conflitos com imparcialidade, coordenar circuitos de comunicação efetiva dentro do serviço e da instituição e integrar os novos elementos da equipa de enfermagem, tendo sempre por base a melhoria continua da qualidade e desenvolvimento profissional, a gestão dos cuidados e a responsabilidade profissional e ética.

A OE (2017) define os indicadores de qualidade (IQ) em saúde como sendo instrumentos de avaliação que reconhecem a presença de um fenómeno, a sua intensidade e relevância permitindo através da sua monitorização identificar problemas ou situações de melhoria potencial em Portugal. Os IQ revelam que existe uma grande afluência aos SU e demonstram a dificuldade na resposta em tempo útil às necessidades dos doentes.

Em 2021, verificaram-se 39.269 episódios não urgentes no SU do HUC (Relatório de Contas de 2021), que corresponde a 24,6% do total dos atendimentos, demonstrando uma resposta inadequada dos cuidados de saúde primários e uso indevido do mesmo pela população. Esta condição faz com que haja um maior fluxo de doentes diariamente, tornando-se um desafio para os profissionais do SU. Destaco aqui, as funções do enfermeiro de coordenação, pois deste é esperado que saiba gerir a sua equipa e outros recursos perante o fluxo de doentes apresentado em cada área, que supervisione o elevado nível de conhecimento e desempenho da equipa perante as urgências e emergências que surgem. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental na melhoria dos IQ, gerindo recursos materiais e mobilizando elementos para setores em situação de crise ou catástrofe, tendo em conta as competências dos elementos e adaptando-se às necessidades da área em causa.

## 1.2. Competências específicas

A Ordem dos Enfermeiros (2018), refere que a área de Enfermagem Médico-Cirúrgica tem uma grande abrangência, onde a prestação de cuidados requer conhecimentos especializados em áreas emergentes, sendo por isso imprescindível especificar competências consoante o destinatário e o contexto da intervenção.

A pessoa em situação crítica é aquela que a vida se encontra ameaçada por falência orgânica ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização, intervenções e terapêutica (OE, 2018). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são diferenciados, qualificados e prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato de falência orgânica, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as suas funções básicas de forma adequada, antecipando e evitando complicações e incapacidades, com o objetivo da sua recuperação total.

De seguida abordo as competências específicas, mencionadas no artigo 135º do Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica e as atividades desenvolvidas na área da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e prevenção de IACS, em contexto de Urgência e Cuidados Intensivos.

### 1.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Esta competência tem um grande alcance e por isso torna-se umas das mais importantes e fundamentais do meu desenvolvimento profissional na prática especializada, uma vez que se refere à intervenção direta junto da pessoa a quem são prestados cuidados de Enfermagem.

A evolução da área da saúde associadas à produção de novas evidências juntamente com a evolução da área tecnológica requer uma constante atualização de conhecimentos e um aperfeiçoar de competências com o objetivo de ter ganhos em saúde com cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Os cuidados à Pessoa em Situação crítica, quer em contexto de SU, quer em contexto de SMI, exigem do enfermeiro uma vigilância contínua de focos de instabilidade. Assim sendo, o enfermeiro especialista deve de forma antecipada prever possíveis alterações hemodinâmicas e físicas da pessoa que dão origem a instabilidade.

Essas alterações acontecem muitas vezes de forma lenta e quase indetetável, mas são de grande importância na compensação, manutenção e recuperação do doente crítico.

Sendo necessário que o enfermeiro que desempenha funções nessa área tenha conhecimentos técnicos e científicos consolidados e atualizados nas diversas áreas de atuação.

Como referido anteriormente, o estágio decorreu num serviço de urgência Polivalente e com centro de Trauma, centralizando a prática dos cuidados à pessoa em situação em contexto de emergência, o que possibilitou o contacto com a pessoa em situação crítica e promoveu a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos na prestação de cuidados de qualidade e seguros em tempo útil.

Na minha opinião uma das funções mais importantes num SU, realizadas pelo enfermeiro centra-se na triagem dos doentes. Esta é efetuada segundo o que está preconizado pelo sistema de Triagem de Manchester. É um sistema que consiste na identificação sistemática de critérios de gravidade dando a conhecer a prioridade clínica e o tempo de espera a que o doente estará sujeito até à observação médica, de forma justa e objetiva, de acordo com parâmetros clinicamente seguros.

A capacidade de colheita de dados bem como a capacidade observacional de doentes e a tomada de decisão devem estar presentes, necessário desenvolver competências como dinamismo, destreza e perceção dos sinais/queixas emitidos/referidos pelo doente, tornando-se fundamentais para a construção de um bom enfermeiro triador. Aqui tive oportunidade de realizar triagem de doentes e simultaneamente estar alerta a sinais e sintomas que muitas vezes não eram verbalizados pelos mesmos.

A tomada de decisão acaba por ser sustentada pela o sistema de triagem, no entanto é preciso conseguir interpretar o doente para escolher o fluxograma indicado. Tive um doente que veio por dor torácica tipo aperto com irradiação retrosternal e dei início ao protocolo de dor torácica, para que este fizesse o eletrocardiograma (ECG) imediato (menos de 10 minutos), no entanto não se verificaram alterações.

Considero um dos setores mais importantes de um SU já que se um doente não for triado da melhor forma pode atrasar a sua observação e, conseqüentemente, originar agravamento do seu estado de saúde (papel importante na prevenção secundária e terciária).

Tendo em conta as características do meu local de estágio, foi possível atuar em diversas situações, nomeadamente, doentes politraumatizados e monotraumatizados graves, do foro neurocirúrgico, do foro cardíaco, medicina intensiva e cirurgia vascular. As pessoas admitidas em sala de emergência encontram-se em situações clínicas extremamente complexas, com enorme probabilidade de deterioração durante a fase aguda da doença, tornando-se fundamental garantir a qualidade dos cuidados prestados em situação de emergência salvaguardando a sua segurança, sendo emergente uma atuação rápida e eficaz por parte da equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados ao doente crítico, pressupõe o domínio de várias competências e implementar os protocolos existentes nas situações de urgência e emergência. A correta organização dos cuidados de enfermagem é fundamental. Tentei abordar o doente com base na abordagem e avaliação inicial recorrendo à metodologia sistematizada “ABCDE”, procurando focos de instabilidade ou falência orgânica e atuando sobre os mesmos, de uma forma eficaz.

Sendo que: A é a permeabilização da via aérea e coluna cervical; B é a correta ventilação e oxigenação; C é assegurar a circulação cardiovascular com controlo de hemorragia; D é avaliação da disfunção neurológica; E é a exposição com controlo da temperatura e privacidade.

A dedicação exclusiva a um doente permitiu-me ter uma visão completa das suas necessidades, de maneira a conseguir dar uma resposta imediata e de forma cuidadosa, identificando focos de instabilidade através da aquisição de estratégias de trabalho e permitindo a formulação de diagnósticos de enfermagem. Realizando sempre reflexão individual e conjunta com meu orientador, no início e no final de cada turno e sempre que suscitasse dúvidas ou incertezas.

Foram várias as oportunidades de aprendizagem neste estágio derivadas à centralidade deste hospital. Neste SU a existência de uma via verde Acidente Vascular Cerebral, via verde Coronária, via verde Sépsis e via verde Trauma possibilita o encaminhamento rápido e eficaz e diferenciado dos utentes que manifestam sintomatologia que está definida como critério de ativação destes protocolos. As duas primeiras destaco-as como as mais frequentes e onde mais pude intervir durante o meu estágio.

Na via verde AVC, tendo em atenção ao estado de consciência, mantendo a via aérea permeável e monitorizando o doente, se este não vier referenciado do pré-hospitalar ou de outro hospital, o enfermeiro deve identificar os critérios de gravidade: dificuldade na fala, desvio da comissura labial e diminuição da força num dos membros, estes possuem grande importância para despiste do AVC. O registo do início dos sintomas e a realização de exames complementares, nomeadamente Tomografia Axial Computorizada (TAC) são de grande importância, pois o tecido cerebral é extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea. Em cada minuto de isquemia, um número elevado de células cerebrais é destruído (Norma nº 015/2017, Direção Geral da Saúde). Desta forma a intervenção precoce faz a diferença, porque a terapia reperfusora é capaz de promover a recuperação dos défices neurológicos e a redução da incapacidade funcional. Durante o estágio tive oportunidade de identificar sinais de gravidade com ativação imediata de via verde AVC, prestando os cuidados inerentes e acompanhando o doente à TAC e à sala de angiografia.

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) descreve-se com sendo a necrose irreversível do miocárdio, levando a uma diminuição súbita ou mesmo total do aporte sanguíneo num

determinado local do miocárdio. Este pode identificar-se através de sinais de gravidade como: dor torácica de início súbito, com ou sem irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço ou mandíbula. Deve ser solicitado ECG simples de 12 derivações, urgente e deve ser realizado em tempo inferior a 10 minutos. Também na Via Verde Coronária o tempo é crucial para restabelecer a perfusão coronária, com a maior brevidade possível, assim é necessário monitorizar com desfibrilhador (pás), atuar no alívio dos sintomas e causas. Administra-se oxigénio se o doente manifestar sintomas de hipoxemia (saturação O<sub>2</sub> inferior a 90% ou Pressão Arterial O<sub>2</sub> inferior a 60 mmHg), ácido acetilsalicílico 300mg via oral, ticagrelor 180mg via oral, nitratos e morfina via endovenosa para alívio da dor. Após estabilização do doente, este é encaminhado à sala de hemodinâmica, onde é submetido a intervenção coronária percutânea, onde surgiu a oportunidade de assistir à revascularização coronária do doente com colocação de dois stents através da linha radial à direita. Após intervenção de perfusão é transferido o doente para a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Tive oportunidade de acompanhar e participar nos cuidados ao doente com EAM, desde a sua admissão no SU até ao internamento.

Uma via verde Coronária pode ser ativada se o EAM com supradesnivelamento do segmento ST for detetado no pré-hospitalar e acionada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) ou em casos de transferência inter-hospitalar com contato prévio estabelecido com cardiologista. Sendo o SU um centro de referência da zona centro com sala de hemodinâmica, recebíamos alguns doentes vindos de outros hospitais. Sendo necessário uma atuação rápida, pois a angioplastia primária é a terapêutica de primeira linha, com um tempo ideal de 2 horas após o início de sintomas. Quanto menor for o intervalo de tempo entre o início de sintomas (ou o primeiro contato médico) e a realização de angioplastia, maior será o benefício da mesma (Ponce, 2018).

Enquanto futura enfermeira especialista tive necessidade de realizar uma pesquisa baseada na mais recente evidência científica de forma a ser capaz de identificar focos de instabilidade na pessoa em situação crítica com o intuito de dar resposta rápida e eficaz revertendo as falências existentes.

A segurança dos cuidados, a otimização dos resultados em enfermagem, a adoção da prática autónoma do enfermeiro, e o desenvolvimento profissional otimizado, são resultados de uma rigorosa investigação. Pinho (2020), defende que tomadas de decisão mal informadas ou baseadas no hábito poderão estar na base de erros e na prestação de cuidados de má qualidade, inúteis, ineficazes ou até, com efeito nefasto.

O desenvolvimento tecnológico leva à promoção, prevenção e melhoria dos cuidados de saúde, exigindo uma atualização de conhecimentos com o objetivo de uma prestação de cuidados de enfermagem segura e de qualidade.

Os progressos da Medicina Intensiva e a capacidade para preservar e recuperar as funções vitais, em situações de disfunção ou falência orgânica são o resultado desse avanço tecnológico e dos conhecimentos, permitindo a reformulação do conceito e limites da intervenção da Medicina. Assim foi possível adquirir-se conhecimentos mais aprofundados sobre a fisiopatologia e terapêutica, alterando a capacidade de diagnóstico e tratamento de doenças, antes, inevitavelmente fatais.

Neste sentido, tive oportunidade de prestar cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva (VMI), compreender e interpretar os parâmetros. O ventilador possui a função primordial de substituir ou assistir toda a mecânica ventilatória do doente, através de um tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia. Um dos objetivos a atingir com a VMI passa por eliminar o dióxido de carbono e manter uma oxigenação eficaz dos tecidos (Pinho, 2020).

Pude observar e participar no processo do desmame ventilatório, que consiste na passagem de uma ventilação controlada, para uma ventilação de suporte e, seguidamente, para ventilação espontânea. Considera-se que o desmame ventilatório foi bem-sucedido quando um doente se consegue manter durante 48 horas sem necessidade de ser ventilado (Pinho, 2020).

A avaliação secundária do doente crítico e os registos dos dados colhidos são de carácter permanente ao longo das 24 horas, em todos os turnos. Alguns parâmetros são monitorizados de hora a hora, sendo uma vigilância constante o que permite perceber de que forma o doente responde aos procedimentos e terapêuticas a que é submetido, permitindo adequar os mesmos, prevenindo e evitando o agravamento ou complicações do estado do doente e otimizando os resultados.

A pressão arterial é avaliada de uma forma invasiva, através de um cateter arterial, permitindo uma monitorização contínua e uma pressão de perfusão adequada. A pressão venosa central é avaliada também de forma invasiva através do cateter venoso central. A frequência cardíaca consegue-se avaliar através da monitorização constante da atividade elétrica cardíaca. Interpretando os valores da monitorização e detetando alterações ou lesões da função cardíaca, consegui desenvolver a minha autonomia na otimização de fármacos vasoativos de forma a obter valores de referência estabelecidos pela equipa médica para manter a estabilidade hemodinâmica do doente.

A diurese horária permite-nos perceber o funcionamento dos órgãos nobres através da vigilância do funcionamento renal. A insuficiência renal aguda é uma patologia comum no doente crítico dos cuidados intensivos, que segundo Pinho (2020) está geralmente associada a disfunção multiorgânica e sépsis. Após a sua instalação, a tendência é progredir rapidamente, tornando-se uma patologia com elevadas taxas de mortalidade. Neste sentido estes doentes necessitam de técnica de substituição renal (TSR) extracorpóreo, esta é utilizada para repor o equilíbrio dinâmico do organismo durante a disfunção renal, com

indicação para remoção de líquidos, remoção de solutos e correção de desequilíbrios eletrólitos e ácido-base, por via de quatro princípios difusão, osmose, ultrafiltração e convexão. Entre as várias técnicas de substituição renal, a equipa médica escolhe aquela que mais se adequa ao estado clínico do doente, garantindo a homeostasia metabólica, impedido a sobrecarga hídrica e prevenindo a falha de outros órgãos (Ponce & Mendes, 2015)

Tive oportunidade de prestar cuidados ao doente submetido a hemodiafiltração venovenosa contínua. Esta é uma das TSR que proporciona um aumento da eficácia dialítica comparativamente à hemodiálise convencional. A velocidade da circulação do dialisante é mais lenta, há uma baixa velocidade de bomba de sangue que se junta a uma diluição infundida continuamente num compartimento externo ao filtro originando gradiente de concentração e aumentando a eliminação de fluidos e/ou a depuração de solutos e resíduos por difusão (Torres, 2012)

Desenvolvi também a minha autonomia na utilização de outras perfusões contínuas, como a sedação. Esta encontra-se inserida no tratamento do doente crítico e permite diminuir a ansiedade, estabelece um repouso apropriado e diminui sensações menos agradáveis de alguns procedimentos. Pinho (2020) refere que os objetivos da sedação são: tratar as doenças subjacentes, facilitar a tolerância à intubação, ventilação mecânica, terapêutica e hipotermia, diminuir o consumo de oxigénio do doente, reforço em tratamentos paliativos e realização de procedimentos invasivos. A qualidade e profundidade da sedação dos doentes do SMI são avaliadas pela Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS), esta varia entre -4 e +4 e segundo o protocolo Sedo-Analgia presente no serviço, é avaliada de seis em seis horas e sempre que necessário.

A dor é o 5º sinal vital e é transversal a todos os processos patológicos e no SMI a maior parte dos doentes não têm capacidade de fazer uma autoavaliação da dor. Mas na verdade a maioria destes passam por procedimentos invasivos ou cirúrgicos que provocam estímulo doloroso, o que se torna uma preocupação no seio da equipa multidisciplinar. Desta forma tive necessidade de utilizar a Escala Comportamental da Dor, que avalia a expressão facial, o movimento dos membros superiores e inferiores e a adaptação ventilatória, sendo que o valor de referência se situa entre o 0 e o 3. Segundo protocolo, esta avaliação é feita de seis em seis horas ou sempre que por pertinente. A dor não controlada pode provocar efeitos secundários e tornar-se um fator de stress, aumenta a ansiedade e agrava o delírio.

As medidas não farmacológicas acompanham as farmacológicas com o objetivo de prevenir e tratar. Consegui proporcionar algumas destas medidas durante o meu estágio, com o intuito de diminuir a dor e facilitar a sedação, mantendo uma relação de confiança, mantendo o conforto do meio envolvente, alternando o posicionamento e prevenindo as úlceras de pressão e optar por manter uma comunicação verbal e não verbal assertiva apesar da “ausência de resposta”.

O cumprimento de protocolos foi uma constante durante o estágio no SMI e isso permitiu-me tornar-me autónoma de forma progressiva e ajudou-me na tomada de decisão sustentada e devidamente fundamentada. Percebi que é uma forma da equipa conseguir trabalhar de forma unanime, favorecendo a prestação de cuidados de enfermagem de forma completa e segura.

Lima et al (2021) define protocolo como um documento sistematizado criado com base científica presente na literatura, que visa orientar, unificar e padronizar o cuidado, com o objetivo de diminuir os riscos e eventos adversos durante os cuidados prestados.

O mesmo autor defende que o uso de protocolo proporciona disseminação do conhecimento e a comunicação entre os profissionais, melhorando a qualificação dos mesmos mediante a tomada de decisão.

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

Segundo as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da Pessoa em situação crítica, que está definido pela OE (2018), o enfermeiro especialista deve ser capaz de cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; deve conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planeia resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

A Direção Geral da Saúde (2010), refere que qualquer plano para as situações descritas anteriormente, deve ser feito de forma sistematizada e organizada, prevendo possíveis fatores desencadeadores de desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, assegurando a simplicidade dos procedimentos e a eficácia dos mesmos. Desta forma, é necessário que todos os profissionais de saúde importantes neste plano, sejam conhecedores do mesmo e da sua função perante este, de forma antecipada.

Durante os estágios, tanto no SU como no SMI, não me deparei com nenhuma situação de catástrofe ou multivítimas. Desta forma não me foi possível participar no plano de emergência. Contudo, consultei o plano de emergência internada do CHUC, onde fiquei a conhecer a existência da Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência, homologada no regulamento interno do hospital. Esta é composta por nove membros, sendo um deles o presidente do conselho de administração, que coordena e tem como objetivos: “assegurar a articulação e colaboração com o Serviço de Proteção Civil, Instituto Nacional de Emergência Médica, de corporações de bombeiros e Cruz Vermelha, quando for necessário;

promover a elaboração dos planos de catástrofe e planeamento da emergência externa e interna de acordo com a natureza dos hospitais, visando uma resposta eficaz às situações de maior risco potencial na área do concelho de Coimbra e em toda a sua área de influência; manter estes planos atualizados e operacionais de acordo com a análise dos respetivos riscos; organizar os meios de modo a garantir uma atuação eficaz na utilização dos recursos humanos e materiais; promover a formação e o treino dos profissionais do CHUC em conformidade com os planos de emergência.”

Um simulacro seria uma experiência bastante enriquecedora, pois permite que todos os intervenientes colaborem no planeamento, resposta e avaliação de uma eventual situação de catástrofe e ou emergência com multivítimas. Permitindo ter uma perceção da gestão adequada de recursos humanos e materiais disponíveis de acordo com o plano interno.

- 1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção 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 adequadas

Uma reduzida taxa de incidência de infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS) é considerada IQ, já o inverso inviabiliza a qualidade dos cuidados prestados. A DGS (2017b), refere que esta é uma problemática a nível mundial e uma ameaça à segurança dos cidadãos. As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, podem agravar o diagnóstico e prolongam o internamento da pessoa doente e agravam os custos em saúde. É imperativo identificar e diminuir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes e consequentemente reduzir as taxas de infeção.

À semelhança da importância do controlo das infeções, também o controlo das resistências aos antimicrobianos são uma prioridade para garantir a prestação de cuidados de qualidade e de segurança ao doente. Assim sendo no Despacho n.º 15423/2013 (Diário da República, 2013), os objetivos gerais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) são: reduzir a taxa de IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Tendo em vista a implementação destes objetivos, são criados os Grupos de Controle Local-PPCIRA, constituídos por uma equipa multidisciplinar obrigatória com médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos ligados à área de intervenção. Este grupo deve, entre outros: supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo da infeção e de uso de antimicrobianos; e promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção,

nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual (EPI). A responsabilidade pela prevenção e controlo das IACS é interdisciplinar, individual e colativa, sendo necessário que cada individuo tenha consciência e noção do papel que desempenha.

Ao longo do estágio verifiquei que as equipas, tanto do SU com do SMI, apresentavam grande preocupação com o controlo de infeção e tentavam ao máximo implementar mecanismos de forma a realizar este tipo de controlo e a criação de um ambiente seguro para todos os envolvidos.

Nem sempre é fácil ter em atenção um conjunto de procedimentos relativos à prevenção e controlo da infeção quando estamos perante um doente que dá entrada no SU, onde é preciso cuidar o doente numa situação de doença súbita e num curto espaço de tempo, podendo levar a prevenção de infeção para um segundo plano. Porém, os princípios básicos à prevenção da infeção devem estar presentes, de forma a reduzir a ocorrência de eventos adversos com o intuito de não agravar a situação clínica do doente, que se encontra por si só vulnerável.

No entanto uma problemática constante que se verifica nos SU, é que estes são desprovidos de uma estrutura física ajustada à realização de determinados procedimentos e sem capacidade de acolher de forma adequada o número de doentes que lá recorrem, tendo em conta o controlo ambiental. O que leva a um número de doentes muito superior ao ideal, alocados numa só sala, onde o risco de contraírem uma infeção que não possuíam à entrada, é muito elevado.

O REPE (2011) refere que o enfermeiro deve diagnosticar as necessidades do serviço pertencentes à prevenção e controlo de infeção, com o objetivo de definir estratégias proativas a implementar no serviço. Tendo em conta esta premissa, na minha opinião, deviam haver mais horas de formação para toda a equipa multidisciplinar, tendo por base o incentivo dos princípios básicos do controlo de infeção.

No SMI, toda a equipa multidisciplinar estava sensibilizada com a problemática das IACS, sendo que todos desempenhava várias ações, com o intuito de minimizar a disseminação de microrganismos, usando de EPI's e a lavando as mãos sempre que se justificasse. Neste serviço todas as colheitas de espécimes bacteriologias, como hemoculturas, uroculturas, aspirados traqueobrônquicos, pesquisa de *Klebsiella Pneumoniae* através da zaragatoa retal, têm protocolos e são realizadas logo após a chegada da pessoa à unidade. Durante o internamento, as hemoculturas e uroculturas são uma constante, mantendo a monitorização apertada, no que respeita às IACS.

Referente à manutenção e manuseamento do Cateter Venoso Central (CVC) e ao feixe de intervenções relacionados com a prevenção da sua infeção, são avaliados diariamente. São descontaminadas as conexões e pontos de acesso dos sistemas e prolongadores com

cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% antes de qualquer manuseamento é avaliada a condição do penso, o local de inserção do cateter e dos pontos, de modo a determinar a necessidade de mudança. Se fosse necessário proceder à realização de penso, era utilizada a técnica asséptica.

Sendo as nossas mãos o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS, a higiene das mãos torna-se o procedimento basilar efetivamente capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos responsáveis pela grande maioria das infeções hospitalares.

A prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde deve ser um foco de atenção na gestão dos cuidados, tornando-se imprescindível que o enfermeiro especialista contribua e promova as boas práticas, junto da equipa multidisciplinar, através do desenvolvimento de conhecimentos e implementação de estratégias em cada contexto específico, gestão de cuidados, liderança e capacitação das equipas, sendo que estas se traduzem na qualidade dos cuidados prestados à pessoa e num ambiente terapêutico seguro.

## **PARTE II – Investigação desenvolvida**

**Prestação de cuidados de enfermagem ao doente paliativo que recorre ao serviço de urgência – *Revisão Scoping***

**Deliverance of nursing care to palliative patients who resort to the emergency service – *Scoping Review***



## Resumo

O presente estudo teve como objetivo central efetuar uma scoping review sobre as intervenções de enfermagem direcionadas a pessoas em cuidados paliativos que procuram atendimento no Serviço de Urgência (SU). Os objetivos específicos foram os seguintes: (1) Investigar como ocorre a integração dos doentes em cuidados paliativos no ambiente de um SU; (2) Analisar os tipos de cuidados prestados aos doentes em fim de vida no SU, incluindo intervenções técnicas, comunicação efetiva e suporte emocional; (3) Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente em fim de vida no SU, abordando desafios como comunicação, recursos e capacitação profissional.

A pesquisa ocorreu durante o mês de julho de 2023, tendo-se recorrido às seguintes bases de dados academicamente reconhecidas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, SciELO e Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON). Foram escolhidos artigos de fonte primária, nos idiomas inglês e português, que recaem sobre o tema em análise, de acesso livre e gratuito e publicados entre 2013 e 2023. Após o processo de seleção identificaram-se 20 artigos que cumpriam todos os critérios de inclusão e exclusão definidos, e ainda, que respondiam na íntegra aos objetivos de investigação.

Os principais resultados mostraram que a integração de doentes paliativos no ambiente de urgência nem sempre é fácil, apresentando complexidades e desafios na prestação de cuidados; os cuidados prestados ao doente em fim de vida no SU envolvem diversas abordagens e práticas de enfermagem, tais como o alívio de sintomas físicos, intervenções técnicas e monitorização; os desafios apontados pelos enfermeiros incluíram a falta de formação, de competências e de recursos (físicos e humanos), a ambiguidade em relação ao papel dos profissionais, a cultura predominante do SU, a falta de tempo e a sobrecarga emocional.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a melhoria de diretrizes de excelência, elevação da qualidade dos serviços prestados e da garantia de que os doentes sejam beneficiados com um nível ótimo de cuidados, mesmo perante as complexidades inerentes ao desafiante contexto do SU.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; doentes em fim de vida; enfermagem; serviço de urgência.



## **Abstract**

The main objective of this study was to carry out a scoping review on nursing interventions directed at patients in palliative care who seek care at the Emergency Service (SU). The specific objectives were the following: (1) Investigate how the integration of patients in palliative care occurs in the environment of an ER; (2) Analyze the types of care provided to end-of-life patients in the ER, including technical interventions, effective communication and emotional support; (3) Identify the difficulties experienced by nurses in providing care to end-of-life patients in the SU, addressing challenges such as communication, resources and professional training.

The research took place during the month of July 2023, using the following academically recognized databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, SciELO and the Online Knowledge Library (B- ON). Primary source articles were chosen, in English and Portuguese, which fall on the subject under analysis, with free and open access and published between 2013 and 2023. After the selection process, 20 articles were identified that met all the inclusion criteria and exclusion criteria defined, and also that fully responded to the research objectives.

The main results showed that the integration of palliative patients in the emergency room is not always easy, presenting complexities and challenges in the provision of care; the care provided to patients at the end of life in the SU involves different approaches and nursing practices, such as the relief of physical symptoms, technical interventions and monitoring; the challenges pointed out by the nurses included the lack of training, skills and resources (physical and human), the ambiguity regarding the role of professionals, the predominant culture of the SU, lack of time and emotional overload.

It is expected that this study can contribute to the improvement of excellence guidelines, raising the quality of services provided and ensuring that patients benefit from an optimal level of care, even in the face of the complexities inherent in the challenging context of the ER.

**Keywords:** palliative care; end-of-life patients; nursing; emergency department.



## 1. Introdução e Contextualização

Os cuidados paliativos são descritos pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) como uma abordagem de saúde abrangente e dinâmica que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias ou cuidadores. O seu foco está na prevenção e no alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado de uma variedade de questões, incluindo dor e desafios físicos, emocionais, sociais e espirituais, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020). Estes cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar, seguindo princípios éticos e incluindo o planeamento antecipado de cuidados, com o objetivo de proporcionar conforto sem apressar nem prolongar o processo de morte. Este enfoque também requer a participação ativa da família ou cuidadores, com o intuito de prevenir crises, capacitar os envolvidos e fornecer apoio personalizado, adaptado às necessidades individuais, conforme as orientações do próprio SNS (SNS, s.d).

À medida que a procura por cuidados paliativos continua a crescer, é crucial entender como estes cuidados são entregues em diferentes contextos de saúde. Um contexto que merece atenção é o ambiente de Serviços de Urgência (SU), onde as pessoas em cuidados paliativos muitas vezes procuram atendimento devido a crises de saúde agudas ou agravamento dos sintomas (Cooper et al., 2018). O SU é conhecido pela sua ênfase em intervenções médicas de curto prazo e tratamento rápido, o que pode acarretar desafios únicos na prestação de cuidados paliativos. De acordo com Martins et al. (2012) a abordagem requerida nos cuidados paliativos entra em conflito com o cenário de "urgência" e restringe a atuação do profissional de enfermagem. O SU, com a sua abordagem focada na cura e dedicado a tratar situações médicas de urgência e emergência, está cada vez mais perante doentes em estado terminal, o que requer uma reavaliação da filosofia de cuidados por parte dos profissionais de saúde. Esta nova realidade exige uma postura recetiva à transformação e à inovação das práticas clínicas (Moura, 2017).

Neste enquadramento, este trabalho tem como propósito efetuar um levantamento abrangente das intervenções de enfermagem dirigidas a doentes em cuidados paliativos que procuram assistência em SU. O objetivo central é mapear a diversidade de intervenções de enfermagem disponibilizadas a estes doentes, bem como outros elementos fundamentais para assegurar cuidados de elevada qualidade.

Adicionalmente, pretende-se identificar eventuais lacunas na literatura e áreas que careçam de uma investigação mais aprofundada. Ao delinear o âmbito das intervenções de enfermagem em cuidados paliativos nos SU, pretende-se contribuir para uma compreensão mais ampla dos desafios e das práticas mais eficazes neste contexto específico. Esta

contribuição, por sua vez, pode orientar políticas de saúde, práticas clínicas e futuras investigações, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados proporcionados aos doentes em cuidados paliativos no ambiente dos SU.

O presente estudo segue uma estrutura organizativa de modo a abordar de forma abrangente e coerente a temática em análise. A organização estrutural é a seguinte:

No Ponto 1, “Introdução”, é introduzido o contexto geral do estudo e a sua relevância no contexto de SU. Além disso, são apresentados os objetivos gerais e específicos do estudo, bem como as questões de investigação que nortearam a pesquisa.

No Ponto 2, “Metodologia”, é descrita a abordagem metodológica adotada. São explicados o tipo de estudo, os critérios de inclusão e exclusão utilizados na seleção dos materiais de pesquisa, a estratégia de pesquisa usada para identificar estudos relevantes e o processo de seleção dos estudos incluídos na revisão. Também é descrita a forma como os resultados serão apresentados e analisados.

No Ponto 3, “Resultados e Discussão”, os resultados obtidos na revisão são apresentados e discutidos à luz dos objetivos e questões de investigação do estudo.

No Ponto 4, “Conclusões”, são apresentadas as conclusões gerais do estudo, baseadas nos resultados obtidos e nas discussões realizadas, assim como as limitações e recomendações.

Finalmente, no Ponto 5, “Referências Bibliográficas”, é apresentada uma lista completa das fontes bibliográficas citadas e consultadas ao longo do estudo.

Esta estrutura organizacional foi escolhida para garantir que todas as etapas essenciais do estudo fossem abordadas de forma clara e organizada, permitindo uma compreensão ampla e consistente da investigação efetuada.

## **1.2. Objetivos e Questões de Investigação**

O objetivo central deste estudo é realizar um mapeamento abrangente das intervenções de enfermagem direcionadas a doentes em cuidados paliativos que procuram atendimento no SU. A revisão procura identificar, reunir e sintetizar informações relevantes sobre as diversas práticas e abordagens de enfermagem aplicadas a esta população específica no ambiente de urgência. Ao realizar este mapeamento, o estudo visa fornecer uma visão ampla das estratégias de cuidados de enfermagem utilizadas nesse contexto, contribuindo para o entendimento e melhoria das melhores práticas no atendimento a doentes em estado de cuidados paliativos que requerem assistência imediata.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

1. Investigar como ocorre a integração dos doentes em cuidados paliativos no ambiente de um SU;

2. Analisar os tipos de cuidados prestados aos doentes em fim de vida no SU, incluindo intervenções técnicas, comunicação efetiva e suporte emocional:

3. Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida no SU, abordando desafios como comunicação, recursos e capacitação profissional.

As questões de investigação foram formuladas através da utilização da mnemónica PCC, que significa População (P), Contexto (C) e Contexto (C):

- População (P): Doentes paliativos/ doentes em fim de vida/ enfermeiros que atuam no SU
- Conceito (C): Integração no serviço de urgência/ cuidados prestados/ dificuldades dos enfermeiros
- Contexto (C): Ambiente de cuidados paliativos/ serviço de urgência

Segundo de Sousa et al. (2018), a formulação da questão de investigação demonstra uma competência e característica essenciais no âmbito da enfermagem, pois exige respostas precisas e coerentes. Este processo serve como base para a identificação das evidências disponíveis, viabilizando a entrega de cuidados seguros e de alta qualidade. A eficácia e pertinência de uma revisão dependem grandemente da qualidade da questão de investigação, tornando esta etapa de suma importância (Sousa et al., 2018).

Assim sendo, foram formuladas as seguintes questões de investigação que nortearam esta investigação:

- (1) Como ocorre a integração do doente paliativo no ambiente de um SU?
- (2) Quais os cuidados prestados ao doente em fim de vida no SU?
- (3) Quais as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados no doente em fim de vida no SU?

## 2. Metodologia

### 2.1. Tipo de estudo

Foi efetuada uma scoping review de acordo com as etapas preconizadas pela metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI), nomeadamente: formulação da questão de investigação, especificação dos métodos de seleção da literatura, detalhes dos procedimentos de extração dos dados, avaliação dos resultados de acordo com a sua pertinência, validade e análise, extraindo os dados e sintetizando as conclusões (The Joanna Briggs Institute, 2015).

A scoping review, conforme mencionado por Arksey e O'Malley (2005), constitui um método de exploração da literatura que possibilita ao pesquisador efetuar um mapeamento dos estudos existentes relacionados a uma questão ou questões específicas de interesse. Conforme mencionado por Munn et al. (2018), as scoping reviews representam uma ferramenta de grande utilidade para a síntese de evidências. Embora se diferenciem das revisões sistemáticas na sua abordagem, as scoping reviews adotam uma metodologia precisa e transparente, assegurando a obtenção de resultados altamente confiáveis.

### 2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão para o presente estudo foram definidos os seguintes:

- Estudos que abordem intervenções ou cuidados de enfermagem direcionados ao doente em cuidados paliativos ou em fim de vida que procuram atendimento no SU;
- Estudos que forneçam informações relevantes sobre a integração do doente paliativo no ambiente de um SU;
- Estudos que apresentem detalhes sobre os cuidados prestados a doentes em fim de vida no SU;
- Estudos que relatem as dificuldades e desafios enfrentados pelos enfermeiros na prestação de cuidados a doentes em fim de vida no contexto do SU;
- Estudos disponíveis em inglês e português;
- Estudos publicados nos últimos 10 anos para garantir a inclusão de evidências atualizadas;

Como critérios de exclusão foram estipulados os seguintes:

- Estudos de fonte secundária, como revisões sistemáticas, meta-análises ou artigos de opinião. Apesar de estes estudos serem importantes, não são o objetivo principal desta *scoping review*, que se concentra em fontes primárias para análise direta dos dados.
- Estudos não publicados em revistas científicas, tais como relatórios, teses de doutoramento ou dissertações de mestrado não publicadas, que podem não ter passado por

um processo rigoroso de revisão por pares. Por conseguinte, a sua qualidade metodológica e validade científica podem ser questionáveis.

- Estudos que não apresentem métodos claros e transparentes utilizados na investigação.
- Estudos cujo contexto não seja o SU e que não tenham como população-alvo principal os doentes paliativos/ doentes em fim de vida ou os enfermeiros que trabalham no atendimento a estes doentes no contexto do SU.
- Estudos de acesso restrito, não gratuitos ou com informação incompleta.

### 2.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa eletrónica foi realizada no período de julho 2023 e incluiu 3 etapas de acordo com o preconizado pelo JBI (2015).

A primeira etapa iniciou-se com uma pesquisa inicial nas bases de dados ScienceDirect, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON) de forma a elencar as palavras mais comumente usadas nos títulos e resumos desenvolvidos na área pretendida.

Na segunda etapa, foi feita uma pesquisa nas referidas bases de dados utilizando-se os termos de busca (descritores MeSH) na pesquisa booleana que foram os seguintes:

**(palliative care) OR (end-of-life care) AND (emergency department) OR (emergency room) AND (nursing care) OR (nursing interventions) OR (emergency nurses).**

A equação de pesquisa apresentada foi adaptada em função das bases de dados, em inglês e português, definindo-se o intervalo temporal de 2013 -2023. Foram utilizadas as bases de dados supramencionadas:

- **(MEDLINE) via PubMed**
- **ScienceDirect**
- **Cochrane Library**
- **SciELO**
- **B-ON**

O quadro abaixo apresentado (Tabela 1) sintetiza as pesquisas efetuadas nas bases de dados.

**Tabela 1.** Estratégia da pesquisa por bases de dados e respectivos resultados

<p><b>Base de dados:</b> <u>MEDLINE (via PubMed)</u></p> <p><b>Filtros:</b> <i>Abstract, Free full text, Full text; Last 10 years (2013-2023); Article type (Clinical Trial; Randomized Controlled Trial); Article Language (English; Portuguese)</i></p> <p><b>Resultados:</b> 7,487</p> <p><b>Descritores:</b> (palliative care) OR (end-of-life care) AND (emergency department) OR (emergency room) AND (nursing care) OR (nursing interventions) OR (emergency nurses).</p>
<p><b>Base de dados:</b> <u>ScienceDirect</u></p> <p><b>Filtros:</b> <i>Last 10 years (2013-2023); Article type (Research Articles); Access type (Open access &amp; Open archive); Subject areas (Nursing and Health Professions).</i></p> <p><b>Resultados:</b> 5,842</p> <p><b>Descritores:</b> (palliative care) OR (end-of-life care) AND (emergency department) OR (emergency room) AND (nursing care) OR (nursing interventions) OR (emergency nurses).</p>
<p><b>Bases de dados:</b> <u>Cochrane Library</u></p> <p><b>Filtros:</b> <i>Abstract, Free full text; Publication Date (2013-2023);</i></p> <p><b>Resultados:</b> 607</p> <p><b>Descritores:</b> (palliative care) OR (end-of-life care) AND (emergency department) OR (emergency room) AND (nursing care)</p>
<p><b>Base de dados:</b> <u>SciELO</u></p> <p><b>Filtros:</b> <i>Ano de publicação (2013-2023); Coleções (Todos); Idioma (Português); SciELO Áreas Temáticas (Ciências da Saúde); WoS Áreas Temáticas (Health); Tipo de Literatura (Artigo).</i></p> <p><b>Resultados:</b> 1,442</p> <p><b>Descritores:</b> (cuidados paliativos) OR (cuidados de fim de vida) AND (serviço de urgência) OR (departamento de emergência) AND (cuidados de enfermagem) OR (intervenções de enfermagem).</p>
<p><b>Base de dados:</b> <u>B-ON</u></p> <p><b>Filtros:</b> <i>Disciplinas (Enfermagem e Medicina Auxiliar; Saúde e Medicina; Texto Integral; Data de publicação (2013-2023); Idioma (English; Portuguese); Tipos de Fontes (Revistas)</i></p>

**Resultados:** 994

**Descritores:** (palliative care) OR (end-of-life care) AND (emergency department) OR (emergency room) AND (nursing care) OR (nursing interventions) OR (emergency nurses).

#### **2.4. Seleção dos estudos**

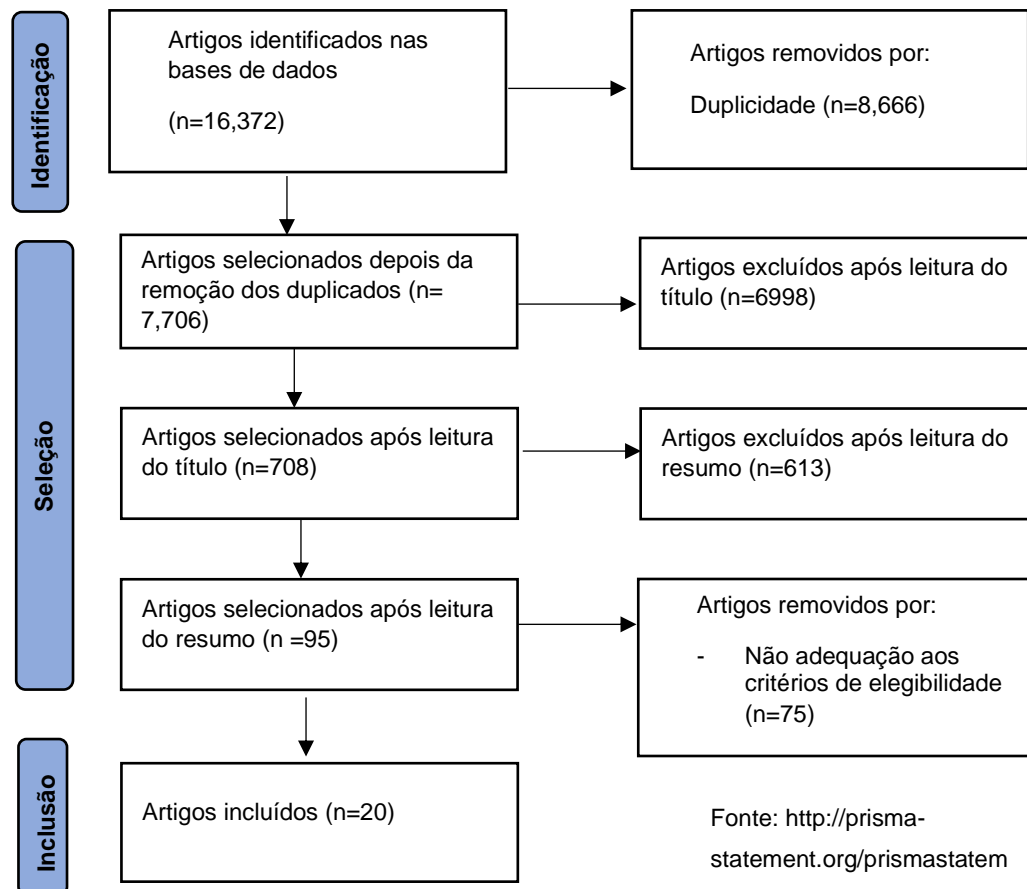
Após a formulação das questões de investigação, a elaboração da estratégia de pesquisa e o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, procedeu-se à etapa de seleção dos artigos. Todas as fontes identificadas foram importadas para o software Mendeley, uma plataforma da Elsevier sediada em Londres, Reino Unido. Durante este processo, foram identificados e removidos os artigos duplicados para assegurar a integridade dos dados. A seleção dos estudos foi conduzida em duas fases distintas: inicialmente, os títulos e resumos dos artigos foram analisados, resultando na exclusão daqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade. Posteriormente, na segunda fase, os estudos que passaram pelo crivo da primeira etapa e foram considerados potencialmente relevantes foram analisados integralmente, com o objetivo de determinar se abordavam ou não os objetivos e questões de investigação. Este processo de seleção em duas etapas foi adotado para assegurar que apenas estudos pertinentes ao tema fossem incorporados na revisão.

### 3. Resultados

Depois da pesquisa efetuada, o número total de artigos foi de 16,372 (7,487 da MEDLINE via PubMed; 5,842 da ScienceDirect; 1442 da SciELO; 607 da Cochrane Library e 994 da B-ON), dos quais 8,666 eram duplicados, ficando-se assim com um total de 7,706 estudos.

Após a leitura do título foram eliminados 6998 ficando-se com 708. Após a leitura do resumo, foram eliminados 613 porque não respondiam ao objeto de estudo, ficando-se com 95 para leitura integral. Desses 95 artigos, e depois de os mesmos terem sido lidos na íntegra, foram excluídos um total de 75 por não atenderem aos critérios de elegibilidade (30 por apresentaram metodologias e resultados pouco claros, 25 por não abordarem especificamente os enfermeiros que atuavam no SU, mas sim outros profissionais e 20 por não serem artigos de fonte primária, mas antes artigos de opinião, estudos de caso, meta-análises, revisões da literatura) obtendo-se, assim, um total de 20 artigos que foram incluídos na revisão.

O fluxo do processo de inclusão dos estudos é apresentado na Figura 1, de acordo com o PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses (Liberati et al., 2009).



**Figura 1.** Fluxograma do processo de inclusão dos estudos

### 3.1. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

De modo a garantir a qualidade metodológica dos estudos que suportam este trabalho, utilizaram-se as grelhas para avaliação crítica do The Joanna Briggs Institute - JBI Critical Appraisal Checklist – orientadas para o tipo de estudo a analisar (Aromataris & Munn, 2020; Lockwood et al. 2015; The Joanna Briggs Institute, 2020). Estas grelhas são apresentadas em apêndice (Apêndice IV).

Cada estudo é classificado com um score, constituído pelo somatório de respostas afirmativas, sendo a classificação final a razão entre o score obtido e o máximo aplicável ao tipo de estudo. Por exemplo, nos estudos transversais que obtiverem até um máximo de duas respostas negativas, classificando-se com uma pontuação superior a 75% podem ser considerados de boa qualidade, excluindo-se os estudos com pontuação inferior (The Joanna Briggs Institute, 2020).

A avaliação dos estudos incluídos na presente revisão é apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2** Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

<b>Estudo</b>	<b>Avaliação</b>
<i>Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service</i>	100 %
<i>Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study</i>	80%
<i>Perspectives towards End-of-Life Care in the Emergency Department of Tertiary Public Hospitals—A Qualitative Analysis</i>	90%
<i>Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study</i>	100%
<i>Palliative Care in the Emergency Room Scenario: Perceptions of Nurses and Physicians</i>	80%
<i>Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência</i>	80%
<i>Lived experience of caring for dying patients in emergency room</i>	90%
<i>Promoting dignified end-of-life care in the emergency department: A qualitative study</i>	90%
<i>Determination of the characteristics and outcomes of the palliative care patients admitted to the emergency department</i>	87,5%
<i>Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study</i>	80%
<i>Rural Emergency Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care</i>	100%

<i>Older adult and family caregiver preferences for emergency department based-palliative care: An experience-based co-design</i>	80%
<i>“Tough Medicine”: Qualitative analysis of clinician experiences providing palliative care in emergency departments</i>	70%
<i>Exploring the Management of Death: Emergency Nurses’ Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department</i>	100%
<i>Resuscitation versus end-of-life care: Exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway</i>	75%
<i>End-of-life care in emergency departments: A national cross-sectional survey of emergency care nurses</i>	87,5%
<i>Emergency and palliative care nurses’ levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey</i>	100%
<i>Nurses’ perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting</i>	90%
<i>The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department</i>	80%
<i>Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study with Health Professionals</i>	80%

Fonte: Aromataris e Munn (2020); Lockwood et al. (2015); JBI (2020).

Conforme é possível verificar, os estudos apresentam qualidade.

Após a análise dos artigos selecionados foi realizada a síntese dos mesmos nos quadros do Apêndice II. Esta síntese contém informação de cada artigo no que concerne ao título, autor (es), ano, país, objetivo (s), população/ amostra, resultados/ conclusões, recomendações e limitações.

### 3.2. Dados globais dos estudos

A *scoping review* incluiu estudos de diversos países, como Portugal, Itália, Singapura, Países Baixos, Brasil, Tailândia, Austrália, Turquia, China, Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá, China e Espanha. O país com o maior número de estudos foi a Austrália (N=5). A maioria dos estudos possui uma abordagem qualitativa (N=13) e foram obtidos da base de dados Science Direct (N=13).

O ano com o maior número de estudos foi 2020, com um total de 3 estudos (N=3) provenientes de diferentes países: Países Baixos, Brasil e Turquia. O ano com o menor número de estudos foi 2013, com apenas 1 estudo (N=1) proveniente da Austrália

### 3.3. Análise e discussão

Seguidamente são apresentados e discutidos os resultados da análise dos estudos de acordo com os objetivos e questões de orientação definidos:

#### **Integração do doente paliativo no ambiente do SU**

Foram identificados vários estudos que abordaram a integração do doente em cuidados paliativos no contexto do ambiente hospitalar do SU.

O estudo de Pereira et al. (2018), mostrou que a maioria dos doentes faleceu no quarto de observação do serviço de urgência (SU), sugerindo que o ambiente de urgência muitas vezes torna-se o local onde o fim de vida se desenrola. Além disso, o estudo de Tiah et al. (2023) identificou barreiras na prestação de cuidados paliativos no SU, incluindo conflitos de prioridades da equipa e limitações do ambiente, sugerindo que a integração do doente paliativo no SU é desafiadora devido às características próprias desse ambiente. O estudo de Cogo et al. (2020) evidenciou que os cuidados paliativos procuravam proporcionar conforto e dignidade aos doentes no fim de vida, enfatizando a importância de abordar não apenas os sintomas físicos, mas também o sofrimento psicossocial, espiritual e existencial do doente e dos seus familiares. No entanto, a prestação destes cuidados enfrenta desafios no ambiente de urgência devido à ênfase convencional no tratamento médico ativo.

O estudo de Verhoef et al. (2020) identificou que a maioria dos doentes recebia tratamentos focados na modificação da doença, com pouca ênfase em cuidados paliativos, devido à cultura de reanimação e intervenções médicas imediatas.

O estudo evidenciou a necessidade de formação especializada para profissionais de saúde no atendimento a doentes em cuidados paliativos, incluindo mudanças educacionais e estruturais para a implementação eficaz destes cuidados. O estudo de Bakan et al. (2020), mostrou que muitos doentes terminais procuravam os SU devido a sintomas como fadiga, falta de ar, dor e distúrbios do sono. Além disso, apontou para a importância da comunicação eficaz, do envolvimento dos doentes e da garantia de conforto e dignidade. Segundo os dados do estudo, a falta de unidades de cuidados paliativos nos hospitais leva a esperas desconfortáveis nos SU. O estudo sugere igualmente a necessidade de encaminhamento adequado para cuidados paliativos e a adoção do "*Do Not Resuscitate*" (DNR) para respeitar os desejos dos doentes e melhorar a qualidade do fim de vida.

O estudo de Krebs et al. (2023), evidencia a integração do doente paliativo no ambiente de um SU, revelando desafios na prestação de cuidados paliativos, incluindo dificuldades relacionadas à comunicação eficaz, equilíbrio emocional dos profissionais e falta de formação específica em cuidados paliativos.

Em suma, os estudos sugerem que a integração de doentes paliativos no ambiente de urgência nem sempre é fácil, apresentando complexidades e desafios na prestação de cuidados.

### **Cuidados prestados ao doente em fim de vida no SU**

Os estudos incluídos apontaram vários cuidados que os enfermeiros prestam ao doente em fim de vida no SU.

O estudo de Di Leo et al. (2019) mostrou que a prioridade partilhada entre profissionais de saúde e doentes era o alívio dos sintomas físicos, demonstrando a importância dos cuidados paliativos no controlo de sintomas. Além disso, os estudos de Pereira et al. (2018) e de Verhoef et al. (2020) enfatizaram a realização de intervenções técnicas e instrumentais para controlo sintomático e monitorização dos doentes terminais. O estudo de Díaz-Cortés et al. (2018) também revelou a importância dos cuidados de conforto e da comunicação efetiva com os doentes e as suas famílias.

Os resultados do estudo de Cogo et al. (2020) mostraram a importância dos cuidados paliativos em oferecer conforto e dignidade até ao último momento da vida do doente, o que envolve integração de aspetos psicológicos e espirituais no atendimento, tendo em consideração o sofrimento psicossocial, espiritual e existencial.

No estudo de Giles et al. (2019) a comunicação foi identificada como um dos elementos centrais dos cuidados prestados ao doente em fim de vida no SU. Segundo os dados deste estudo, a comunicação aberta e honesta foi altamente valorizada pelos enfermeiros e incluiu informações prognósticas precisas, explicações sobre testes e intervenções específicas, bem como gestão das expectativas do doente e da família e lidar com expectativas irreais de maneira oportuna. Os enfermeiros também mencionaram a pertinência das conversas interdisciplinares para garantir que informações consistentes fossem fornecidas aos doentes e às famílias, e indicaram a importância da nomeação de um porta-voz da família sempre que possível para simplificar as conversas.

No estudo de Decker et al. (2015), os enfermeiros descreveram as estratégias que usavam para garantir que a morte de doentes em fim de vida não ocorresse no contexto do SU, tais como transferir os doentes para salas de menor prioridade. Os dados deste estudo mostraram que, apesar de estarem frequentemente expostos à morte e ao morrer no SU, as ações e atitudes dos enfermeiros de emergência implicavam a necessidade ou desejo de evitar a morte neste contexto. Por fim, no estudo de Granero-Molina et al. (2016), foi verificado que a dignidade dos doentes que chegavam ao SU no final da vida podia ser impactada por

fatores arquitetônicos e organizacionais, por atitudes da equipa de saúde e por escolhas feitas pelos familiares.

Assim, conforme é possível notar pelos estudos supracitados, os cuidados prestados a doentes em fim de vida no SU por parte dos enfermeiros envolvem diversas abordagens e práticas. Alguns estudos destacaram a importância do alívio de sintomas físicos, intervenções técnicas e monitorização; já outros ressaltaram a necessidade de proporcionar conforto e dignidade até ao último momento da vida, abordando fatores psicológicos e espirituais. A comunicação foi apontada como central, enfatizando a honestidade, informações prognósticas precisas e diálogo interdisciplinar, e foram mencionadas estratégias para evitar mortes no contexto do SU. Em síntese, o atendimento a doentes em fim de vida no SU envolve um leque vasto de cuidados sensíveis, que por vezes podem ser influenciados por determinados fatores. Porém, o intuito destes cuidados é sempre garantir qualidade e dignidade nos últimos momentos de vida.

### **Dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados no doente em fim de vida no SU**

Vários estudos apontaram desafios percebidos pelos enfermeiros no cuidado de doentes em fim de vida no SU. O estudo de Kongsuwan et al. (2016) mostrou que a falta de compreensão completa do conceito de cuidados paliativos e a falta de formação adequada dos profissionais contribuíam para dificuldades na prestação de cuidados. O estudo de Cogo et al. (2020) apontou que muitos profissionais de saúde no SU relataram falta de conhecimento, de competências e de recursos para prestar cuidados paliativos eficazes, o que foi atribuído à falta de formação especializada e de disciplinas teóricas sobre cuidados paliativos no currículo educacional. O estudo de Tse et al. (2016), destacou a ambiguidade em relação ao papel dos profissionais de saúde no cuidado de doentes em estado terminal no SU. Os enfermeiros reconheceram a importância do cuidado no final da vida, mas deparavam-se com desafios na comunicação sobre questões de fim de vida e na alocação adequada de recursos. O estudo de Beckstrand et al. (2017) focou-se em serviços de urgência rurais e identificou obstáculos como a falta de privacidade para doentes e familiares, os recursos limitados e a falta de pessoal.

No estudo de Krebs et al. (2023) as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados em doentes em fim de vida no SU, incluíram a falta de recursos e formação. Alguns participantes relataram hesitação em se envolver por receio de dizer algo errado ou de não saber o que fazer. O estudo também identificou uma divisão entre os profissionais que se aproximam dos doentes e aqueles que se afastam, além de perceber que enfermeiros e médicos tinham papéis diferentes no tratamento de doentes em cuidados paliativos. Os

resultados do estudo de Wolf et al. (2015), destacaram como as questões de espaço, tempo e recursos como obstáculos para prestar um cuidado de qualidade por parte dos enfermeiros do SU a doentes em estado terminal. Além disso, foi identificada uma discrepância entre os objetivos do atendimento de emergência e os do cuidado de fim de vida, bem como a carga emocional de cuidar dos doentes em estado terminal. De acordo com os dados deste estudo, a cultura predominante no SU, que prioriza ações para salvar vidas, resulta frequentemente na falta de foco no cuidado de fim de vida. Assim, os enfermeiros expressaram a necessidade de recursos, tempo e espaço, bem como orientações mais específicas para gerir o cuidado de doentes em estado terminal de forma adequada. No estudo de Ka-Ming Ho (2016), os principais obstáculos percebidos pelos enfermeiros do SU na prestação de cuidados de fim de vida incluíam a carga de trabalho elevada, a falta de conhecimento sobre os desejos do doente e as dificuldades com familiares irritados. Por outro lado, os comportamentos de apoio mais relevantes incluíram a aceitação da família em relação à morte do doente e a criação de um ambiente propício para o doente e a sua família. Também no estudo de Aquino et al. (2022) a falta de recursos e oportunidades para adquirir conhecimento sobre cuidados no final da vida foram identificados como desafios percebidos pelos enfermeiros do SU. No estudo de Peter et al. (2013), os enfermeiros de cuidados de emergência e cuidados paliativos, embora confiantes nas suas capacidades para lidar com a morte e com o processo de morrer, demonstraram estar significativamente menos confortáveis ao lidar com os familiares do doente do que com o próprio doente, o que pode ser considerado um desafio significativo por parte destes profissionais.

### **Intervenções de enfermagem realizadas no contexto de cuidados paliativos em SU**

Os estudos apresentados destacaram diversas intervenções/ práticas de enfermagem realizadas no contexto de cuidados paliativos em SU, as quais visam fornecer cuidados abrangentes e sensíveis aos doentes em fim de vida. Algumas das principais intervenções identificadas nos estudos incluíram:

1. Cuidado Técnico-Instrumental: Pereira et al. (2018) e Di Leo et al. (2019) mencionaram que as intervenções de enfermagem frequentemente centravam-se em procedimentos técnicos e instrumentais, como punções venosas, cateterismos, recolha de sangue para análise, aspiração de secreções e administração de fluidos e medicamentos para controlo sintomático.
2. Controlo de Sintomas: A abordagem para o controlo de sintomas foi um aspeto central nos cuidados paliativos prestados nos serviços de urgência (Di Leo et al., 2019). Isto incluiu o alívio da dor, dispneia e outros sintomas físicos que os doentes estavam a

experienciar.

3. Monitorização e Registo: Os enfermeiros monitorizaram sinais vitais, registaram parâmetros cardiorrespiratórios, realizaram manobras de ressuscitação cardiopulmonar e registaram a progressão do estado de agonia (Pereira et al., 2018).
4. Comunicação e Informação: Nos cuidados paliativos, a comunicação efetiva e a partilha de informações relevantes com os doentes, familiares e outros membros da equipa de saúde foram identificadas como intervenções importantes (Wright et al., 2021; Bakan et al. 2020; Cogo et al., 2020; Di Leo et al., 2019; Giles et al., 2019; Tse et al., 2016).
5. Cuidados de Conforto: A prestação de cuidados de conforto emocional, social e espiritual também foi enfatizada nos estudos (Krebs et al., 2023; Formentin et al., 2021; Wolf et al., 2015). Isso incluiu apoio psicológico, suporte emocional e envolvimento da família para promover a dignidade e qualidade de vida dos doentes.
6. Identificação de Necessidades: A identificação de necessidades específicas dos doentes e das suas famílias foi apontada como importante (Tiah et al., 2023), bem como a implementação de estratégias por parte dos enfermeiros para lidar com as barreiras existentes, tais como a consciencialização sobre as próprias atitudes em relação à morte para melhorar o cuidado e o apoio aos doentes e famílias (Peters et al., 2013).
7. Formação/ Educação/ Capacitação: Vários estudos destacaram a importância da formação/ educação/ capacitação adequadas para os enfermeiros envolvidos nos cuidados paliativos do SU (Krebs et al., 2023; Aquino et al., 2022; Cogo et al., 2020; Verhoef et al., 2020; Pereira et al., 2018; Beckstrand et al., 2017; Kongsuwan et al., 2016).
8. Colaboração Interprofissional/ equipa interdisciplinar: A colaboração entre diferentes membros da equipa de saúde foi identificada como essencial para melhorar a qualidade dos cuidados paliativos nos SU (Cogo et al., 2020; Giles et al., 2019; Díaz-Cortés et al., 2018).
9. Tomada de Decisões Compartilhadas: Envolver os doentes e as suas famílias nas decisões de cuidados também foi destacado como uma intervenção importante (Di Leo et al., 2019; Granero-Molina et al., 2016).
10. Humanização e respeito: vários estudos destacaram a humanização dos cuidados, o respeito pelas necessidades individuais e a valorização das contribuições dos doentes e cuidadores à equipa de saúde como elementos essenciais para melhorar a experiência nos cuidados paliativos em SU (Wright et al., 2021; Granero-Molina et al., 2016).

#### 4. Conclusões

A presente *scoping review*, que agregou uma diversidade de estudos de vários países, abordou de forma abrangente as intervenções de enfermagem direcionadas a doentes em cuidados paliativos que procuram atendimento em serviços de urgência. Com base nos 20 estudos analisados, a revisão oferece informação pertinente sobre a integração do doente paliativo, os cuidados prestados e as dificuldades sentidas pelos enfermeiros neste contexto desafiador.

A inclusão de estudos provenientes de diversos países e continentes, permitiu uma compreensão mais completa e representativa do tema. Ao considerar a diversidade geográfica, cultural e contextual, o estudo tem a capacidade de capturar particularidades e variações nas práticas de cuidados, bem como identificar possíveis lacunas ou tendências que possam ser específicas de certas regiões. Ademais, a incorporação de estudos de diferentes períodos de tempo permitiu avaliar a evolução das práticas, políticas e abordagens ao longo do tempo, fornecendo informação sobre mudanças, tendências e melhorias que podem ter ocorrido. Assim, é possível aferir que a presença de mais estudos recentes (foi verificada uma evolução na literatura ao longo do tempo), pode indicar uma maior atenção e interesse no tema analisado.

Os estudos apontaram para várias intervenções e práticas de enfermagem que são realizadas no contexto de cuidados paliativos em SU, que incluem: o cuidado técnico-instrumental; o controlo de sintomas (dor, dispneia); a monitorização e o registo dos sinais vitais dos doentes; a comunicação e informação; os cuidados de conforto; a identificação das necessidades específicas dos doentes e suas famílias, assim como a dos próprios enfermeiros; a formação/ educação/ capacitação, considerada uma intervenção-chave para lidar com as complexidades dos cuidados no final de vida; a colaboração interprofissional, garantindo uma abordagem multidisciplinar e coordenada; a tomada de decisões compartilhadas, isto é, incluir os doentes e suas famílias nas decisões de cuidados, assegurando que as suas necessidades individuais e desejos são respeitados; e o uso de uma abordagem de humanização e respeito, que transcende as intervenções puramente clínicas e técnicas e enfatiza a importância de tratar cada doente com dignidade, compaixão e consideração.

A revisão identificou uma série de desafios relacionados à integração do doente paliativo no ambiente do SU. Os estudos evidenciaram que o SU muitas vezes torna-se o local onde o fim de vida dos doentes ocorre, sugerindo a necessidade de melhor compreensão e preparação para cuidados paliativos neste contexto. Barreiras como conflitos de prioridades da equipa, limitações do ambiente e falta de unidades específicas de cuidados paliativos

foram apontadas, destacando a complexidade da integração neste ambiente. A necessidade de formação especializada para profissionais de saúde, incluindo mudanças educacionais e estruturais, também foi destacada para melhor implementação dos cuidados paliativos no SU.

A revisão evidenciou a importância dos cuidados paliativos no alívio de sintomas físicos e na abordagem do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial dos doentes. Foram identificadas intervenções técnicas e instrumentais, como punções venosas e administração de medicamentos, juntamente com a monitorização rigorosa dos doentes. A comunicação eficaz, a sensibilidade na partilha de informações prognósticas e a criação de um ambiente propício para doentes e familiares também emergiram como questões cruciais nos cuidados prestados.

Os estudos destacaram vários desafios sentidos pelos enfermeiros ao cuidar de doentes em fim de vida no SU. A falta de compreensão completa dos cuidados paliativos, a escassez de formação adequada, a ambiguidade em relação ao papel dos profissionais de saúde e a carga emocional associada a estes cuidados foram apontados como obstáculos significativos. Além disso, fatores como a cultura predominante de priorização de ações para salvar vidas no SU e a falta de recursos e tempo também foram mencionados como dificuldades que os enfermeiros enfrentam constantemente.

As recomendações decorrentes deste estudo apontam para a necessidade de promover uma abordagem mais centrada no doente em cuidados paliativos no SU, destacando a comunicação eficaz, a colaboração interprofissional e o alívio de sintomas. A formação especializada em cuidados paliativos deve ser uma prioridade, assim como a consideração das necessidades individuais dos doentes e a criação de um ambiente de cuidados compassivo. Contudo, a revisão também aponta para limitações existentes nos estudos analisados, como a predominância de abordagens qualitativas, o que pode influenciar a generalização dos resultados, além da heterogeneidade na amostra e nas metodologias dos estudos. A extensiva disponibilidade de estudos identificados nas bases de dados pode ser considerada uma limitação deste estudo, uma vez que esta abundância de informações tornou o processo de pesquisa mais exaustivo e suscetível a omitir estudos relevantes, apesar do rigor empregado.

É importante mencionar também que a análise dos estudos disponíveis revelou uma tendência notável: a grande maioria das investigações centrou-se nas dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, em vez de abordar diretamente as intervenções de enfermagem. Esta ênfase nas dificuldades experienciadas pelos profissionais de saúde no SU parece apontar para uma lacuna significativa na literatura. Por outro lado, ela pode ser explicada por diversos fatores interligados. Em primeiro lugar, e tal como mencionado antes, o ambiente do SU é caracterizado frequentemente por situações complexas e desafiadoras. Um ambiente no qual os enfermeiros se deparam com situações rápidas, sobrecarga de

trabalho e interações emocionalmente pesadas. Por conseguinte, essas dificuldades podem atrair uma atenção mais imediata, dado que a natureza exigente do trabalho pode muito bem influenciar a qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, a complexidade das intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos no SU pode dificultar a sua análise abrangente. Frequentemente, estas intervenções envolvem abordagens multidimensionais e, assim, é possível que os estudos optem por se focar nas dificuldades, que podem ser mais facilmente identificadas e analisadas, ao invés de explorarem a gama de intervenções complexas que os enfermeiros realizam. Perante o exposto, estudos futuros devem centrar-se na análise e identificação das intervenções de enfermagem específicas utilizadas no cuidado ao doente em fim de vida no SU.

Concluindo, esta *scoping review* oferece uma visão panorâmica das intervenções de enfermagem direcionadas aos doentes em cuidados paliativos nos SU, evidenciando a complexidade e os desafios inerentes a este contexto, ao mesmo tempo que destaca a importância de abordagens sensíveis, comunicativas e colaborativas para proporcionar cuidados de qualidade no final da vida. Espera-se que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de diretrizes de melhores práticas, para a promoção da qualidade do atendimento e assegurar que os doentes recebam os melhores cuidados num ambiente tão complexo e difícil como o SU.

## Referências bibliográficas da Investigação

- Aquino, J., Crilly, J., & Ranse, K. (2022). End-of-life care in emergency departments: A national cross-sectional survey of emergency care nurses. *Australasian Emergency Care*, 25(2), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2021.09.001>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bakan, G., Ozen, M., Azak, A., & Erdur, B. (2020). Determination of the characteristics and outcomes of the palliative care patients admitted to the emergency department. *International Emergency Nursing*, 53, 100934. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100934>
- Beckstrand, R. L., Smith, K. E., Luthy, K. E. (Beth), & Macintosh, J. L. B. (2017). Rural Emergency Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.03.012>
- Cogo, S., de Leon, P., Badke, M., Gomes, T., Malheiros, L., Ramos, T., Nietsche, E., Salbego, C., Sehnem, G., Lautenschleger, G., Rolim, I., Júnior, A., & da Silva, R. (2020). Palliative Care in the Emergency Room Scenario: Perceptions of Nurses and Physicians. *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(2), 1–7.
- Cooper, E., Hutchinson, A., Sheikh, Z., Taylor, P., Townend, W., & Johnson, M. J. (2018). Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 32(9), 1443–1454. <https://doi.org/10.1177/0269216318783920>
- Cooper, E., Hutchinson, A., Sheikh, Z., Taylor, P., Townend, W., & Johnson, M. J. (2018). Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 32(9), 1443–1454. <https://doi.org/10.1177/0269216318783920>
- Decker, K., Lee, S., & Morphet, J. (2015). The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(2), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.11.001>

- Leo, S., Alquati, S., Autelitano, C., Costantini, M., Martucci, G., de Vincenzo, F., Kuczynska, B., Morini, A., Trabucco, L., Ursicelli, R., Catania, G., & Ghirotto, L. (2019). Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0662-y>
- Díaz-Cortés, M. del M., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., Pérez Rodríguez, R., Correa Casado, M., & Fernández-Sola, C. (2018). Promoting dignified end-of-life care in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 37, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.004>
- Formentin, M., Cordeiro, F., Zillmer, J., Oliveira, S., Zilli, F., & Moscoso, C. (2021). Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 16(1). <https://doi.org/10.33517/rue2021v16n1a2>
- Giles, T. M., Hammad, K., Breaden, K., Drummond, C., Bradley, S. L., Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Nurses' perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting. *International Emergency Nursing*, 47, 100789. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100789>
- Granero-Molina, J., Díaz-Cortés, M. del M., Hernández-Padilla, J. M., García-Caro, M. P., & Fernández-Sola, C. (2016). Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study with Health Professionals. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.020>
- Ka-Ming Ho, J. (2016). Resuscitation versus end-of-life care: Exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway. *Applied Nursing Research*, 29, e7–e13. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.014>
- Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilmanat, K., Locsin, R. C., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review*, 63(1), 132–138. <https://doi.org/10.1111/inr.12234>
- Krebs, L. D., Hill, N., Kirkland, S. W., Villa-Roel, C., Elwi, A., O'Neill, B., Duggan, S., Brisebois, A., & Rowe, B. H. (2023). "Tough Medicine": Qualitative analysis of clinician experiences providing palliative care in emergency departments. *International Emergency Nursing*, 69, 101294. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101294>

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, *6*(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *13*(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Revisão Sistemática da Literatura*. <http://hdl.handle.net/10400.11/1707>
- Moura, A. (2017). *A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde*. Repositório IPVC. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1913/1/Andreia\\_Moura.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1913/1/Andreia_Moura.pdf)
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pereira, M. E. D., Barbosa, A., & Dixe, M. dos A. (2018). Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(3), 1056–1063. <https://doi.org/10.1111/scs.12551>
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *16*(4), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.08.001>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (n.d.). *Cuidados Paliativos*. Retrieved August 10, 2023, from <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
- Sousa, L., Firmino, C., Marques, J., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação Enfermagem*, *S2*(23), 31–39. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>

- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>
- The Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal Tools*. The Joanna Briggs Institute. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Tiah, L., Chua, M. T., Kuan, W. sen, Tan, A., Tay, E., Yash Pal, R., & Dong, C. (2023). Perspectives towards End-of-Life Care in the Emergency Department of Tertiary Public Hospitals—A Qualitative Analysis. *Medicina*, 59(3), 456. <https://doi.org/10.3390/medicina59030456>
- Tse, J. W. K., Hung, M. S. Y., & Pang, S. M. C. (2016). Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.025>
- Verhoef, M.-J., de Nijs, E., Horeweg, N., Fogteloo, J., Heringhaus, C., Jochems, A., Fiocco, M., & van der Linden, Y. (2020). Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1097–1107. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Clark, P. R., Moon, M. D., Baker, K. M., Carman, M. J., Zavotsky, K. E., & Lenehan, G. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), e23–e33. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.018>
- Wright, R., Lowton, K., Hansen, B. R., & Grocott, P. (2021). Older adult and family caregiver preferences for emergency department based-palliative care: An experience-based co-design study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100016. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100016>

## **Conclusão**

Com o término do presente relatório final de estágio, importa efetuar uma breve retrospectiva avaliando todo o percurso realizado.

Os contextos de prática são muito importantes enquanto fontes, de empoderamento através do conhecimento e desenvolvimento de competências que não perdem de vista a experiência do “saber-fazer”. O estágio assume-se como um momento de aprendizagem, no qual o “saber prático” se desenvolve de forma sustentada com o “saber teórico”, permitindo a aquisição de competências e conhecimentos necessários para a realização das intervenções autónomas e interdependentes e para o desenvolvimento de um exercício de enfermagem de qualidade e em segurança.

Considero-me hoje uma profissional mais completa do que quando iniciei este caminho, esperando que tal se traduza em ganhos de saúde e em cuidados de enfermagem de excelência. Sinto-me, de certa forma, mais preparada e confiante para assumir um papel mais ativo e de elemento de referência para a equipa multidisciplinar com quem lido diariamente.

O estágio permitiu-me realizar a prestação de cuidados a par com enfermeiros a exercer em contextos clínicos distintos e que, até então, era uma realidade desconhecida para mim, como são os cuidados intensivos. Pude experienciar a natureza multidisciplinar destes cuidados, onde o objetivo é suportar e recuperar funções vitais, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, de forma a criar condições para tratar a doença implícita e proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade, limitando as incapacidades. Os cuidados de enfermagem neste contexto encontram-se aliados à avançada tecnologia, sendo importante a formação complementar contínua do enfermeiro, bem como estes serem dotados de uma experiência diferenciada no domínio de atuação desta área. Neste sentido senti alguma dificuldade no reconhecimento dos equipamentos e protocolos, com os quais nunca tinha tido contacto. No entanto esta dificuldade impulsionou-me a realizar pesquisa bibliográfica de forma a ir ao encontro de aquisição de novos conhecimentos na área da qualidade e gestão de cuidados na PSC.

O SU integra uma área de grande complexidade, onde são abordadas várias situações de emergência e urgência em saúde. Ao enfermeiro de urgência e emergência é exigida a capacidade de rápida atuação de forma eficaz e um perfil com bases sólidas na responsabilidade e autonomia, confiança e segurança e deve ser detentor de amplos conhecimentos científicos, técnicos e humanos. A título pessoal o estágio em SU foi um marco

de mudança na minha vida profissional, porque após o término do mesmo, como profissional da instituição CHUC, fui transferida para este serviço.

A elaboração deste relatório final permitiu-me refletir e analisar o meu percurso ao longo destes estágios e posso afirmar que a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram alcançadas de forma notória, com repercussões no meu desempenho profissional.

O enfermeiro é um profissional privilegiado no decorrer da sua formação académica e durante a prática da profissão, porque se encontra presente ao longo de todo o ciclo vital, tendo como missão a arte de cuidar da pessoa, independentemente da dependência e vulnerabilidade, gerindo as diversas respostas físicas, emocionais e psicológicas. Neste sentido, o meu trabalho de investigação é sobre os cuidados de enfermagem no doente paliativo em contexto de SU.

A *scoping review*, que agregou uma diversidade de estudos de vários países, abordou de forma abrangente as intervenções de enfermagem direcionadas a doentes em cuidados paliativos que procuram recorrer SU. Esta identificou uma série de desafios relacionados à integração do doente paliativo em contexto de SU, onde muitas vezes se torna no local onde o fim de vida destes ocorre, sugerindo a necessidade de melhor compreensão e preparação para cuidados paliativos neste contexto.

Barreiras como conflitos de prioridades da equipa, limitações do ambiente e falta de unidades específicas de cuidados paliativos foram apontadas, destacando a complexidade da integração neste ambiente. A necessidade de formação especializada para profissionais de saúde, incluindo mudanças educacionais e estruturais, também foi destacada para melhor implementação dos cuidados paliativos no SU.

A revisão oferece uma visão panorâmica das intervenções de enfermagem direcionadas a doentes em cuidados paliativos nos SU, evidenciando a complexidade e os desafios inerentes a este contexto, ao mesmo tempo que destaca a importância de abordagens sensíveis, comunicativas e colaborativas para proporcionar cuidados de qualidade no final da vida.

Apesar das dificuldades e limitações sentidas, durante este percurso, tendo em conta as várias premissas dos diferentes contextos, bem como as exigências inerentes, posso afirmar que foi um caminho positivo e produtivo, que fomentou o meu espírito crítico no dia-a-dia.

## Referências bibliográficas

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas Locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Berlowitz, D., Lukas, C.V., Parker, V., Niederhauser, A., Silver, J. & Logan, C. (2014). *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. A toolkit for improving Quality of care*. Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido em [Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. \(ahrq.gov\)](http://www.ahrq.gov/preventing-pressure-ulcers-in-hospitals)
- Cooper, E., Hutchinson, A., Sheikh, Z., Taylor, P., Townend, W., & Johnson, M. J. (2018). Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 32(9), 1443–1454. <https://doi.org/10.1177/0269216318783920>
- Knobel et al. (2006). *Conduitas em terapia intensiva cardiológica*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Jaksic-Stojanovic, A., & Jankovic, M. (2020). Management and marketing in health institutions. *Studies. Health Technology and Informatics*, 274, 99–107.
- Leite, L. (2006). Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências: O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade. Consultado em 09 de julho de 2023 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- Lima et al (2021). Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. *Research, Society and Development*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11186>
- Macedo, A. P. (2004). Os estágios dos estudantes *de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedade Contemporânea: Reflexividade e Acção Atelier: Educação e Apendizagens. [on-line]. Disponível em [www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR4628bb4a557a5\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf), acedido em julho de 2023.

- Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Revisão Sistemática da Literatura*. <http://hdl.handle.net/10400.11/1707>
- Nacional Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Pressure ulcers: prevention and management*. NICE Clinical guideline. Acedido em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcersprevention-and-management-pdf-35109760631749>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Propostas de Sistema*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, Parecer nº.15/2018. (2018, julho 2). *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. Acedido em [Microsoft Word - Parecer MCEEMC n.º 15-2018 Funções do EEMC nas Unidades de Cuidados Intensivos-serviços de Medicina Intensiva. \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. [ponto-2 padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 1ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-989-752-419-6.
- Ponce, P., Mendes, J.J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. 1ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-989-752-070-2
- Ponce, P. (2018). *Manual de Urgências e Emergências*. 2ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978-972-757-861-0.
- Portugal, Lei nº95/2019. (2019, setembro 4). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1(169), pp.55-66. [0005500066.pdf \(dre.pt\)](#)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência na Unidades de Saúde*. DGS. Acedido em [Microsoft Word - Orientação\\_007\\_2010.doc \(dgs.pt\)](#)

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Diário da República. DGS. Acedido em [DGS Consentimento Informado DGS atualizado 4Nov2015.pdf \(ucp.pt\)](#)
- Portugal, Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. República Portuguesa. Acedido em [Microsoft Word - RNEHR Medicina Intensiva - Aprovada 10 agosto 2017 \(sns.gov.pt\)](#)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS. Acedido em [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. DGS. Acedido em [DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf \(sns.gov.pt\)](#)
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2(26), pp.4744-4750. 7 de junho de 2023. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 15423/2013. (2013, novembro 26). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República 2(229), pp. 34563-34565. Acedido em [despacho\\_15423\\_2013\\_resistencia\\_antimicrobianos.pdf \(iasaude.pt\)](#)
- Portugal, Despacho n.º. 10319/2014. (2011, agosto 11). *Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica*. Diário da República, 2(153), pp. 20673-20678. Acedido em [2067320678.pdf \(dre.pt\)](#)
- Portugal, Despacho n.º 1400-A/2015. (2015, fevereiro 10). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS. Acedido em [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Portugal, Despacho n.º 1400-A/2015. (2015, fevereiro 10). Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026. Diário da República, 2(28), pp. 3882(2)-3882(10). [0000200010.pdf \(dre.pt\)](#)
- Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento de Competências Comuns, do Enfermeiro Especialista. [Portugal]. Diário da República, 2ª série, pp 4474-4750. Acedido em: [0474404750.pdf \(dre.pt\)](#)

- Santos, J., et al. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66(2), pp. 257-263. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>
- Torres, M. A. G. (2012). O Impacto da Formação dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos na Prevenção de Intercorrências Dialíticas [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16346>
- Victorian Quality Council. (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*. Melbourne. Hospital and Health Service Performance Division

**Anexos**

## Anexos I

### Grelhas de avaliação dos estudos

#### *JBI Critical Appraisal Checklist para estudos transversais*

<b>Validade dos resultados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco Claro</b>	<b>Não aplicável</b>
1. Os critérios para a inclusão na amostra foram claramente definidos?				
2. Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?				
3. A exposição foi medida de maneira validável e confiável?				
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?				
5. As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?				
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?				
8. Foi uma análise estatística apropriada?				
<b>Avaliação Geral</b>				
<b>Incluir</b>	<b>Excluir</b>		<b>Procurar informação</b>	<b>mais</b>
<b>Comentários</b>				

Fonte: adaptado de Aromataris e Munn (2020)

#### *JBI Critical Appraisal Checklist pa estudos qualitativos*

	Sim	Não	Pouco Claro	Não Aplicável
1. Existe congruência entre a perspetiva científica enunciada e a metodologia de investigação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou os objectivos da investigação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos utilizados para a recolha de dados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise dos dados?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Existe uma indicação que situe o investigador a nível cultural ou teórico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. É abordada a influência do investigador na investigação e vice-versa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Os participantes e as suas representações estão corretamente representados?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A investigação é ética de acordo com os critérios actuais ou, no caso de estudos recentes, há provas de aprovação ética por um órgão adequado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 10.As conclusões do estudo de investigação decorrem da análise ou da interpretação dos dados??  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avaliação global:      Incluir       Excluir       Carece de mais informação

Fonte: adaptado de Lockwood et al. (2015)

*JBI Critical Appraisal Checklist para estudos de coorte*

- |  | Sim                      | Não                      | Pouco<br>Claro           | Não<br>Aplicável         |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Os dois grupos eram semelhantes e foram recrutados na mesma população?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. As exposições foram avaliadas de forma semelhante para atribuir pessoas aos grupos expostos e não expostos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. A exposição foi medida de forma válida e fiável?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Foram identificados factores de confusão?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Foram indicadas estratégias para lidar com factores de confusão?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Os grupos/participantes estavam livres do efeito no início do estudo (ou no momento da exposição)?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Os resultados foram avaliados de forma válida e fiável?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. O tempo de acompanhamento foi comunicado e suficiente para que os resultados se verificassem?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, as razões para a perda do acompanhamento foram descritas e exploradas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Foram utilizadas estratégias para resolver o problema do acompanhamento incompleto?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Foi utilizada uma análise estatística adequada?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |


Avaliação global:      Incluir       Excluir       Carece de mais informação

Fonte: Adaptado de JBI (2020)


## **Apêndices**

## Apêndice I

### Formação sobre a Via Verde AVC



9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



# ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – VIA VERDE

(ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA)

Susana Francisco

sob a coordenação pedagógica do Professor António Madureira e orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica José Reis.

## INTRODUÇÃO

- As doenças cerebrovasculares constituem um importante problema de saúde pública, que atinge transversalmente doentes de todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento económico.
- As doenças vasculares continuam a estar entre as primeiras causas de morte e incapacidade.
- O conceito de que “tempo é cérebro” traduz o facto de o tecido cerebral ser extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e que em cada minuto de isquémia, um número elevado de células nervosas é destruído. Para evitar este fenómeno, que é irreversível e que se traduz em défices de gravidade variável com sofrimento e custos sociais importantes, é necessário agilizar um sistema de socorro em que a luta contra o tempo é o primeiro objetivo. Assim, surge a Via Verde como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré (extra), intra e interhospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves, que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

## AVC - UM PROBLEMA DE SAÚDE IMPORTANTE

O AVC PODE AFETAR QUALQUER PESSOA EM QUALQUER MOMENTO

**6 MILHÕES**

EM TODO O MUNDO, APROXIMADAMENTE 6 MILHÕES DE PESSOAS MORREM TODOS OS ANOS DE AVC<sup>1,2</sup>

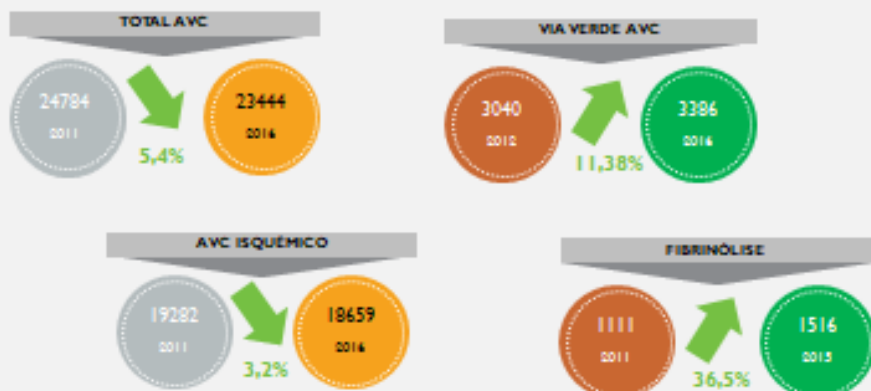
**1 EM 6**

EM TODO O MUNDO, 1 EM CADA 6 PESSOAS, EM MÉDIA, IRÃO TER UM AVC DURANTE A SUA VIDA<sup>1</sup>

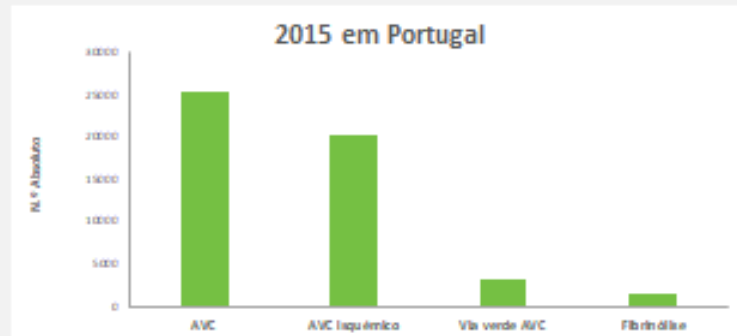
**CADA 6 SEGUNDOS**

A CADA 6 SEGUNDOS, MORRE ALGUÉM DE AVC<sup>2</sup>

## CONTEXTUALIZAÇÃO

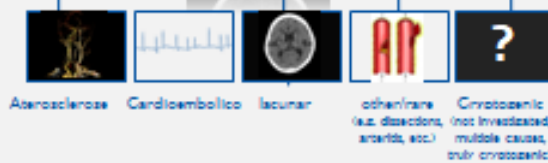
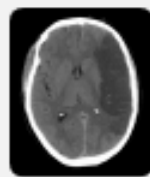


## CONTEXTUALIZAÇÃO

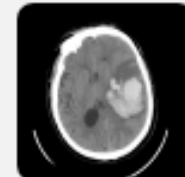


## DOMÍNIOS DA DOENÇA CEREBROVASCULAR

### AIT/AVC isquémico



### AVC hemorrágico



## COMO SÃO CLASSIFICADOS OS AVC?

UM AVC PODE SER DEVIDO A UM BLOQUEIO NUMA ARTÉRIA (AVC ISQUÉMICO) OU A UMA HEMORRAGIA NO CÉREBRO (AVC HEMORRÁGICO)



### ACIDENTE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

A IRRIGAÇÃO SANGUÍNEA PARA UMA ÁREA DO CÉREBRO É INTERROMPIDA TEMPORARIAMENTE, MAS É RESTAURADA NO PRIMEIRO DE 48 HORAS, E O DOENTE VOLTA AO NORMAL.



### AVC ISQUÊMICO

A IRRIGAÇÃO SANGUÍNEA PARA UMA ÁREA DO CÉREBRO É INTERROMPIDA PERMANENTEMENTE, CAUSANDO MORTES DE NEURÓNIOS E DANOS NEUROLÓGICOS.



### AVC HEMORRÁGICO

UMA HEMORRAGIA CÉREBRAL PODE IMPEDIR O FLUXO NORMAL DE SANGUE PARA OS NEURÓNIOS ALÉM DOS DANIFICADOS E CAUSAR SÍNDROMAS NEUROLÓGICAS.

A FORMA MAIS FREQUENTE DE AVC

## FASES DO TRATAMENTO AVC AGUDO

O TRATAMENTO DOS DOENTES QUE SOFRERAM AVC AGUDO PODE SER DIVIDIDO EM QUATRO FASES COM OS SEUS RESPECTIVOS OBJECTIVOS PRIMÁRIOS E FOCOS TERAPÊUTICOS

# 1

### FASE PRÉ-HOSPITALAR

DESE SINTOMA ATÉ PORTA DO HOSPITAL

Reduzir o risco de morte e incapacidade através de um diagnóstico, escolha do hospital e impacto no tempo-até-tratamento.

# 2

### FASE HIPER AGUDA

PORTA HOSPITAL – 1ª HORA

Reduzir risco de morte e incapacidade por foco absoluto na recanalização das artérias ou redução de edema devido a hemorragia.

# 3

### FASE AGUDA

1 – 24 HORAS APÓS ADMISSÃO

Reduzir risco de morte por rastreio neurológico e monitorização apertada dos sistemas cardíacos respiratórios.

# 4

### FASE PÓS-AGUDA

24 – 72 HORAS APÓS ADMISSÃO

Reduzir risco de morte por monitorização apertada dos sistemas cardíacos e respiratórios e prevenção de AVC recorrentes.



## CLASSIFICAÇÃO OXFORD - AVC

**The Oxford Stroke classification system (FYI)**

The classification predicts the extent of the stroke, regions affected, underlying etiology, and prognosis.

**Large cortical stroke (LACS)**  
 Large cortical stroke in territory of anterior/middle artery stroke.  
 Diagnosis: all three of the following:  
 1. Cortical sensory/motor sensory deficit of face, arm and leg  
 2. Homonymous hemianopia  
 3. Higher cerebral dysfunction (parietal, frontal/parietal, occipital strokes)

**Partial anterior stroke (PACS)**  
 Partial anterior circulation syndrome (PACS) cortical stroke in territory of anterior/middle artery stroke.  
 Diagnosis:  
 1. Homonymous hemianopia sensory deficit of face, arm and leg  
 2. Homonymous hemianopia  
 3. Higher cerebral dysfunction (parietal, frontal/parietal, occipital strokes)

**Partial posterior stroke (PPCS)**  
 Posterior Circulation Syndrome.  
 Diagnosis:  
 1. Homonymous hemianopia sensory deficit of face, arm and leg  
 2. Homonymous hemianopia  
 3. Higher cerebral dysfunction (parietal, frontal/parietal, occipital strokes)

**LACS**  
 Lacunar Syndrome (LACS).  
 Subcortical stroke due to small vessel disease, no evidence higher cerebral dysfunction.

**Definitive Community Stroke Project (DCSP) classification syndromes and imaging examples**

DCSP type	Clinical features	Neuroimaging	Imaging CT
Total Anterior Circulation Syndrome (TACS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Homonymous <b>HM</b></li> <li>Higher cerebral dysfunction (parietal, frontal/parietal, occipital) <b>HM</b></li> <li>Hemiparesis/hemiplegia</li> </ul>	Usually prominent middle cortical artery (MCA) or CA evidence	
Partial Anterior Circulation Syndrome (PACS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Upper higher cerebral dysfunction <b>HM</b></li> <li>One face of homiparesis, higher cerebral dysfunction, homiplegia</li> </ul>	Usually frontal MCA evidence	
Partial Posterior Circulation Syndrome (PPCS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isolated homiparesis (parietal) sensory deficit of face, arm and leg</li> <li>Isolated homiplegia</li> </ul>	Occultation of anterior, middle, posterior or PCA vessels	
Lacunar Syndrome (LACS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pure motor stroke <b>HM</b></li> <li>Pure sensory stroke <b>HM</b></li> <li>Motor/sensory stroke <b>HM</b></li> <li>Ataxic hemiparesis <b>HM</b></li> <li>Cortical hand dyspraxia</li> </ul>	Small penetrating artery occlusion, usually in subcortical territory of MCA, in cases of lacunar stroke with white matter	

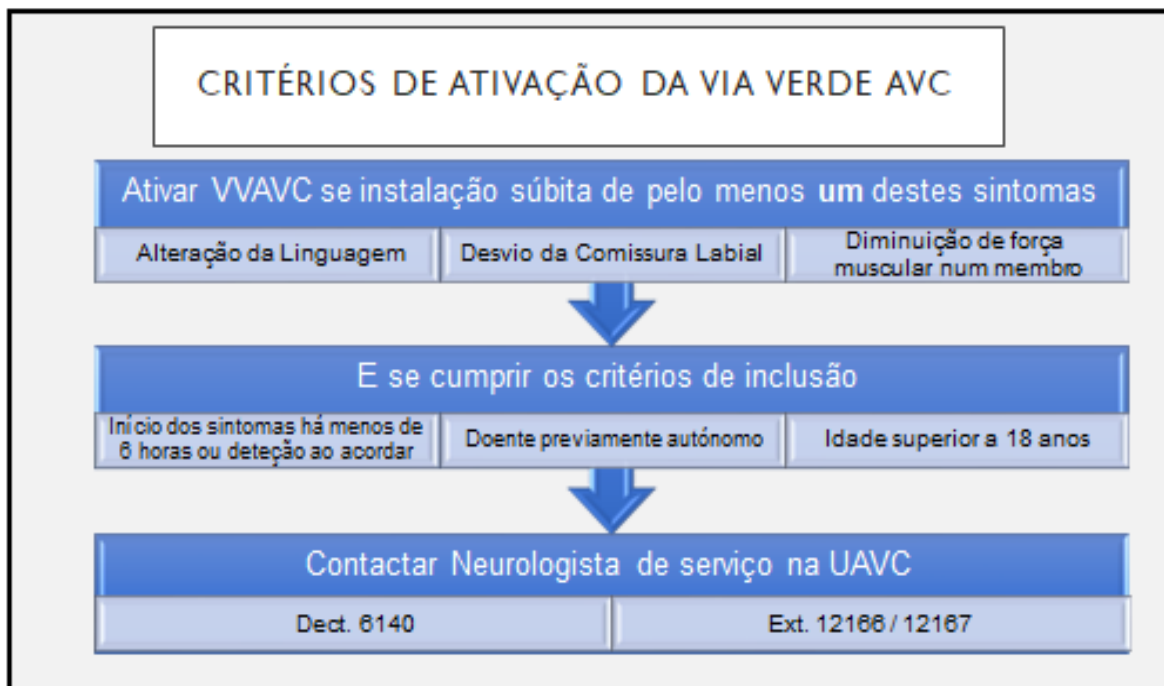
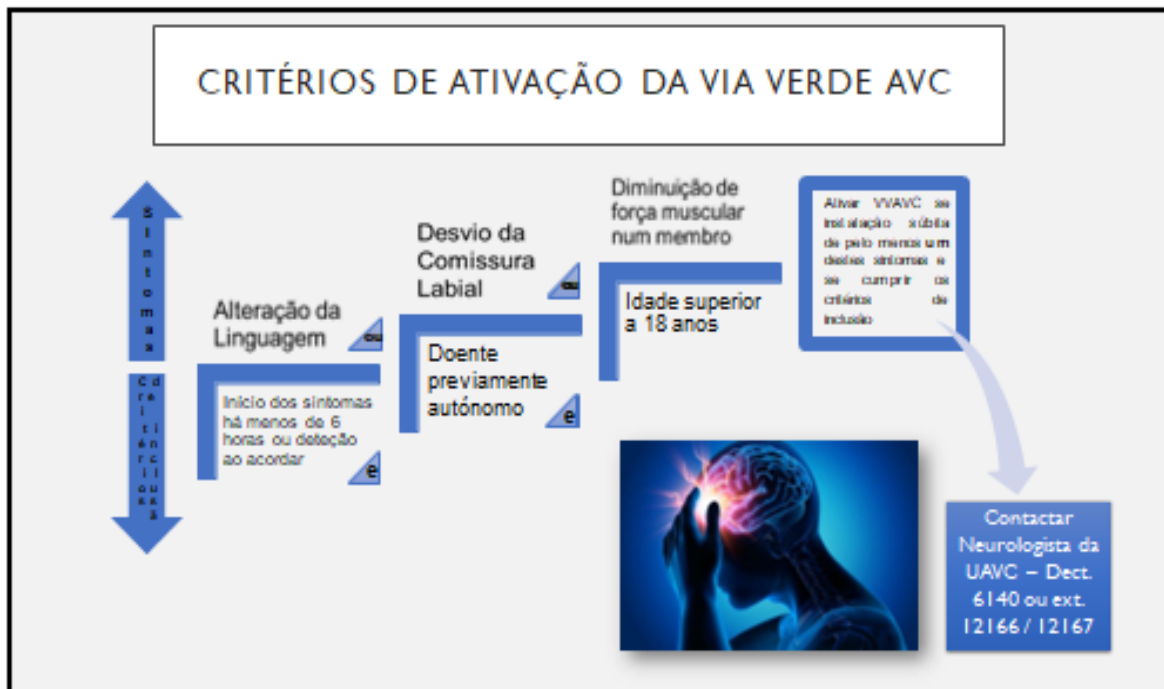
## VIA VERDE AVC

**1 PÚBLICO**  
 RECONHECER OS SINTOMAS DE AVC  
 LIGAR 112

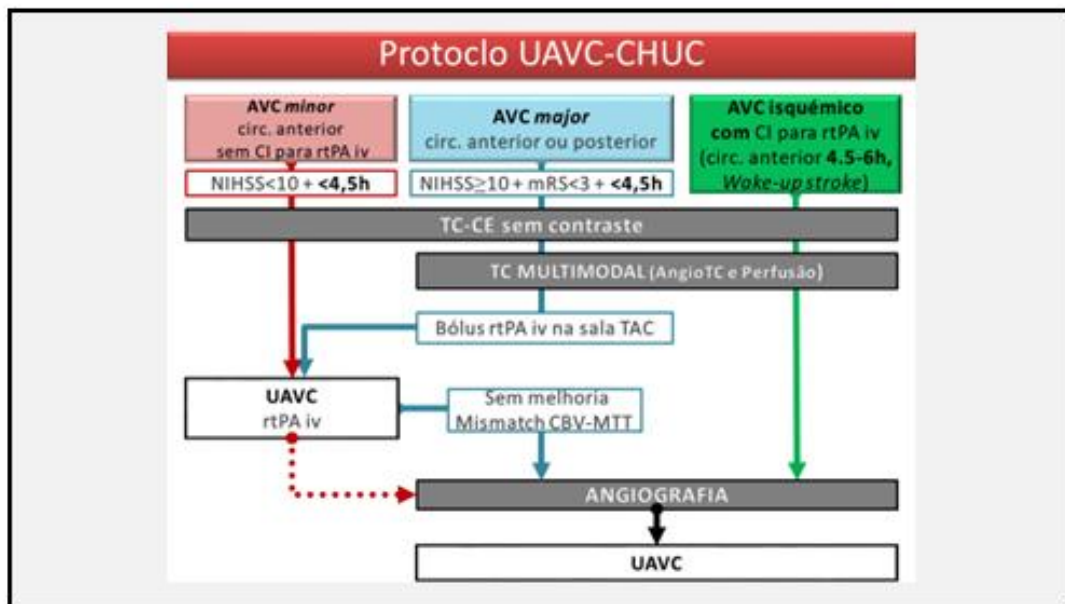
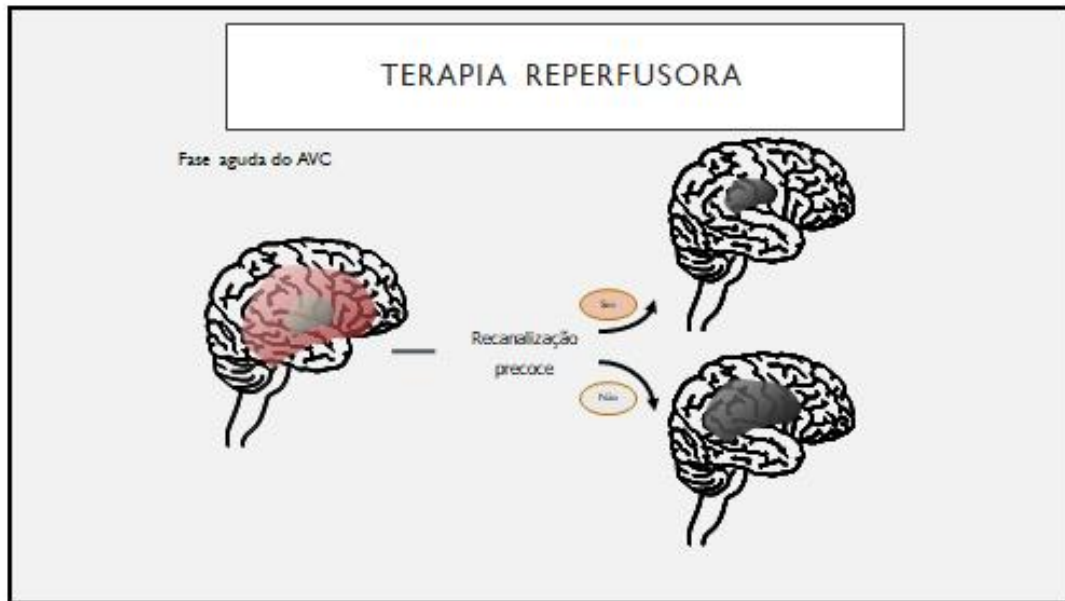
**2 112**  
 IDENTIFICAR OS SINTOMAS DE AVC  
 PROMOVER O DESPACHO DA EQUIPA PRÉ-HOSPITALAR

**3 PRÉ-HOSPITALAR**  
 AVALIAÇÃO E REMISSÃO RÁPIDA  
 TRANSFERÊNCIA RÁPIDA PARA O HOSPITAL  
 PRÉ-REGISTRAÇÃO DO HOSPITAL

**4 HOSPITALAR**  
 TRAGEM IMEDIATA, AVALIAÇÃO E IMAGIOLOGIA  
 DIAGNÓSTICO PRECISO  
 TRATAMENTO ADEQUADO







## CONCLUSÃO



- As Vias Verdes apresentam-se como os protocolos com maior impacto na produção de ganhos em saúde para o doente, dado que quanto mais precocemente forem ativadas, de preferência logo no pré-hospitalar (extra-hospitalar), diminuem tempos de espera, priorizam a avaliação destes doentes e agilizam procedimentos, promovem sinergias entre serviços e possibilitam um tratamento adequado e em tempo útil.
- O conhecimento prévio por parte dos profissionais dos critérios para ativação da Via Verde AVC e os procedimentos de atuação em caso de ativação da mesma, permite uma abordagem célere, sistematizada e mais completa, com repercussão em ganhos em saúde evidentes para o doente.

## BIBLIOGRAFIA

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma Nº015/2017, 1-25. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Campanha da Organização Mundial de AVC. <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
- MacKay J, Mensah G. WHO, 2004. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/allas/en/#](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/allas/en/#)
- BRASIL. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pc-di-cuidados-AVC.pdf>
- ANDERSON, C.S. et al. Low-Dose versus Standard-Dose Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke. The New England Journal of Medicine, v. 374, n. 24, p. 2313-2323, jun. 2016. DOI: 10.1058/NEJMoa1515510

## Apêndice II

### Formação sobre o cateter Swan-Ganz

9º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

# Cateter Swan-Ganz

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Joana Rocha  
Susana Francisco

## Objetivos

- Conhecer as funções do cateter Swan Ganz;
- Reconhecer riscos e benefícios da utilização do Cateter Swan Ganz;
- Identificar as intervenções de enfermagem na manutenção do Cateter Swan Ganz;
- Conhecer o monitor e saber interpretar os valores.

## Índice

- O conceito de Cateter Swan Ganz;
- Inserção do Cateter Swan Ganz;
- Pressões durante o trajeto do Cateter Swan Ganz;
- Conhecer o monitor e saber interpretar os valores;
- Indicações para utilização;
- Contra-indicações de utilização;
- Riscos ou complicações;
- Apresentação do monitor;
- Cuidados de enfermagem

## Introdução

O cateterismo cardíaco humano "in vivo" foi demonstrado, por Werner Frossman e posteriormente por Klein em 1930, impulsionando a hemodinâmica. Mas a necessidade de equipamento radiológico e salas especiais, tornava a sua utilização invável em Unidades de Cuidados Intensivos.

A utilização clínica do cateter de Swan-Ganz (cateterização da artéria pulmonar, orientada pelo fluxo) iniciou-se nos primeiros anos da década de 1970, pelos médicos americanos William Ganz e Harold J.C. Swan. Este sem uso de fluoroscopia, utilizando para a progressão e localização do cateter, apenas a morfologia das curvas da pressão arterial.

O uso do cateter de Swan-Ganz revolucionou a monitorização e consequentemente o tratamento do doente crítico, visto que permitia o registo dos parâmetros hemodinâmicos na artéria pulmonar e o débito cardíaco pela técnica da termodiluição.

## O cateter Swan Ganz

O cateter de Swan-Ganz, também conhecido como cateter de artéria pulmonar, é um dispositivo médico usado para monitorizar a função cardíaca e hemodinâmica do utente em situação crítica.

Este é inserido numa veia central, geralmente na região da veia jugular ou subclávia, e avança até o coração direito e a artéria pulmonar.

O cateter é constituído por um balão insuflável, lúmen de pressão pulmonar, lúmen termodiluição e lúmen proximal.

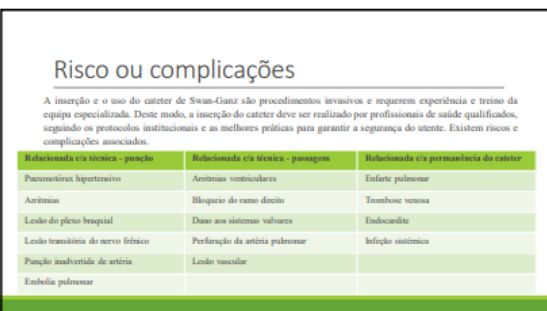
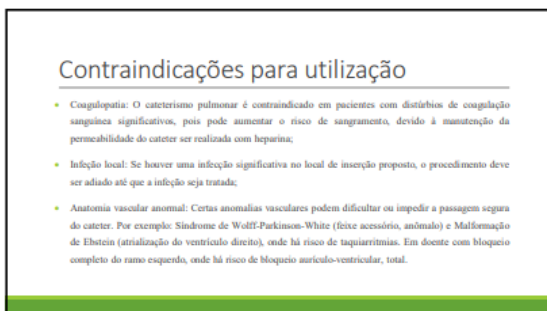
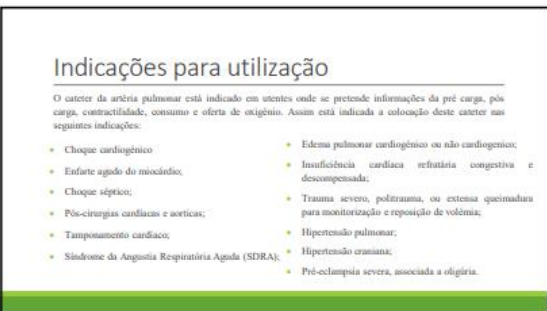
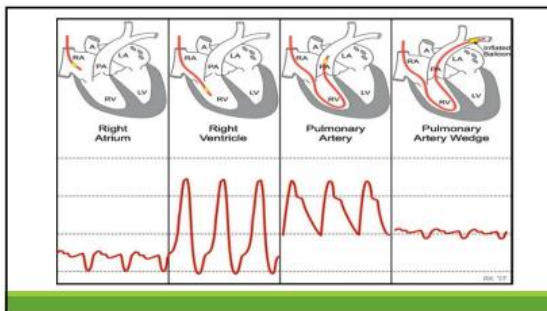
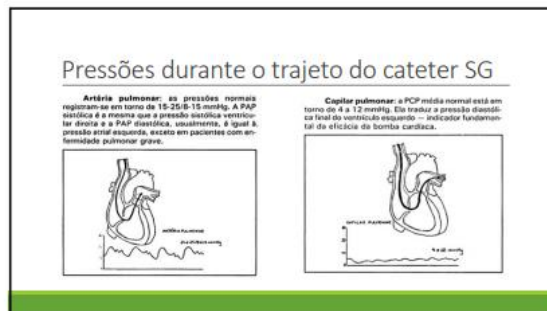
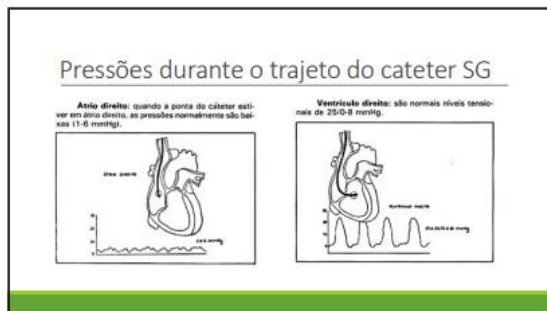
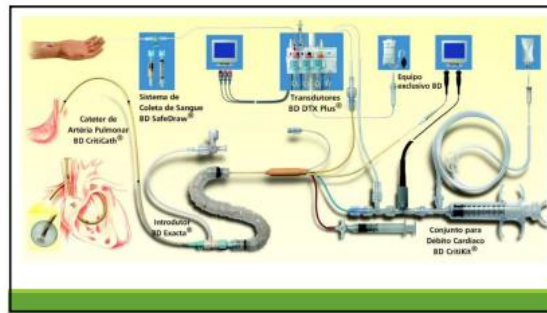
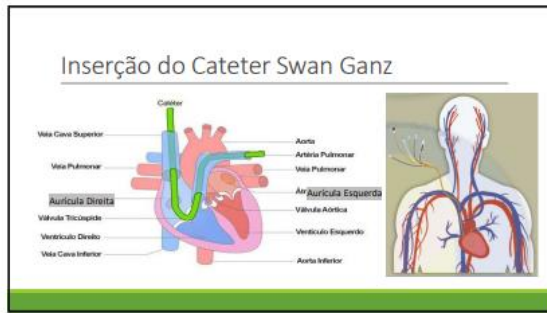
A ponta distal do cateter é posicionada no capilar pulmonar, permitindo medições precisas das pressões.



## Inserção do Cateter Swan Ganz

Este tipo de cateter é composto por múltiplas vias, permitindo a avaliação de diferentes parâmetros hemodinâmicos:

1. Pressão arterial pulmonar (PAP) - Mede a pressão no sistema circulatório pulmonar;
2. Pressão capilar pulmonar (PCP): Avalia a pressão no leito capilar pulmonar, indicando a pressão dentro do átrio esquerdo;
3. Débito cardíaco (DC): estima o volume de sangue bombeado pelo coração num minuto;
4. Pressão venosa central (PVC): Mede a pressão na aurícula direita, fornecendo informações sobre o retorno venoso.





## Cuidados de Enfermagem

- Informar o doente e a família sobre o procedimento;
- Posicionar os eletrodos para monitorização eletrocardiográfica;
- Deitar o doente em posição de decúbito dorsal;
- Montar sistema de pressurização com heparina e soro fisiológico (volumes determinados pelo médico)
- Deixar o soro fisiológico heparinizado para posteriormente acoplar nas vias distal e proximal do cateter;
- Montar o transdutor de pressão com técnica asséptica;
- Auxiliar na paramentação do médico;

## Cuidados de Enfermagem

- Montar material para passagem do cateter;
- Após o término da passagem do cateter, assegurar-se de que não há bolhas de ar no sistema;
- Verificar se as conexões entre cateter, sistemas e torneiras de três vias estão bem adaptadas;
- Realizar penso no local da inserção do cateter conforme protocolo;
- Providenciar radiografia de tórax;
- No momento de retirada do cateter, que deve estar o balão desinflado para que não ocorra traumas vasculares;
- Registrar os valores hemodinâmicos uma vez por turno, ou conforme protocolo.

## Cuidados de Enfermagem

- Informar o doente e a família sobre o procedimento;
- Acompanhar o trajeto do cateter – fluoroscopia, radiografia de tórax e monitorização;
- Posicionar e calibrar o transdutor – para leituras corretas;
- Fazer uma medida de pressão a cada 12 horas;
- Antes das medições lavar o cateter com soro heparinizado através do sistema de flushing, nivelar e calibrar o transdutor;
- Utilizar técnica asséptica ao manipular o sistema e o cateter;
- Trocar sistemas, conexões e soluções de acordo com protocolo definido no serviço;
- Identificar no monitor as curvas de pressão e seus valores normais;
- A seringa de inflação deve estar sempre ligada a via correta para o balão

## Conclusão

A monitorização hemodinâmica invasiva é importante para a descoberta do diagnóstico dos doentes, e direcionar o tratamento. Porém, deve ter-se em consideração que estes parâmetros invasivos só trazem benefícios evidentes se forem fidedignos.

Cuidar de um doente com este tipo de monitorização requer uma atenção elevada dos profissionais de saúde, uma vez que, na sua maioria, se utiliza mais que um tipo de monitorização invasiva. Isto vem reforçar a importância do enfermeiro, sendo este o responsável por garantir essa fidedignidade dos dados apresentados no monitor, devendo ser conhecedor, não apenas das técnicas necessárias a uma boa monitorização invasiva, como também deve ter um conhecimento teórico e científico para avaliar criticamente o doente.

## Questões?

## Referências Bibliográficas

- Dias, F. S., Rezende, E., Mendes, C. L., Rêa-neto, Á., David, C. M., Schettino, G., Lobo, S. M., et al. (2006). Parte II - Monitorização Hemodinâmica Básica e Cateter de Arteria Pulmonar \*, 18, 63-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cbt/v18n1/a12v18n1.pdf>
- Jevon, P. & Ewens, B. (2007). Monitoramento da função cardiovascular 2: monitoramento hemodinâmico. In Jevon, P. & Ewens, B. Monitoramento do paciente crítico: Habilidades Fundamentais para Enfermagem. (vol. único, 2ª ed., pp.131-172). Brasil: Artmed.
- Ramos, C. C. S., Sasso, G. T. M. D. Martins, C. R., Nascimento, E. R., Barbosa, S. F. F., Martins, J. J. et. al. (2008). Monitorização Hemodinâmica Invasiva na Beira do Leito: avaliação e protocolo e cuidados de enfe

## Apêndice III

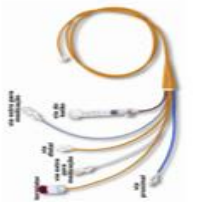
### Folheto sobre o cateter Swan-Ganz

#### Material:

Introdutor



Cateter Swan Ganz



Monitor



Material para punção de acesso venoso central: ultrassom vascular, manga estéril, gel estéril, anestésico, campos, avental, seringas, agulhas, compressas, linha de sutura, campo esterilizado.

Posicionar o doente corretamente em decúbito dorsal, realizar desinfecção da pele com clorexidina alcoólica, colocação de campos estéreis; anestesia, localização da veia e punção, 2 soros fisiológicos de 500ml e manga de pressão.

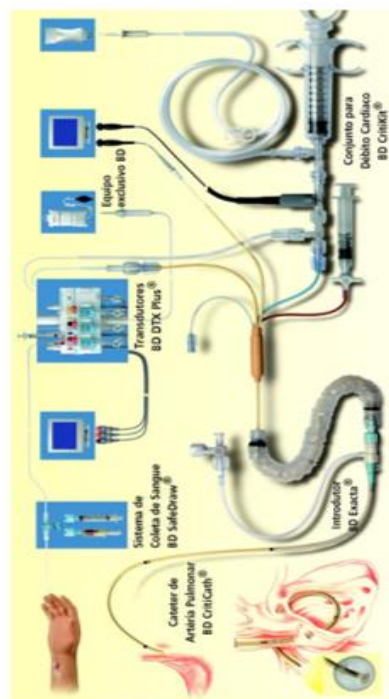
Realizar a punção venosa central, idealmente sob auxílio de ultrassonografia vascular. Após isso, deve-se progredir o fio-guia de maneira habitual, como seria feito para um acesso venoso central. Retira-se a agulha e prepara-se o dilatador.



Pelo fio guia, progride-se o dilatador e dilata-se a pele e o subcutâneo. Após a dilatação adequada, monta-se o kit (introdutor com o dilatador dentro, como na figura ao lado).

O introdutor é valvulado, o que impede que haja refluxo de sangue após a retirada do dilatador. Faz-se o teste pela via lateral (seta azul), que pode ser usada como uma via central, e deixa-se salinizada.

De seguida, abre-se o cateter de artéria pulmonar, este deve ser testado e calibrado.

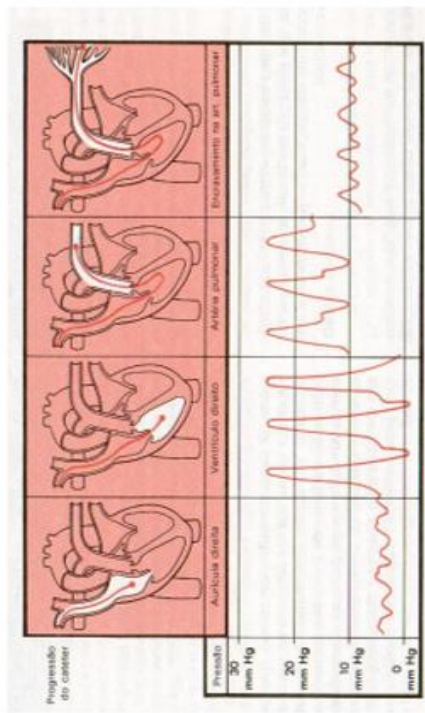


Preencha as vias com soro fisiológico e conecte o transdutor ao monitor (como mostra na figura de cima), coloque o hemomedidor



De seguida deve 'Zerar' o sistema e para isso, 'feche' a via da artéria pulmonar e da PVC para o doente e abra a via para contato com a atmosfera. Após isso, dirija-se ao monitor e seleccione a tecla 'zerar sistema'. Após essa calibração, teste o balão com a seringa. (é limitada a 1,5ml, que é o volume máximo de insuflação), este deve insuflar de maneira simétrica e não ocluir a ponta do cateter. Após verificação desinsufle o balão.

Conecte as portas do cateter para avaliação das curvas de pressão, estas são importantes no momento de inserção do cateter, para perceber o trajeto do cateter.



Pode-se insuflar o balão após a passagem pela tricúspide e progredir o cateter a cada 3 batimentos, contando que o fluxo de sangue dentro do ventrículo irá direcionar o cateter naturalmente para a via de saída e, por consequência, à artéria pulmonar. Após o balão insuflado, o cateter só pode ser progredido, não se pode puxar o cateter com o balão insuflado. Na transição da curva da artéria pulmonar para uma curva achatada, sabemos que o cateter está encravado no capilar pulmonar e desinsuflamos o balão.

⚠ Depois do cateter colocado corretamente, demos calibrar o monitor, zerando novamente a via da artéria pulmonar e da PVC.

⚠ Confirmar o posicionamento do cateter com uma radiografia de tórax.

⚠ É importante confirmar o posicionamento nos dias após a inserção, pois o cateter frequentemente migra e pode ser necessário reposicioná-lo.



**Apêndice IV**  
**Síntese dos estudos**

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (1-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service</i>
<b>Autor (es)</b>	Pereira et al.
<b>Ano</b>	2018
<b>País</b>	Portugal
<b>Objetivo (s)</b>	Descrever o cuidado prestado pela equipa de enfermagem de um SU a doentes em fase terminal de vida.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo retrospectivo, quantitativo, exploratório e descritivo.
<b>População/ Amostra</b>	83 doentes adultos com diagnóstico de doença crónica avançada e irreversível (tanto oncológica como não-oncológica) e que faleceram no Atendimento Básico de Urgência no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os principais resultados e conclusões deste estudo sobre o cuidado prestado pela equipa de enfermagem a doentes em fim de vida no SU foram os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Local e Momento da Morte:</b> A maioria dos doentes faleceu no quarto de observação, sendo que a maior parte das mortes ocorreu num intervalo que variou entre as primeiras duas e vinte e quatro horas após a admissão.</li> <li>2. <b>Intervenções de Enfermagem:</b> As intervenções de enfermagem estiveram direcionadas para o cuidado técnico-instrumental, em consonância com as prescrições médicas e as rotinas de atendimento. Isto incluiu procedimentos como punções venosas, cateterismos, recolha de sangue para análise, aspiração de secreções e administração de fluidos e medicamentos para controlo sintomático.</li> <li>3. <b>Cuidados na Proximidade da Morte:</b> Com a aproximação do óbito, os enfermeiros também realizaram intervenções específicas, como registo de paragem cardiorrespiratória, manobras de ressuscitação cardiopulmonar e aspiração de secreções. Além disso, foram identificados fatores preditivos</li> </ol>

	<p>de morte iminente, como a entrada do doente em estado de coma e o agravamento da astenia.</p> <p>4. <b>Diagnóstico na Fase de Agonia:</b> Foi observado que, em muitos doentes, não houve um diagnóstico específico da entrada na fase de agonia, o que sugere a necessidade de maior atenção e documentação nesta fase crítica do cuidado.</p> <p>5. <b>Necessidade de Capacitação:</b> Os resultados do estudo apontam para a importância de capacitação específica em cuidados paliativos para a equipa de enfermagem, objetivando uma abordagem mais abrangente e sensível aos doentes em fim de vida.</p> <p>Em síntese, o estudo evidenciou a relevância das intervenções de enfermagem no cuidado a doentes em fim de vida no ambiente de um SU, com foco na realização de procedimentos técnicos, controlo sintomático e monitorização de parâmetros vitais. Também evidenciou a necessidade de melhorias na identificação e documentação da fase de agonia, bem como a importância da formação contínua da equipa de enfermagem para oferecer cuidados mais abrangentes e eficazes aos doentes em situações de fim de vida.</p>
<p><b>Limitações/ Recomendações</b></p>	<p>Este estudo apresenta algumas limitações importantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Registos Incompletos:</b> Os dados foram recolhidos apenas a partir dos registos de enfermagem, o que pode ter levado a uma subestimação das intervenções realizadas, uma vez que algumas delas podem não ter sido devidamente registadas.</li> <li>2. <b>Limitações na Amostra:</b> O tamanho da amostra e a seleção dos casos estudados não permitem a generalização dos resultados para uma população mais ampla.</li> <li>3. <b>Falta de Generalização:</b> Devido às limitações na amostra, os resultados obtidos não podem ser extrapolados para além do contexto específico em que o estudo foi realizado, o que limita a aplicabilidade dos resultados em outros cenários.</li> </ol> <p>Apesar destas limitações, os resultados deste estudo ainda são valiosos, pois contribuem significativamente para o conhecimento e a prática dos cuidados a doentes em fim de vida em ambientes de SU.</p>

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (2-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study</i>
<b>Autor (es)</b>	Di Leo et al.
<b>Ano</b>	2019
<b>País</b>	Itália
<b>Objetivo (s)</b>	Explorar as questões relacionadas à prestação de cuidados paliativos no SU, tanto sob a perspectiva dos profissionais de saúde como dos doentes e seus familiares. O estudo procurou compreender os desafios e as necessidades sentidos na entrega e no recebimento de cuidados paliativos neste contexto, com o propósito de informar um projeto de melhoria da qualidade nos SU italianos.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo qualitativo que utilizou entrevistas em grupos focais com os profissionais de saúde e entrevistas semiestruturadas com os doentes e seus familiares.
<b>População/ Amostra</b>	21 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes de enfermagem) que atuam no SU, 6 doentes com necessidades de cuidados paliativos e 5 familiares desses doentes.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os resultados do estudo destacaram cinco temas principais identificados a partir das perspectivas dos profissionais de saúde, doentes e familiares no contexto dos cuidados paliativos no SU: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Prioridades Compartilhadas:</b> Foi observada a existência de prioridades em comum entre os profissionais de saúde e os doentes no Departamento de Emergência. Isto é, tanto os profissionais como os doentes consideraram o alívio dos sintomas físicos como a maior das suas prioridades em detrimento da comunicação.</li> <li>2. <b>Informações Desejadas:</b> Houve um foco nas informações procuradas pelos familiares e aquelas fornecidas pelos profissionais de saúde, destacando a importância da comunicação.</li> <li>3. <b>Percepção de Ambiente e Tempo:</b> As percepções sobre o</li> </ol>

	<p>ambiente e o tempo desempenharam um papel significativo na prestação de cuidados paliativos.</p> <p>4. <b>Limitações e Barreiras:</b> Foram identificadas limitações e obstáculos que afetavam a continuidade e qualidade dos cuidados paliativos, nomeadamente a falta de acesso a informações relevantes (o SU muitas vezes não tinha acesso a informações relevantes dos doentes, o que dificultava a prestação adequada de cuidados paliativos); a falta de conversas abertas entre médicos e doentes sobre os objetivos de cuidado; o sofrimento emocional de doentes e familiares; questões ambientais do SU (ruído, limitações de tempo e falta de privacidade).</p> <p>5. <b>Interpretações Contrastantes:</b> Diferentes interpretações surgiram em relação à prestação e recebimento de cuidados paliativos, evidenciando perspetivas variadas.</p> <p>Foi observado que existem oportunidades para melhorar a formação dos profissionais em cuidados paliativos, desenvolver encaminhamentos colaborativos para doentes com necessidades nesta área e otimizar o ambiente no SU. Os dados do estudo ofereceram um panorama revelador do reconhecimento dos cuidados paliativos no ambiente do SU, embora tenham revelado que existe um caminho a percorrer para alcançar uma integração completa e abordável. Tanto os médicos como os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, doentes e seus familiares compartilharam vários desafios, lacunas e pontos críticos. Tais reflexões apontam para áreas de melhoria que podem orientar investigadores e profissionais a preencher essas lacunas e proporcionar uma alta qualidade de cuidados paliativos no SU.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>As limitações do estudo incluíram:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Amostra de um Único Centro:</b> O recrutamento dos participantes ocorreu num único centro hospitalar especializado em oncologia, o que pode ter afetado a generalização dos resultados para outros contextos de saúde.</li> <li>2. <b>Tamanho Reduzido dos Grupos Focais:</b> Os grupos focais contaram com menos participantes do que o esperado,</li> </ol>

	<p>embora tenham sido recolhidas informações variadas de diferentes profissionais de três unidades de SU.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b>Mudança de Departamento:</b> O estudo envolveu doentes e familiares que foram transferidos do SU para outro departamento do hospital, desconhecendo-se se o feedback deles seria diferente em caso de alta médica.</li> <li>4. <b>Entrevistas Realizadas por um único investigador:</b> A maioria das entrevistas foi realizada por um único investigador, o que pode ter introduzido viés ou ter limitado a diversidade de perspetivas capturadas.</li> <li>5. <b>Limitações das Entrevistas:</b> Algumas entrevistas podem ter sido limitadas em termos de riqueza de dados devido à dificuldade dos participantes em recordar com precisão o tempo de internamento no SU, especialmente em comparação com os grupos focais.</li> </ol> <p>Não obstante, estas descobertas são fundamentais para informar o desenvolvimento de um programa de melhoria da qualidade nos departamentos de emergência italianos, visando melhorar a prestação de cuidados paliativos neste contexto sensível</p>
--	---

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (3-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Perspectives towards End-of-Life Care in the Emergency Department of Tertiary Public Hospitals—A Qualitative Analysis</i>
<b>Autor (es)</b>	Tiah et al.
<b>Ano</b>	2023
<b>País</b>	Singapura
<b>Objetivo (s)</b>	Explorar as perspetivas e experiências das principais partes interessadas em relação aos cuidados de fim de vida no SU, com vista a identificar desafios e oportunidades para melhorar a qualidade desses cuidados.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo qualitativo descritivo, com uso de discussões de grupos focais e entrevistas individuais semiestruturadas para recolher dados ao longo de um período de três meses.

<b>População/ Amostra</b>	36 funcionários do SU (médicos e enfermeiros), 16 profissionais de saúde da comunidade e 7 familiares.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Emergiram três temas principais da análise dos dados. Em primeiro, os motivos das visitas ao SU foram influenciados pelas preferências dos doentes, decisões familiares, recursos limitados na comunidade e acessibilidade. Em segundo lugar, foram identificadas várias barreiras na prestação de cuidados de fim de vida no SU, incluindo conflitos de prioridades da equipa, ambiente restrito, comunicação ineficaz e falta de fluxos de trabalho padronizados. Por fim, as discussões sobre a continuidade dos cuidados após a saída do SU revelaram desafios relacionados à transferência tardia para enfermarias, coordenação da alta terminal e recursos limitados na comunidade. As conclusões destacaram a importância da colaboração multidisciplinar para abordar fatores ambientais e fluxos de trabalho no SU, além da necessidade de capacitar médicos e enfermeiros do SU com conhecimentos e competências para fornecer cuidados de fim de vida de qualidade.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>Foram identificadas as seguintes limitações: restrição na generalização dos resultados devido à natureza qualitativa do estudo; enviesamento de resposta devido ao facto de terem sido participantes voluntários; possível influência do membro dominante nos grupos focais.</p> <p>Com base nos resultados foram assinaladas as seguintes recomendações:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabelecer colaborações multidisciplinares para abordar fatores ambientais e fluxos de trabalho no SU.</li> <li>2. Fornecer formação e capacitação adequados para médicos e enfermeiros de emergência para melhorar a sua competência e confiança no tratamento de doentes em fase de fim de vida.</li> <li>3. Desenvolver fluxos de trabalho padronizados para garantir a coordenação eficiente da alta terminal do SU.</li> <li>4. Considerar estratégias para melhorar a comunicação entre a equipa de saúde e os familiares dos doentes, abordando as barreiras identificadas.</li> <li>5. Explorar formas de melhorar o acesso a recursos na</li> </ol>

	<p>comunidade, a fim de reduzir as visitas de emergência motivadas por recursos limitados.</p> <p>6. Investir em iniciativas que promovam a tomada de decisões compartilhada entre doentes, familiares e profissionais de saúde para melhorar a prestação de cuidados de fim de vida no SU.</p>
--	---

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (4-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study</i>
<b>Autor (es)</b>	Verhoef et al.
<b>Ano</b>	2020
<b>País</b>	Países Baixos
<b>Objetivo (s)</b>	Analisar as visitas de emergência de doentes com cancro avançado nos últimos 3 meses de vida, a fim de identificar as suas necessidades de cuidados paliativos e iniciar tratamentos adequados em função das suas preferências.
<b>Desenho do estudo</b>	O estudo utilizou uma abordagem retrospectiva, analisando as visitas de emergência e os dados dos doentes no período de 2011 a 2014.
<b>População/ Amostra</b>	420 doentes adultos com cancro avançado que faleceram dentro de 3 meses após a visita ao SU. A idade média foi de 63 anos, sendo 54,5% do sexo masculino. Os doentes tinham tumores sólidos, e uma parte deles recebia tratamentos anticancerígenos.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os resultados mostraram que a maioria dos doentes recebeu tratamentos focados na modificação da doença, com pouca ênfase em cuidados paliativos ou planos proativos de gestão de sintomas. As visitas ao SU frequentemente levaram a discussões sobre limitações de tratamentos de suporte de vida e resultaram em hospitalizações em más condições clínicas, com uma percentagem significativa de doentes a falecer no hospital em curto prazo. Fatores associados à aproximação da morte foram identificados como indicadores para a necessidade urgente de cuidados paliativos, destacando a

	<p>importância de identificar estes doentes no SU para tomada de decisões apropriadas sobre os seus cuidados.</p> <p>O estudo também evidenciou o ambiente desafiador do SU para doentes com cancro avançado, devido ao ambiente agitado, barulhento e à falta de espaço para discussões sobre o fim da vida. Foi verificado, também, que os médicos do SU muitas vezes não tinham os relacionamentos duradouros necessários para prestar os cuidados ideais aos doentes paliativos, e a falta de capacitação em gestão de sintomas e decisões de fim de vida foi igualmente observada. O estudo enfatizou a importância de cuidados paliativos iniciados no SU, com a identificação precoce de doentes com necessidades urgentes de cuidados paliativos e o desenvolvimento de fluxogramas e critérios padronizados para encaminhamento adequado. Além disso, destacou a necessidade de ferramentas de triagem de necessidades paliativas não atendidas para ajudar na identificação destes doentes.</p>
<p><b>Limitações/ Recomendações</b></p>	<p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A inclusão limitada a doentes com cancro na fase paliativa que faleceram dentro de 3 meses após a visita ao serviço de emergência pode ter introduzido viés de seleção.</li> <li>• A recolha de dados entre 2011 e 2014 pode não ter refletido completamente a situação atual, apesar da relevância da trajetória de fim de vida não ter sofrido mudanças significativas.</li> <li>• O estudo focou na população de doentes com cancro avançado que visitaram o SU no fim de vida, o que pode limitar a generalização para outros contextos.</li> </ul> <p>Recomendações para a Prática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Futuros estudos devem validar ferramentas de previsão de sobrevida e avaliação de necessidades para doentes com cancro avançado que visitam o SU.</li> <li>• A implementação de modelos de cuidados paliativos iniciados no SU deve ser avaliada para melhorar a trajetória de fim de vida destes doentes.</li> <li>• Profissionais de saúde que atuam no SU devem estar cientes</li> </ul>

	da possibilidade de cuidados paliativos iniciados na emergência e do reconhecimento precoce de doentes em alto risco de aproximação da morte, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.
--	---

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (5-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Palliative Care in the Emergency Room Scenario: Perceptions of Nurses and Physicians</i>
<b>Autor (es)</b>	Cogo et al. (2020)
<b>Ano</b>	2020
<b>Pais</b>	Brasil
<b>Objetivo (s)</b>	Descrever a percepção de enfermeiros e médicos em relação aos cuidados paliativos prestados a pessoas com doenças oncológicas atendidas num SU de um hospital geral.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo qualitativo de abordagem exploratória e descritiva.
<b>População/ Amostra</b>	Foram entrevistadas seis enfermeiras e seis médicos no período de setembro a novembro de 2017.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os resultados deste estudo destacaram várias percepções e desafios relacionados aos cuidados paliativos no contexto do SU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os participantes enfatizaram a importância dos cuidados paliativos em oferecer conforto e dignidade aos doentes no fim de vida. O cuidado centrado no doente com doenças que ameaçam a vida procura proporcionar qualidade de vida e conforto até ao último momento.</li> <li>- No entanto, a prática de cuidados paliativos apresenta desafios na sala de emergência, onde as exigências são múltiplas e concorrentes. A medicina de emergência tradicionalmente concentra-se menos em aliviar sintomas crónicos, o que pode criar inconsistências na prestação de cuidados paliativos.</li> <li>- A integração de aspetos psicológicos e espirituais no atendimento ao doente é um princípio fundamental dos cuidados paliativos. O cuidado deve abordar não apenas os sintomas físicos, mas também o sofrimento psicossocial, espiritual e existencial do doente e dos seus familiares.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A equipa interdisciplinar desempenha um papel crucial na prestação de cuidados paliativos. A avaliação e o tratamento dos sintomas, a tomada de decisões compartilhadas e o suporte aos doentes e cuidadores são áreas em que a equipa pode atuar.</li> <li>- Contudo, muitos profissionais de saúde no SU relataram falta de conhecimento, competências e recursos para prestar cuidados paliativos eficazes. A falta de formação especializada e de disciplinas teóricas sobre cuidados paliativos no currículo educacional contribuiu para essa lacuna.</li> <li>- O desafio de integrar os cuidados paliativos no SU envolve a necessidade de mudanças estruturais e educacionais. A criação de equipas especializadas em cuidados paliativos e a incorporação de disciplinas de cuidados paliativos nos currículos educacionais podem contribuir para melhorar a prestação desses cuidados.</li> <li>- A implementação eficaz de cuidados paliativos no SU requer uma abordagem sistémica e padronizada, apoiada por políticas e diretrizes apropriadas.</li> </ul> <p>O estudo destaca a importância de refletir sobre a perspectiva dos profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos, considerando o cenário em ascensão no Brasil e a necessidade de adaptação da assistência de acordo com as necessidades e a realidade institucional.</p> <p>Globalmente, os resultados indicaram a necessidade de uma abordagem holística e coordenada para a implementação de cuidados paliativos no ambiente do SU, tendo em conta os desafios e as necessidades tanto dos doentes como dos profissionais de saúde envolvidos.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas, tais como o nº restrito de participantes; o facto de ter sido realizado numa unidade hospitalar específica na região do Rio Grande do Sul, o que pode influenciar a representatividade das conclusões em relação a outras regiões ou tipos de instituições de saúde; e o facto de se ter centrado nas perceções dos enfermeiros e médicos, deixando de fora outras perspetivas importantes, como doentes e familiares.</p>

	<p>Com base nos resultados e conclusões do estudo, foram sugeridas as seguintes recomendações: educação e formação contínua aos enfermeiros e médicos que atuam no SU; promover a formação de equipas multidisciplinares de saúde que envolvam médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais; triagem adequada; avaliação e controlo de sintomas, isto é, desenvolver protocolos claros para avaliação e controlo de sintomas em doentes adultos com doenças oncológicas; criar um ambiente acolhedor; implementar protocolos de decisão compartilhados, envolvendo familiares e doentes na definição de metas de tratamento e nos planos de cuidados; oferecer suporte psicossocial e aconselhamento para doentes e familiares durante todo o processo, incluindo o período de luto; avaliação de necessidades locais, isto é, realizar avaliações periódicas das necessidades e recursos locais para cuidados paliativos no SU.</p>
--	--

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (6-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência</i>
<b>Autor (es)</b>	Formentin et al.
<b>Ano</b>	2021
<b>País</b>	Brasil
<b>Objetivo (s)</b>	Descrever as barreiras experienciadas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar de doentes em fase terminal no SU, bem como as estratégias utilizadas por estes profissionais para lidar com estas barreiras.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e observações simples.
<b>População/ Amostra</b>	12 profissionais de enfermagem que trabalhavam num SU no sul do Brasil. Destes, quatro eram enfermeiros e oito eram técnicos de enfermagem. A faixa etária dos participantes variou de 27 a 66 anos, com experiência profissional que variou entre dois e 28 anos.

<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os resultados do estudo revelaram diversas barreiras sentidas pelos profissionais de enfermagem ao cuidar de doentes em fase terminal no SU. Estas barreiras incluíram questões relacionadas à estrutura física, à formação técnica e/ou formação académica, à rotina acelerada de trabalho e à falta de recursos humanos, equipamentos e materiais. Os profissionais procuraram implementar estratégias para lidar com essas barreiras, priorizando o alívio da dor, controlo de sintomas como dispneia, envolvimento da família e promoção do conforto emocional, social e espiritual dos doentes. O estudo destacou a necessidade de desconstruir as práticas atuais nos SU para melhor atender às necessidades de doentes em fase terminal. Os resultados também indicaram a importância de compreender a dor e os seus aspetos multidimensionais, bem como a necessidade de fornecer cuidados sensíveis, respeitosos e dignos aos doentes em fim de vida, mesmo perante os desafios e as limitações institucionais.</p> <p>O estudo concluiu que a discussão e a implementação de estratégias para melhorar os cuidados a doentes em fase terminal nos SU são essenciais, considerando a importância de proporcionar uma boa morte, aliviar o sofrimento e preservar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. Além disso, enfatizou a necessidade de reconhecer e abordar as barreiras existentes, tanto em termos de estrutura física como de abordagem profissional, objetivando melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>Uma limitação do estudo é a realização de apenas um encontro com os profissionais, o que pode ter deixado de explorar outras barreiras e estratégias. Além disso, os resultados não podem ser generalizados devido às especificidades do SU, a cultura local e as relações estabelecidas. As recomendações incluíram a desconstrução das práticas atuais nos SU para melhorar a assistência, proporcionar formação adequada e reconhecer a importância dos profissionais que trabalham neste contexto.</p>

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (7-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Lived experience of caring for dying patients in emergency room</i>

<b>Autor (es)</b>	Kongsuwan et al.
<b>Ano</b>	2016
<b>País</b>	Tailândia
<b>Objetivo (s)</b>	Descrever o significado da experiência vivida por enfermeiros no cuidado de doentes em situação crítica e terminal no SU de hospitais no sul da Tailândia.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo qualitativo, de abordagem hermenêutica fenomenológica para analisar as descrições das experiências vividas pelas enfermeiras no cuidado de doentes críticos e terminais no SU.
<b>População/ Amostra</b>	12 enfermeiras que atuavam no SU há pelo menos 2 anos e tinham experiência em cuidar de doentes críticos e terminais.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os resultados do estudo indicaram que os enfermeiros enfrentavam frequentemente o desafio de priorizar medidas de ressuscitação e intervenções médicas em detrimento dos cuidados paliativos para doentes terminais nas salas de emergência. Alguns participantes do estudo não possuíam uma compreensão completa do conceito de cuidados paliativos. Eles tendiam a associar cuidados paliativos apenas à tentativa de salvar vidas, em vez de compreender a importância do conforto e do apoio emocional para doentes e familiares em situações terminais. A cultura predominante nas salas de emergência era direcionada para a reanimação e intervenções médicas imediatas, muitas vezes baseadas num modelo médico focado na cura de doenças através de tecnologias, o que provavelmente levava à falta de tempo dedicado aos cuidados paliativos e ao entendimento da necessidade de abordagens mais holísticas. Os participantes expressaram dificuldades em prestar apoio adequado às famílias dos doentes em estado terminal. Barreiras como a falta de competências e de confiança em prestar apoio psicológico e espiritual, juntamente com a urgência de situações de emergência, dificultaram a prestação de cuidados completos a essas famílias. Mais de metade dos participantes não havia recebido formação ou educação em cuidados paliativos ou de fim de vida, o que impactou a sua competência e confiança em prestar este tipo de cuidado às famílias. A falta de capacitação adequada contribuiu para as dificuldades em oferecerem apoio emocional e espiritual. Estes

	resultados sugerem a necessidade de promover maior educação e consciencialização sobre cuidados paliativos entre os enfermeiros, com vista a melhorar a qualidade do atendimento prestado a doentes críticos e em estado terminal no SU. Também apontam para a importância de abordagens mais humanísticas e holísticas no cuidado de doentes terminais.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	Como limitações do estudo assinalam-se o tamanho reduzido da amostra (12 participantes); o contexto específico onde foi realizado o estudo (hospitais terciários do sul da Tailândia); a falta de diversidade religiosa na amostra, o que pode ter influenciado a compreensão das dimensões espirituais do cuidado paliativo; e a inclusão de enfermeiras com pelo menos 2 anos de experiência, que pode ter excluído perspectivas de enfermeiras mais experientes no cuidado de doentes críticos e terminais. Como recomendações destacam-se: o estabelecimento de políticas que promovam a integração dos cuidados paliativos em contextos de SU e de fim de vida; o desenvolvimento e a implementação de programas de educação e formação para a equipa de emergência em cuidados paliativos e em fim de vida, com vista a melhorar as competências e a abordagem humanística; criar espaços com privacidade e ambientes adequados dentro dos SU, proporcionando momentos de silêncio e conforto.

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (8-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Promoting dignified end-of-life care in the emergency department: A qualitative study</i>
<b>Autor (es)</b>	Díaz-Cortés et al.
<b>Ano</b>	2018
<b>País</b>	Austrália
<b>Objetivo (s)</b>	Explorar a perceção dos médicos e enfermeiros de um SU australiano sobre os seus papéis na prestação de cuidados a doentes terminais.
<b>Desenho do estudo</b>	O estudo utilizou uma abordagem qualitativa com a fenomenologia hermenêutica de Gadamer. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes, explorando as suas perceções e experiências relacionadas aos cuidados de fim de vida.

<b>População/ Amostra</b>	Foram entrevistados nove enfermeiros de emergência e sete médicos, todos eles atuantes em departamentos de emergência na Austrália. A amostra incluiu participantes com diferentes níveis de experiência e formação em pós-graduação.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os resultados mostraram quatro temas principais: percepção do papel, natureza intensiva do papel, carga emocional e integração de papéis. Ficou evidente que médicos e enfermeiros percebiam os seus papéis de maneira distinta, com sobreposições e diferenças nas responsabilidades percebidas. Apesar das diferenças, ambos os grupos enfatizaram a importância da prestação de cuidados de fim de vida de qualidade, com foco em cuidados de conforto e comunicação efetiva com os doentes e as suas famílias. O estudo evidenciou a necessidade de colaboração interprofissional para alcançar os melhores resultados para doentes em estado terminal no ambiente de SU. As enfermeiras enfatizaram a importância da comunicação efetiva dos médicos sobre prognósticos e planos, enquanto os médicos priorizaram a definição de metas de atendimento ao doente. O estudo contribuiu para a compreensão das percepções e desafios vivenciados pelos profissionais de saúde no cuidado de doentes em fim de vida no SU, destacando a importância da comunicação, colaboração e cuidados centrados no doente.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	As limitações do estudo englobam o tamanho pequeno da amostra, a abordagem qualitativa e a maior concentração de médicos experientes na amostra, o que pode ter influenciado as percepções e experiência relatadas. A nível de recomendações, assinalaram-se as seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os médicos e enfermeiros que atuam no SU devem considerar as suas semelhanças e divergências nas suas expectativas e papéis no cuidado a doentes no fim de vida, visando uma abordagem mais colaborativa e eficaz para favorecer doentes e familiares.</li> <li>- Deve ser proporcionado um ambiente de apoio emocional para os enfermeiros, reconhecendo o papel emocionalmente desafiador que desempenham no SU. Isso pode incluir acesso a <i>debriefing</i> regular e a apoio psicológico. No geral, o estudo identificou semelhanças e diferenças nas percepções e expectativas de médicos e enfermeiros de</li> </ul>

	emergência em relação aos papéis no cuidado de fim de vida. Ambos os grupos contribuem para o conforto dos doentes e suas famílias. O estudo fornece uma visão descritiva desses papéis, destacando a carga emocional vivenciada pelos enfermeiros. Para melhorar os cuidados de fim de vida, é essencial reconhecer estas diferenças e colaborar para promover um ambiente de apoio e cuidados eficazes.
--	---

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (9-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Determination of the characteristics and outcomes of the palliative care patients admitted to the emergency department</i>
<b>Autor (es)</b>	Bakan et al.
<b>Ano</b>	2020
<b>País</b>	Turquia
<b>Objetivo (s)</b>	Identificar o nível de utilização dos SU por parte de doentes terminais que necessitam de cuidados paliativos. Além disso, o estudo procurou compreender os sintomas vivenciados por estes doentes, as suas preferências, necessidades e ações subsequentes tomadas para a gestão dos sintomas.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo transversal, que envolveu a recolha de dados em um determinado momento no tempo, sem acompanhamento longitudinal dos participantes. Para a recolha de dados, foram utilizados três instrumentos: o Formulário de Informação do Doente, o Formulário de Critérios para a Receção de Cuidados Paliativos e a Escala de Desempenho de Karnofsky.
<b>População/ Amostra</b>	208 doentes terminais
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os principais resultados e conclusões foram os seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O diagnóstico mais comum foi cancro.</li> <li>- Embora muitas visitas aos SU por doentes paliativos possam ser evitadas com cuidados de melhor qualidade, sintomas como fadiga, falta de ar, dor e distúrbios do sono levaram a tais visitas.</li> <li>- Um sistema de encaminhamento para cuidados paliativos pode reduzir visitas desnecessárias.</li> <li>- A falta de unidades de cuidados paliativos nos hospitais resultou em espera desconfortável nos SU.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doentes com condições funcionais mais debilitadas preferem cuidados paliativos domiciliarees.</li> <li>- Um número significativo é internado em unidades de terapia intensiva, o que pode não ser ideal.</li> <li>- Foi sugerida a adoção do "<i>Do Not Resuscitate</i>" (DNR) para respeitar desejos dos doentes e melhorar a qualidade do fim de vida.</li> <li>- A melhoria dos cuidados envolve comunicação eficaz, envolvimento dos doentes e garantia de conforto e dignidade.</li> <li>- Os cuidados paliativos domiciliarees e o encaminhamento apropriado podem reduzir visitas aos SU e melhorar a qualidade de vida dos doentes.</li> </ul> <p>As conclusões deste estudo destacam a importância de permitir que doentes com condições funcionais debilitadas e necessidade de cuidados paliativos tenham a opção de passar o fim das suas vidas em casa com as suas famílias, ao invés de ter de enfrentar o ambiente exaustivo dos SU.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>Este estudo apresenta algumas limitações importantes. Uma delas é o facto de ter sido realizado em apenas um hospital universitário, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras instituições de saúde. Além disso, o número de participantes no estudo é restrito, o que pode influenciar a representatividade das conclusões.</p> <p>Foram recomendadas as seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A implantação de unidades de cuidados paliativos em hospitais e SU, proporcionando cuidados adequados aos doentes em estado terminal.</li> <li>- Os cuidados paliativos devem ser apoiados pelas políticas de saúde e devem ser procuradas formas de aliviar a carga sobre os recursos hospitalares.</li> <li>- A categorização e criação de polínicas de cuidados paliativos para oferecer tratamento de qualidade.</li> <li>- Além disso, o estudo destaca que o tempo necessário para avaliação e tratamento do doente paliativo pode ser maior em comparação com outros doentes. Compreender as razões por trás das visitas ao SU por parte destes doentes é fundamental para reduzir estas visitas e melhorar a qualidade dos cuidados no fim da vida.</li> </ul>

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (10-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study</i>
<b>Autor (es)</b>	Tse et al.
<b>Ano</b>	2016
<b>País</b>	China
<b>Objetivo (s)</b>	Compreender as percepções dos enfermeiros sobre a prestação de cuidados no final de vida no SU de um hospital regional em Hong Kong.
<b>Desenho do estudo</b>	O estudo utilizou uma abordagem qualitativa para explorar as percepções dos enfermeiros. Foram realizadas entrevistas de maio a outubro de 2014 e os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo.
<b>População/ Amostra</b>	16 enfermeiras que atuavam no SU com experiência em prestar cuidados paliativos e a doentes em fim de vida.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os participantes deste estudo expressaram ambiguidade em relação ao papel dos profissionais de saúde no cuidado de doentes em estado terminal no SU. Os enfermeiros que atuam neste contexto relataram ver o serviço como um local para tratamento médico ativo e ressuscitação, priorizando as necessidades dos doentes. Houve reconhecimento de que o cuidado no final da vida tem objetivos diferentes dos cuidados tradicionais de emergência, e que a transição para essa abordagem exige tempo. A importância do prognóstico foi destacada para planejar os cuidados apropriados. Cuidados espirituais foram considerados relevantes para reduzir o medo da morte, com respeito a rituais religiosos.</p> <p>Os participantes indicaram valorizar o controlo da dor e sintomas, defendendo a eliminação de métodos invasivos para minimizar o sofrimento. Houve preocupações sobre o equilíbrio entre o aumento da dose de medicamentos e a sua eficácia. Conflitos sobre intervenções médicas surgiam entre profissionais de saúde e familiares, especialmente em relação à alimentação, devido a crenças culturais. O comportamento de oferecer ajuda às famílias foi</p>

	<p>considerado desafiador, embora muitos o aplaudissem como demonstração de preocupação.</p> <p>Os participantes relataram que cuidar de doentes em estado terminal levava a reflexões profundas sobre a vida, morte, ligações familiares e amor. Segundo o seu ponto de vista, a tecnologia médica atual prolonga a vida, o que pode gerar sentimentos de perda quando a morte ocorre. Os cuidados holísticos foram considerados essenciais, com foco na humanidade e no apoio emocional. O cuidado visava criar um ambiente pacífico para os doentes e as suas famílias lidarem com o fim da vida. A maioria dos participantes apoiou a existência desse serviço no SU.</p> <p>Os enfermeiros admitiram falta de competências na comunicação sobre questões de fim de vida, incluindo dar más notícias e apoiar famílias. Apesar do desejo de trabalhar com doentes em estado terminal, foram levantadas preocupações sobre recursos e formação. A alocação adequada de recursos e de pessoal foi vista como crucial para melhorar e desenvolver o serviço de cuidados no final da vida no serviço.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>Uma limitação deste estudo é que apenas um único hospital em Hong Kong implementou um serviço de cuidados no final de vida no SU, usando um protocolo padrão. Portanto, os participantes do estudo eram todos enfermeiros da mesma unidade, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos. Com base nos resultados, é recomendado que haja melhorias na formação dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros de emergência, em relação aos conhecimentos e competências necessários para prestar cuidados paliativos atender doentes em fim de vida e suas famílias. Deve ser dada atenção especial à melhoria das competências de comunicação e aconselhamento dos enfermeiros de emergência. Estes profissionais devem compreender a importância de fornecer intervenções específicas de conforto e cuidado aos doentes, incluindo a inclusão das famílias nas decisões de intervenção e a expressão de empatia e carinho por estes.</p>

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (11-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Rural Emergency Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care</i>
<b>Autor (es)</b>	Beckstrand et al.
<b>Ano</b>	2017
<b>País</b>	Estados Unidos da América
<b>Objetivo (s)</b>	Identificar sugestões por parte dos enfermeiros emergência para melhorar os cuidados de fim de vida em SU rurais, tendo em vista os desafios específicos vivenciados nesses contextos.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo qualitativo descritivo
<b>População/ Amostra</b>	132 enfermeiros que atuavam no SU, a maioria do sexo feminino, com idade média de 47 anos e 15 anos de tempo médio de experiência profissional.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Foram identificados quatro principais temas e três temas menores a partir das sugestões dos enfermeiros de emergência. Os principais temas incluíam a necessidade de proporcionar maior privacidade para doentes e familiares durante os cuidados de fim de vida, aumentar a disponibilidade de serviços de apoio, contratar mais pessoal e melhorar a educação do pessoal e da comunidade. Foi observado que fornecer privacidade adequada, a falta de serviços de apoio e de pessoal eram obstáculos significativos para a prestação de cuidados de fim de vida em SU rurais. Os enfermeiros de emergência que trabalham em ambientes rurais deparam-se frequentemente com desafios adicionais devido aos recursos limitados e ao espaço restrito. O estudo destacou a importância de reconhecer as sugestões dos enfermeiros para melhorar os cuidados de fim de vida, assim como a necessidade de mais pesquisas no contexto de SU rurais.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	Uma das limitações deste estudo é que a amostra foi selecionada por conveniência, incidindo em enfermeiros de emergência rural de <i>Critical Access Hospitals</i> (CAHs), em vez de utilizar uma amostra aleatória. Além disso, a investigação foi restrita geograficamente à região <i>Intermountain West</i> dos EUA e a hospitais CAH, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões e tipos de hospitais.

	<p>Outra limitação é que nem todos os SU de CAH nos estados selecionados puderam ser contatados, o que pode ter impactado as sugestões dadas pelos enfermeiros de SU rurais.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Com base nas sugestões dos enfermeiros para melhorar os cuidados de fim de vida em SU rurais, algumas recomendações foram consideradas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melhoria da Privacidade - incluindo atualizações nos espaços de atendimento e a criação de áreas mais privativas.</li> <li>2. Educação sobre cuidados de fim de vida - integrada de forma rotineira em reuniões de equipa e atualizações para enfermeiros que trabalham no SU. Isso ajudaria a prepará-los melhor para prestar cuidados de qualidade nesses momentos críticos.</li> <li>3. A abertura de cargos voluntários na comunidade para apoiar os SU rurais, com vista a aumentar a assistência aos enfermeiros.</li> </ol>
--	--

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (12-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Older adult and family caregiver preferences for emergency department based-palliative care: An experience-based co-design</i>
<b>Autor (es)</b>	Wright et al.
<b>Ano</b>	2021
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Objetivo (s)</b>	Explorar as experiências de doentes idosos com necessidades de cuidados paliativos e dos seus cuidadores familiares no SU e identificar as suas prioridades de melhoria para a prestação de cuidados paliativos neste contexto.
<b>Desenho do estudo</b>	Foi utilizado um projeto de pesquisa-ação participativa. Foram realizadas entrevistas individuais/ em pares com os participantes, registadas em áudio ou vídeo. Além disso, foram realizadas sessões de feedback individual para validar os resultados e identificar as prioridades de melhoria dos doentes e cuidadores.
<b>População/ Amostra</b>	A amostra incluiu seis doentes com idade igual ou superior a 65 anos, que necessitavam de cuidados paliativos, e quatro cuidadores

	familiares. Todos os participantes foram recrutados de um SU urbano no Reino Unido.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>O estudo identificou cinco temas proeminentes que descreviam as experiências dos doentes e cuidadores no SU durante os cuidados paliativos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Comunicação e Informação:</b> A comunicação e a disponibilidade de informações emergiram como fatores cruciais para uma abordagem centrada no doente nos cuidados paliativos no SU. Os participantes destacaram a importância de médicos e enfermeiros iniciarem conversas sobre cuidados paliativos, pois os doentes idosos muitas vezes relutavam em levantar questões difíceis.</li> <li>2. <b>Sistemas e Processos:</b> Os doentes e cuidadores familiares depararam-se com desafios relacionados ao alinhamento inconsistente das necessidades de cuidados paliativos com o ambiente de emergência. O SU muitas vezes não estava preparado para atender às necessidades específicas de doentes idosos com cuidados paliativos, levando a questões sistêmicas e processuais que dificultavam a prestação de cuidados compassivos.</li> <li>3. <b>Mudança de Expectativas:</b> As expectativas dos doentes e cuidadores estavam em constante evolução, tanto a nível pessoal como no sistema de saúde. Enquanto os doentes se adaptavam às mudanças nas suas condições de saúde, os cuidadores procuravam que o SU reconhecesse essas mudanças e respondesse com abordagens adaptativas de cuidados paliativos.</li> <li>4. <b>Recomendações para Melhorias:</b> Os participantes destacaram a importância de interações pessoais e ambientais para melhorar a experiência de cuidados paliativos no SU. Pequenas ações, como uma comunicação mais atenciosa dos profissionais de saúde, áreas reservadas para conversas privadas e maior envolvimento da família, foram apontadas como formas de melhorar a qualidade dos cuidados.</li> <li>5. <b>Reconhecimento e Validação:</b> A percepção de serem vistos como pessoas e a valorização das contribuições dos doentes e cuidadores à equipa de saúde foram destacadas como elementos essenciais para uma experiência positiva nos cuidados paliativos. Os participantes</li> </ol>

	<p>enfatazaram a importância de serem ouvidos e compreendidos durante o processo de atendimento.</p> <p>No geral, o estudo demonstrou a necessidade de uma abordagem mais humanizada e centrada no doente nos cuidados paliativos no SU. As recomendações dos doentes e cuidadores destacaram a importância da comunicação, da atenção às necessidades individuais e do reconhecimento do papel fundamental que eles desempenham na equipa de saúde.</p>
<p><b>Limitações/ Recomendações</b></p>	<p>As limitações deste estudo estão relacionadas a recursos e ao trabalho com um grupo com necessidades de cuidados paliativos e com condições imprevisíveis. Foi escolhida a amostragem de conveniência propositadamente para recolha e análise mais rápidas de dados, dada a alta possibilidade de mortalidade dos doentes.</p> <p>A exclusão de pessoas que não falavam inglês devido a recursos limitados foi uma limitação, assim como a falta de diversidade étnica e socioeconómica na amostra, o que impede a generalização dos dados para outras populações.</p> <p>A amostra era predominantemente de origem britânica e de classe média, o que pode limitar a aplicabilidade dos resultados a outras populações.</p> <p>Foram sugeridas as seguintes ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na realização de estudos futuros, incluir uma amostra mais heterogénea, abrangendo diferentes grupos étnicos, sociais e culturais, para entender como as necessidades e preferências variam em diferentes populações.</li> <li>- Devido ao impacto positivo da ênfase na comunicação e nas interações pequenas, mas significativas, os serviços de cuidados paliativos no SU devem priorizar a melhoria da comunicação e do envolvimento dos doentes e familiares.</li> <li>- Considerar também as perspetivas dos profissionais de saúde para uma compreensão mais abrangente.</li> </ul>

<b>Título do artigo</b>	<i>“Tough Medicine”: Qualitative analysis of clinician experiences providing palliative care in emergency departments</i>
<b>Autor (es)</b>	Krebs et al.
<b>Ano</b>	2023
<b>País</b>	Canadá
<b>Objetivo (s)</b>	Explorar as experiências de médicos e enfermeiros na prestação de cuidados a doentes com necessidades de cuidados paliativos em dois SU urbanos no Canadá.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo de abordagem qualitativa que envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas
<b>População/ Amostra</b>	15 médicos e enfermeiros que trabalhavam em dois SU urbanos em Edmonton, Canadá
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os principais resultados do estudo mostraram desafios na prestação de cuidados paliativos no SU, incluindo questões relacionadas ao espaço físico, pressões de tempo, falta de formação em cuidados paliativos e questões relacionais. Os participantes relataram a centralidade das conversas nos cuidados, destacando uma tensão em ter estas conversas e, por vezes, evitá-las. Esta tensão estava relacionada ao equilíbrio entre a proximidade com o doente e a família para prestar apoio, ao mesmo tempo que mantém uma certa distância para preservar o bem-estar e evitar o esgotamento. A importância da comunicação eficaz foi destacada, e as conversas dentro da sala de emergência foram reconhecidas como tendo um impacto no processo de luto das famílias, indo além das paredes físicas do departamento de emergência. O estudo enfatizou a necessidade de vulnerabilidade pessoal e envolvimento emocional por parte dos profissionais para fornecer cuidados no final da vida. Alguns participantes relataram hesitação em se envolver por medo de dizer algo errado ou de não saber o que fazer. O estudo também identificou uma divisão entre os profissionais que se aproximam dos doentes e aqueles que se afastam, além de perceber que enfermeiros e médicos têm papéis diferentes no tratamento de doentes em cuidados paliativos. Foram destacadas oportunidades de melhoria, nomeadamente: (1) a necessidade de melhor capacitação e formação dos profissionais para prestar cuidados no final da vida na sala de emergência, o que incluiria

	<p>desde a gestão de sintomas até capacidades de comunicação específicas necessárias para adentrar em discussões difíceis; (2) a necessidade de apoiar os médicos e enfermeiros de emergência no seu envolvimento emocional para evitar o esgotamento. Por fim, foi destacada a necessidade de desconstruir a estigmatização no que se refere ao acesso a apoio emocional e psicológico para os profissionais do SU (médicos e enfermeiros) e de abordar a escassez de pessoal auxiliar na sala de emergência para promover uma abordagem mais humana na medicina neste contexto.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>As limitações estão relacionadas com o facto de o estudo se ter limitado a médicos e enfermeiros, deixando de incluir outras equipas envolvidas na experiência de fim de vida no SU. Além disso, a amostra pode não ter representado totalmente a diversidade de práticas e atitudes dos participantes. Por fim, o tópico de morte assistida por médicos (MAID), embora legal no Canadá, não foi explorado nas entrevistas, sugerindo a necessidade de estudos futuros sobre esse tema. Do estudo emergiram as seguintes recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir outras equipas do SU e especialistas no estudo para obter uma visão completa da prestação de cuidados de fim de vida;</li> <li>- Desenvolver ferramentas de apoio à comunicação e formações para capacitar os profissionais na realização de conversas importantes sobre cuidados paliativos e de fim de vida.</li> <li>- Considerar estratégias para prevenir o esgotamento dos médicos e enfermeiros que trabalham neste contexto, tais como fornecer suporte emocional e formação em comunicação sensível.</li> </ul>

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (14-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department</i>
<b>Autor (es)</b>	Wolf et al.
<b>Ano</b>	2015
<b>País</b>	Estados Unidos da América

<b>Objetivo (s)</b>	Explorar as percepções de enfermeiros de emergência sobre os desafios e facilitadores no cuidado de doentes em estado terminal no ambiente de emergência, bem como analisar as suas atitudes e crenças em relação ao cuidado de fim de vida.
<b>Desenho do estudo</b>	O estudo utilizou um desenho de pesquisa mista, combinando dados quantitativos de questionários com dados qualitativos de grupos focais. Os participantes responderam a um questionário e participaram de grupos focais nos quais discutiram as suas percepções e experiências relacionadas ao cuidado de doentes em estado terminal na sala de emergência.
<b>População/ Amostra</b>	A amostra consistiu em enfermeiros de emergência que participaram do estudo através de duas abordagens: dados de pesquisa por questionário (N = 1.879) e dados de grupos focais (N = 17). Os enfermeiros foram recrutados com base em critérios específicos, como fluência em inglês e experiência em atendimento de emergência.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os enfermeiros demonstraram atitudes e crenças positivas em relação ao cuidado de doentes em estado terminal, porém reconheceram desafios significativos. Eles destacaram a falta de espaço, tempo e recursos como obstáculos para prestar um cuidado de qualidade. Além disso, identificaram uma discrepância entre os objetivos do atendimento de emergência e os do cuidado de fim de vida, bem como a carga emocional de cuidar dos doentes em estado terminal. A cultura predominante no SU, que prioriza ações para salvar vidas, muitas vezes resulta na falta de foco no cuidado de fim de vida. Os enfermeiros expressaram a necessidade de recursos e orientações mais específicas para gerir o cuidado de doentes em estado terminal. Concluiu-se que, embora os enfermeiros estivessem dispostos a prestar cuidados de fim de vida, haviam desafios significativos a serem abordados para melhorar a qualidade e o acesso a este tipo de cuidados no SU.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	As limitações do estudo incluem o caráter autorrelatado das respostas dos enfermeiros, bem o tipo de amostra (por conveniência) que pode limitar a generalização dos resultados. Recomendou-se uma investigação mais aprofundada sobre a relação entre as atitudes dos

	enfermeiros em relação ao cuidado de doentes em estado terminal, a sua exposição à formação em fim de vida e as competências práticas que podem melhorar a experiência de cuidado de fim de vida no SU. Além disso, sugeriu-se o desenvolvimento de recursos, protocolos e estratégias de suporte para ajudar os enfermeiros na prestação de um cuidado de fim de vida mais eficaz e humanizado.
--	--

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (15-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Resuscitation versus end-of-life care: Exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway</i>
<b>Autor (es)</b>	Ka-Ming Ho
<b>Ano</b>	2016
<b>País</b>	China
<b>Objetivo (s)</b>	Avaliar os obstáculos e comportamentos de apoio na prestação de cuidados de fim de vida, conforme percebido por enfermeiros de emergência após a implementação do protocolo de cuidados de fim de vida.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo transversal de caráter descritivo
<b>População/ Amostra</b>	42 enfermeiros que atuavam no SU de um hospital em Hong Kong, considerado o 1º hospital a implementar um protocolo de cuidados de fim de vida. Foram incluídos enfermeiros que podiam ler inglês e que haviam cuidado de pelo menos um doente em fim de vida após a implementação do protocolo.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os resultados indicaram que os principais obstáculos percebidos pelos enfermeiros do SU na prestação de cuidados de fim de vida incluíam a carga de trabalho elevada, a falta de conhecimento sobre os desejos do doente e as dificuldades com familiares irritados. Por outro lado, os comportamentos de apoio mais relevantes incluíram a aceitação da família em relação à morte do doente e a criação de um ambiente propício para o doente e a sua família. Concluiu-se que apesar de os enfermeiros que atuam no SU terem a responsabilidade de prestar cuidados de qualidade a um grande número de doentes em

	fase terminal, essa responsabilidade é condicionada pelo ambiente caótico e acelerado do serviço.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	O estudo apresentou limitações, como o tamanho da amostra relativamente pequeno e o fato de ter sido realizado num único departamento de emergência em Hong Kong, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras configurações hospitalares ou populações de enfermagem. Recomendou-se a realização de estudos em maior escala com múltiplos centros. Além disso, foram feitas recomendações para abordar os obstáculos identificados, como a redução da carga de trabalho dos enfermeiros, o aumento da educação e formação em cuidados de fim de vida e o desenvolvimento de estratégias de apoio emocional.

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (16-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>End-of-life care in emergency departments: A national cross-sectional survey of emergency care nurses</i>
<b>Autor (es)</b>	Aquino et al.
<b>Ano</b>	2022
<b>País</b>	Austrália
<b>Objetivo (s)</b>	Identificar as práticas de cuidados no final da vida autorrelatadas por enfermeiros de cuidados de emergência e os fatores que influenciam esses cuidados, considerando uma população envelhecida e o aumento da cronicidade das doenças.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo transversal
<b>População/ Amostra</b>	Foi realizado um levantamento online em agosto de 2020, distribuído por enfermeiros de cuidados de emergência na Austrália. Houve 178 respostas ao levantamento, o que resultou numa taxa de resposta de 11,3%.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	As práticas de cuidados no final da vida mais frequentemente relatadas pelos enfermeiros de cuidados de emergência foram a modificação do ambiente e as práticas de partilha de informações. As

	práticas de apoio emocional foram as menos relatadas. Os participantes relataram falta de recursos e de oportunidades para adquirir conhecimento sobre cuidados no final da vida. No entanto, foi verificada uma atitude globalmente positiva em relação aos cuidados no final da vida, uma vez que os participantes relataram forte concordância com os valores paliativos.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	As limitações incluem o tipo de amostra usada (amostra de conveniência), a baixa taxa de resposta (11,3%); e a época em que foi realizada a pesquisa (pandemia de COVID-19), que pode ter influenciado a resposta dos participantes. Contudo, o estudo traz implicações importantes para a prática, nomeadamente: o desenvolvimento de estratégias que forneçam apoio emocional aos enfermeiros do SU, facilitando o envolvimento das famílias e fornecendo recursos imediatos aos profissionais durante a prestação de cuidados de fim de vida no SU; o desenvolvimento de estratégias de educação que possam melhorar o conhecimento e a preparação dos enfermeiros do SU para lidar com questões de cuidados de fim de vida; e a realização de estudos para avaliar intervenções específicas neste contexto, como <i>kits</i> de ferramentas, programas de educação ou modelos de cuidados.

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (17-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey</i>
<b>Autor (es)</b>	Peters et al.
<b>Ano</b>	2013
<b>País</b>	Austrália
<b>Objetivo (s)</b>	Investigar as atitudes de enfermeiros de cuidados de emergência e cuidados paliativos em relação à morte e ao processo de morrer.
<b>Desenho do estudo</b>	Desenho de métodos mistos, incluindo questionários e entrevistas.
<b>População/ Amostra</b>	Participaram do estudo 28 enfermeiros de cuidados de emergência e 28 enfermeiros de cuidados paliativos de dois serviços de saúde.

<p><b>Resultados/ Conclusões</b></p>	<p>Os enfermeiros demonstraram baixa a moderada "Medo da Morte" (44%), "Evitar a Morte" (34%), "Aceitação da Fuga" (47%) e "Aceitação da Abordagem" (59%). Os enfermeiros de cuidados de emergência relataram maior evitação da morte e estratégias de <i>coping</i> significativamente menores do que os enfermeiros de cuidados paliativos. Ambos os grupos demonstraram alta aceitação da realidade da morte (Aceitação Neutra 82%) e indicaram que lidavam melhor com um doente que estava a morrer do que com a família do doente.</p> <p>O cuidado de enfermagem aos doentes em fase terminal é um papel particularmente exigente que requer competências e experiência em enfermagem. O estudo revelou níveis moderados de ansiedade em relação à morte em enfermeiros de departamentos de emergência e unidades de cuidados paliativos, que não foram mais elevados do que os de enfermeiros de outras categorias de trabalho. Os enfermeiros de cuidados de emergência e cuidados paliativos, embora confiantes nas suas capacidades para lidar com a morte e com o processo de morrer, demonstraram estar significativamente menos confortáveis ao lidar com os familiares do doente do que com o próprio doente. No entanto, a capacidade de <i>coping</i> foi mediada pela idade mais avançada e pela maior experiência em enfermagem dos profissionais. Conclui-se, assim, que os enfermeiros precisam de estar cientes do impacto das suas próprias atitudes em relação à morte para desempenhar um papel de apoio, prestando um cuidado adequado, incluindo cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais para os doentes em fase terminal.</p>
<p><b>Limitações/ Recomendações</b></p>	<p>As principais limitações do estudo prendem-se com a amostra reduzida e com o instrumento de avaliação usado, que pode não ter capturado todos os aspetos relacionados às atitudes relativamente à morte.</p> <p>Os resultados deste estudo sugerem a importância de sensibilizar os enfermeiros sobre as suas atitudes em relação à morte e oferecer apoio e formação para lidar com as complexidades emocionais e práticas do cuidado de doentes em fase terminal. Além disso, é essencial promover um ambiente de trabalho colaborativo e</p>

	interdisciplinar, permitindo que os enfermeiros compartilhem as suas experiências e conhecimentos para melhorar a qualidade do cuidado prestado. O desenvolvimento contínuo de estratégias de <i> coping </i> e suporte emocional também deve ser enfatizado, especialmente ao lidar com os familiares dos doentes.
--	---

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (18-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Nurses' perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting</i>
<b>Autor (es)</b>	Giles et al.
<b>Ano</b>	2019
<b>País</b>	Austrália
<b>Objetivo (s)</b>	Analisar as percepções e experiências dos enfermeiros ao fornecer cuidados de fim de vida em situações de morte súbita e inesperada em SU.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo descritivo de abordagem qualitativa
<b>População/ Amostra</b>	211 enfermeiros que trabalhavam num SU na Austrália e que cuidaram de doentes que faleceram nesse contexto
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Dos resultados emergiram as seguintes categorias:</p> <p><b>1- Elementos-chave dos cuidados no final da vida</b></p> <p>A comunicação eficaz emergiu como o elemento mais importante dos cuidados no final da vida. A comunicação aberta e honesta foi altamente valorizada e incluiu informações prognósticas precisas, explicações sobre a futilidade de testes e intervenções específicas, gerenciamento das expectativas do doente e da família e lidar com expectativas irreais de maneira oportuna. Os participantes recomendaram que as explicações fossem comunicadas de maneira clara, em linguagem de fácil compreensão, evitando jargões e adaptando as informações ao nível de compreensão individual. Eles alertaram contra evitar ou adiar conversas difíceis e não permitir tempo suficiente para conversas sem pressa. Também recomendaram</p>

conversas interdisciplinares para garantir que informações consistentes fossem fornecidas aos doentes e às famílias, e indicaram a nomeação de um porta-voz da família sempre que possível para simplificar as conversas. A presença da família foi vista como um elemento vital dos cuidados eficazes no final da vida. Os participantes destacaram a importância de permitir e respeitar as escolhas individuais do doente e da família quanto à presença da família, permitir/encorajar a família a fazer uma pausa, designar um membro da equipa dedicado para apoiar a família e reconhecer diferenças culturais. O apoio à presença da família durante a ressuscitação foi dividido entre ser altamente benéfico e muito traumático. Muitos defenderam a oferta da presença da família com suporte durante a ressuscitação e permitir que a família decidisse se queria estar presente.

## **2- Barreiras sistémicas e ambientais**

A superlotação, as pressões de tempo, as prioridades concorrentes, as restrições de pessoal, as metas nacionais de acesso ao SU, o bloqueio de leitos e as admissões inadequadas de casas de repouso foram apontados como barreiras significativas para a prestação de cuidados eficazes no final da vida no SU. Doentes gravemente doentes muitas vezes tinham prioridade sobre doentes terminais devido a razões inadequadas de pessoal. Os participantes descreveram-se divididos entre fornecer intervenções de salvamento para doentes gravemente doentes e fornecer cuidados holísticos no final da vida para doentes terminais e suas famílias. Eles relataram tentar o seu melhor, mas ficavam frequentemente frustrados com cargas de trabalho imprevisíveis e limitações de tempo significativas.

A ausência de uma abordagem padronizada para os cuidados no final da vida no SU foi identificada como outra barreira significativa, levando a cuidados ad hoc e subjetivos dependentes das habilidades e atitudes dos enfermeiros de modo individual.

Questões de planeamento de cuidados avançados também foram destacadas, incluindo frustrações relativas a diretrizes de cuidados avançados ausentes/inadequados, processos de

documentação confusos e conflitos entre os desejos do doente e da família. Os participantes também destacaram incidentes em que os desejos no final da vida não foram respeitados pelos clínicos; por exemplo, quando as ordens de 'Não Ressuscitar' foram ignoradas. Os participantes enfatizaram que os ambientes dos serviços de urgência são projetados para maximizar a visibilidade em vez da privacidade e enfatizaram que um SU movimentado e barulhento não é um lugar ideal para doentes terminais. Embora alguns SU tivessem espaços/salas dedicados para estes doentes e suas famílias, a maioria não tinha.

### **3- Lacunas educacionais**

Os participantes sentiram-se educacionalmente despreparados para prestar cuidados eficazes e seguros no final da vida no SU, evitando alguns doentes terminais por medo de fazer a 'coisa errada'. Os enfermeiros enfatizaram a necessidade de educação/ formação, que incluía o reconhecimento do final da vida, a determinação dos níveis adequados de tratamento, a transição entre tratamentos de salvamento e cuidados de conforto e a melhoria do controlo de sintomas (por exemplo, dor, falta de ar). Melhorar as capacidades de comunicação foi vista como uma questão-chave, sendo que muitos enfermeiros não sabiam o que dizer a doentes terminais e suas famílias, evitando-os completamente. Os participantes também destacaram a necessidade de educar os funcionários que trabalham em casas de repouso para evitar transferências desnecessárias para o SU quando um doente está no final da vida. No entanto, eles reconheceram que enquanto algumas transferências desnecessárias resultaram de conhecimento e competências limitados, outras foram motivadas por familiares que ignoraram os desejos de final de vida dos doentes para solicitar intervenções de salvamento. Diretrizes de Cuidados Avançados ausentes ou pouco claras e desconhecimento dos desejos de final de vida dos doentes também foram considerados como causas de internamentos desnecessários no SU e, como consequência, doentes morreram no SU, em vez de em sua casa.

	<p><b>4- Ambiguidade de papéis</b></p> <p>Houve um consenso limitado entre os participantes em relação ao papel de quem deve cuidar dos doentes que estão a morrer no SU e/ou das suas famílias enlutadas. A abordagem multidisciplinar foi vista como a prática ideal, com enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos a trabalhar juntos para garantir os melhores cuidados possíveis no final da vida. No entanto, as barreiras sistémicas e de pessoal muitas vezes resultaram numa abordagem menos sinérgica.</p> <p><b>5- Impacto emocional</b></p> <p>Os participantes relataram ficar frequentemente angustiados pelo facto de muitos doentes e famílias não receberem cuidados no final da vida eficazes devido a múltiplas barreiras já mencionadas. Os participantes queriam fazer mais pelos doentes e famílias durante o processo de morte e após a morte, e lamentavam a sua incapacidade de passar mais tempo com estes. Os participantes também foram impactados pelas conversas sobre o final da vida, que eles descreveram como difíceis e stressantes, muitas vezes 'tabu'. Lidar com a morte afetou frequentemente o bem-estar emocional da equipa, sendo que foram solicitados <i>debriefings</i> melhores e mais consistentes.</p>
<p><b>Limitações/ Recomendações</b></p>	<p><b>Limitações:</b></p> <p>O tamanho moderado da amostra pode limitar a transferibilidade para contextos semelhantes.</p> <p><b>Recomendações:</b></p> <p>É necessária uma abordagem mais abrangente e sistemática para melhorar os cuidados no final da vida no SU, incluindo formação específica para enfermeiros em competências de comunicação, reconhecimento do final da vida e processos de tomada de decisão em relação aos cuidados. Além disso, deve haver uma ênfase na criação de um ambiente dedicado e adequado no SU para cuidados no final da vida, além de se garantir clareza nos papéis da equipa multidisciplinar. A disponibilidade de oportunidades de <i>debriefing</i> e</p>

	apoio emocional também é crucial para a saúde mental dos profissionais de saúde envolvidos. É necessário um esforço coordenado em todo o hospital para garantir que os cuidados no final da vida recebam a mesma atenção e prioridade que os cuidados de salvamento.
--	--

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (19-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department</i>
<b>Autor (es)</b>	Decker et al.
<b>Ano</b>	2015
<b>País</b>	Austrália
<b>Objetivo (s)</b>	Descrever as experiências, atitudes e crenças dos enfermeiros de urgência na prestação de cuidados aos doentes. Em particular, este estudo teve como objetivo analisar como estes enfermeiros geriam os cuidados os doentes terminais no SU para facilitar uma boa morte.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudo qualitativo descritivo baseado no interacionismo simbólico e na <i>Grounded Theory</i> . Entrevistas semiestruturadas com grupos focais foram utilizadas para recolher os dados.
<b>População/ Amostra</b>	25 enfermeiros que atuavam no SU
<b>Resultados/ Conclusões</b>	O primeiro resultado importante deste estudo foi a identificação de que o SU não era o local ideal para a morte ocorrer, devido a obstáculos ambientais e atitudinais. O segundo resultado importante foi que os doentes terminais eram transferidos para fora do SU assim que possível, porque se acreditava que era do melhor interesse para estes. Estes resultados são importantes porque explicam que os enfermeiros do SU acreditavam que, se a morte ocorresse no SU, o doente receberia cuidados no final da vida de má qualidade. A partir dos dados, emergiu o processo social de 'Não morrer no SU', que descreveu as estratégias que os enfermeiros usavam para garantir

	<p>que a morte não ocorresse nesse contexto, tais como transferir os doentes para salas de menor prioridade.</p> <p>Os dados deste estudo destacaram que, apesar de estarem frequentemente expostos à morte e ao morrer no SU, as ações e atitudes dos enfermeiros de emergência implicavam a necessidade ou desejo de evitar a morte neste contexto.</p>
<b>Limitações/ Recomendações</b>	<p>As limitações do estudo estão relacionadas com a impossibilidade de generalização dos dados para outras redes de saúde ou regiões do país, dado que o estudo foi efetuado num determinado contexto; e com o tamanho reduzido da amostra.</p> <p>Os resultados deste estudo têm implicações importantes para investigações futuras e as seguintes recomendações foram sugeridas para ajudar os enfermeiros de emergência no cuidado ao doente terminal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a comunicação entre doentes e familiares sobre os desejos de cuidados no final da vida. Estratégias deste tipo podem facilitar opções de tratamento mais precoces e apropriadas, bem como objetivos de cuidados.</li> <li>- Os serviços de urgência precisam facilitar a transferência rápida de doentes terminais para uma área de prestação de cuidados que apoie os elementos de uma boa morte.</li> <li>- Os enfermeiros de emergência teriam benefícios com a educação em cuidados paliativos e com a disponibilidade de equipamentos especializados em cuidados paliativos enquanto o cuidado no final da vida continua.</li> </ul>

<i>Resultados extraídos dos estudos incluídos (20-20)</i>	
<b>Título do artigo</b>	<i>Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study with Health Professionals</i>
<b>Autor (es)</b>	Granero-Molina et al.
<b>Ano</b>	2016
<b>País</b>	Espanha

<b>Objetivo (s)</b>	Explorar e descrever as experiências de médicos e enfermeiros em relação à perda de dignidade no cuidado de fim de vida no SU.
<b>Desenho do estudo</b>	Foi realizado um estudo qualitativo fenomenológico.
<b>População/ Amostra</b>	Foram conduzidos dois grupos focais e 12 entrevistas individuais com um total de 26 participantes, que haviam atendido doentes no SU por 14,3 anos em média.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Três temas foram identificados, contribuindo para uma compreensão mais profunda da perda de dignidade no cuidado de fim de vida no SU: (1) "Exposição num ambiente impessoal", com os subtemas "improvisação nos cuidados à pessoa em fase terminal" e "limitações no espaço para atendimento"; (2) "Autoanálise das atitudes profissionais", com os subtemas "consciencialização de ações inadequadas" e "falta de uma cultura de cuidados paliativos"; e (3) "Influência da obstinação familiar e intervenções hospitalares", com os subtemas "tomada de decisões inadequadas" e "evitar sobrecargas". A dignidade dos doentes que chegam ao SU no final da vida pode ser afetada por fatores arquitetônicos e organizacionais, atitudes da equipa de saúde e escolhas feitas pelos familiares.
<b>Limitações/ Recomendações</b>	Este estudo apresenta algumas limitações, como o tamanho amostral restrito e a realização num único SU, o que pode condicionar a generalização dos resultados. Foi recomendada a elaboração de pesquisas adicionais em diferentes contextos para obter uma visão mais ampla da perda de dignidade no cuidado de fim de vida no SU. Além disso, foi sugerida a implementação de estratégias de consciencialização e formação para melhorar a cultura de cuidados paliativos e a sensibilidade da equipa ao lidar com doentes em situações de fim de vida no contexto do SU.