



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Mariana Seabra de Matos Matias

**INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM NÃO
FARMACOLÓGICAS NO
CONTROLO DA DOR NA
PESSOA ADULTA NO
SERVIÇO URGÊNCIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO
FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA
PESSOA ADULTA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Relatório Final de Estágio

Mariana Seabra de Matos Matias

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Mestre Carla Rodrigues da Silva

Oliveira de Azeméis | 2024

“A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível”

(Lewis Carroll, 1865)

AGRADECIMENTOS

O presente documento resulta da minha aprendizagem e descoberta ao longo do meu percurso académico, obtido através da minha dedicação e motivação ao longo desta caminhada.

Ao longo desta jornada foram várias as pessoas que me acompanharam e sem as quais não teria sido possível concretizá-la com sucesso.

Primeiramente, gostaria de agradecer à Professora Mestre Carla Silva pela sua orientação, colaboração e disponibilidade.

Aos vários tutores dos locais onde decorreram os estágios pela receptividade, flexibilidade, momentos de reflexão e partilha de experiências.

À minha equipa laboral, colegas e amigos do serviço onde exerço funções pela compreensão e apoio durante este processo.

A todos os colegas do mestrado pelos momentos de reflexão e de partilha de conhecimento no decorrer deste caminho académico.

À minha família e amigos pelo incentivo e presença constantes e acima de tudo, pela compreensão.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CODU – Centro de Orientação de Doentes

CVC - Cateter Vascular Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC)

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESC – Sociedade Europeia de Cardiologia

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEEC - Plano de Emergência Externo de Catástrofe

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

RAM - Resistência dos microrganismos aos antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TENS - Estimulação Elétrica Transcutânea

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidades de Cuidados Intensivos Coronários

RESUMO

O constante desenvolvimento da ciência conduz a mudanças significativas na saúde da sociedade. O aparecimento de novas doenças, a sua propagação, o envelhecimento progressivo da população e as constantes descobertas científicas e tecnológicas motivam o ser humano para ser a melhor versão de si mesmo aumentando a exigência do seu papel no mundo profissional. Estas mudanças geram novos desafios para os profissionais, incentivando e motivando a procura de novos saberes. Os enfermeiros necessitam de manter uma formação académica especializada, alcançando o crescimento pessoal e profissional. No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, foi elaborado este relatório final com o objetivo de descrever criticamente a experiência da formação vivenciada em contexto de prática clínica, demonstrar competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica (PSC) e demonstrar competências no domínio da investigação.

O presente relatório está dividido em duas grandes partes, sendo que a primeira contempla a componente de estágio (realizado num serviço de urgência polivalente e numa unidade de cuidados intensivos coronários), onde se analisam criticamente as experiências vividas e as competências desenvolvidas, comuns e específicas, no cuidado à PSC. A segunda parte refere-se à componente de investigação, onde se descreve o processo metodológico desenvolvido para dar resposta à investigação proposta. Foi desenvolvida uma *Scoping Review*, de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem não farmacológicas que controlam a dor na pessoa adulta no serviço de urgência no meio hospitalar.

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável e constitui o principal motivo da procura dos cuidados de saúde, provocando alterações fisiopatológicas nos vários sistemas. Após análise dos resultados obtidos, pôde-se concluir que a formação e a implementação de recomendações face à avaliação e tratamento da dor ainda não se verificam em alguns contextos. Espera-se que este estudo constitui uma mais-valia para estimular a reflexão dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência para esta problemática, levando-os a implementar intervenções não farmacológicas, em complemento às farmacológicas. O papel do enfermeiro no controlo da dor na pessoa no serviço de urgência é fundamental e requer uma correta e rigorosa avaliação da dor, assim como a implementação de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes.

ABSTRACT

The constant development of science leads to significant changes in the health of society. The emergence of new diseases and their dissemination, the progressive aging of the population and the constant scientific and technological discoveries motivate human to become a best version of themselves by increasing the requirements of their role in the professional world. These changes create new challenges for the professional, encouraging/motivating the search for new knowledge, as occurs when nurses seek specialised academic training, achieving personal and professional growth.

This final report was prepared within the scope of the Master's degree "*Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica*", aiming to critically describe the training experience in the context of clinical practice, demonstrate specialised skills in caring for people in critical situations, and demonstrate skills in the field of research.

This report is divided into two big parts, the first includes the internship component (carried out in a multipurpose urgency department and in a coronary intensive care unit) where the experiences in the care of the person in a critical situation, and the common/specific skills developed doing so, are critically analysed. The second part refers to the investigation, component, which describes the methodological process developed to respond to the proposed investigation. A Scoping Review was developed according with the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, with the aim of mapping the existing literature on non-pharmacological nursing interventions that control pain in the adult person in hospital emergency departments.

Pain is defined as an unpleasant sensorial and emotional experience and is the main reason for seeking health care, causing pathophysiological changes in the various systems. After analysing the results obtained, it may concluded that the training and implementation of recommendations regarding the assessment and treatment of pain are still lacking in some contexts. It is expected that this study provides added value to stimulate the nurses who work in the emergency department regarding to reflect on this subject, leading them to implement non-pharmacological interventions in addition to pharmacological ones. The nurse's role in controlling pain in people in the emergency department is essencial and requires a correct and rigorous assessment of the pain, as well as the implementation of autonomous and interdependent nursing interventions.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Estratégia da pesquisa inicial	72
Tabela 2 Estratégia de pesquisa nas bases de dados (março 2024)	73
Tabela 3 Descrição dos estudos incluídos na <i>Scoping Review</i>	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de fluxo PRISMA-ScR	77
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. <i>Estágio em contexto de urgência polivalente</i>	25
1.2. <i>Estágio em contexto de cuidados intensivos coronários</i>	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.1. <i>Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</i>	29
2.2. <i>Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</i>	34
2.3. <i>Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados</i>	38
2.4. <i>Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</i>	39
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	45
3.1. <i>Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</i>	46
3.2. <i>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</i>	50
3.3. <i>Maximiza a intervenção na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</i>	52
4. Considerações finais	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	59
1. Resumo	61
2. Abstract.....	63
3. Fundamentação/enquadramento teórico	65
4. Finalidade e objetivos	69
5. Metodologia.....	71

5.1. <i>Desenho do estudo</i>	71
5.2. <i>Considerações éticas</i>	74
6. Resultados	77
7. Discussão	90
8. Conclusão	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	111
ANEXO I: Protocolo de administração de antipirético no posto de triagem.....	113
ANEXO II: Instrução de trabalho: cuidados de Enfermagem na Colocação e Manutenção do Cateter Vascular Central	122

INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem é reconhecida, a nível mundial, como uma profissão relevante para os serviços de saúde, tendo um papel fundamental no âmbito dos resultados positivos e clinicamente relevantes em saúde. Assegura uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, contando com cerca de 59% a nível mundial (World Health Organization [WHO], 2020).

O aumento da esperança média de vida e a incidência de doenças crónicas representam um enorme desafio para as instituições de saúde. Há, assim, uma maior exigência na prestação de cuidados de saúde, visto que estes são cada vez mais complexos e requerem acompanhamento permanente e especializado.

A prática especializada em enfermagem reflete-se na qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados. Um enfermeiro com formação especializada está devidamente credenciado, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada (Lopes et al., 2018).

Desenvolve, por isso, uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, sendo um líder para projetos de formação, assessoria e de investigação, potencializando e atualizando os seus conhecimentos dentro da área de especialização (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

A prática reflexiva assume um papel importante na aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros, constituindo-se uma habilidade indispensável no contexto clínico que permite a autoconsciência e a prestação de cuidados de excelência, através de atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto et al., 2016).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) enfrenta desafios constantes no cuidar da PSC pela multidimensionalidade da sua condição, o que requer uma prática baseada na melhor evidência científica.

O presente relatório de estágio inscreve-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, desenvolvido no âmbito do estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II, ano letivo de 2022/2023. O estágio decorreu num serviço de urgência polivalente e numa unidade de cuidados intensivos coronários, ambos realizados em hospitais da zona centro do país. A escolha prendeu-se com o facto de ambos os serviços serem possíveis locais de encaminhamento da pessoa doente do serviço onde a investigadora principal exerce

funções, havendo, assim, a oportunidade de experienciar o acompanhamento, bem como novas oportunidades de aprendizagem.

A decisão pela escolha do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica nesta área de especialização deveu-se a experiência profissional no serviço de urgência e à necessidade de melhorar competências que suportassem uma tomada de decisão mais consciente, a partir do aprimoramento de conhecimentos, capacidades e atitudes desenvolvidos ao longo do estágio em epígrafe.

Além da componente de estágio, este relatório dá conta de um estudo de investigação que teve como tema principal a gestão de dor na PSC. A dor na PSC é muito frequente, sendo caracteristicamente severa e de elevada intensidade (Ferreira et al., 2014) e devido à limitação e condição, inerentes à presença de dispositivos de suporte multiorgânico, esta não consegue verbalizar o seu desconforto de forma realista (Gonçalves, 2017).

É um fenómeno fisiológico importante na integridade física, que provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, contribuindo para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e, conseqüentemente, redução da qualidade de vida (Internacional Association For The Study Of Pain [IASP], 2020).

O controlo e gestão da dor na PSC envolvem não só a sua avaliação e monitorização, mas também, a implementação de intervenções do tipo interdependentes (farmacológicas) e autónomas (não farmacológicas) (Teixeira et al., 2016). A evidência científica sobre as medidas não farmacológicas evidencia que, além de proporcionar diminuição efetiva da dor, permite a redução das doses de fármacos administradas, assim como os efeitos adversos, o tempo de hospitalização e os custos hospitalares (Nascimento et al., 2020). As intervenções não farmacológicas revelam-se importantes na melhoria da dor intensa a moderada contudo tornam-se imprevisíveis, porque a sua implementação depende da intensidade e duração da dor, do tipo de método e sua aplicação (Bayoumi et al., 2021).

A escolha pela temática referida prendeu-se com o facto da gestão da dor de forma não farmacológica é descurada e considerada pouco pertinente, prevalecendo a cultura de cura e tratamento baseado exclusivamente em terapêutica farmacológica. O avanço do conhecimento requer uma prática baseada no estado da arte e tem como finalidade melhorar a qualidade de vida do cliente e os cuidados especializados em enfermagem. Melhorar a qualidade dos serviços de saúde que são prestados é uma necessidade europeia, assim como o aumento da eficácia dos sistemas de saúde e a redução dos seus custos (Martins, 2019), o que atesta a relevância da gestão da dor na PSC contemplar intervenções de enfermagem que se situem no exercício autónomo, motivo pelo qual se desenvolveu uma

scoping review que teve como objetivo mapear as intervenções de enfermagem não farmacológicas no controle da dor na pessoa adulta no serviço de urgência hospitalar.

Estruturalmente este trabalho encontra-se organizado em duas grandes partes: a primeira referente ao estágio e a segunda à investigação. A primeira parte (componente de estágio) é composta por quatro capítulos: no primeiro é efetuado o enquadramento dos locais de estágios, no segundo capítulo são descritas as competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas no decurso dos estágios; o terceiro figura o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEEMC à pessoa em situação crítica e, por fim, são apresentadas as considerações finais.

A segunda parte (componente de investigação) contempla seis capítulos: o primeiro ilustra a fundamentação/enquadramento teórico do tema, definição do mesmo e respetivo impacte nos cuidados de saúde; o segundo capítulo aborda a finalidade do estudo, bem como o seu objetivo; o terceiro descreve a metodologia de investigação adotada, com definição dos critérios de elegibilidade e a descrição da pesquisa realizada, além das considerações éticas; no quarto apresentamos os resultados obtidos e, finalmente, no quinto capítulo é explanada a discussão dos resultados, finalizando com as conclusões mais pertinentes.

Para a realização do presente relatório foram utilizadas como estratégias a pesquisa bibliográfica, a consulta do diário de bordo construído ao longo do desenvolvimento do estágio e as reflexões encetadas junto dos enfermeiros tutores, tendo por base as situações vivenciadas *in locu*.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A unidade curricular estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II, integrada na estrutura curricular e plano de estudos do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Medico-Cirúrgica (EMC) na área de especialização de Enfermagem à PSC, prevê a realização de dois estágios com um tempo de trabalho total de 810 horas, das quais 440 horas de contacto na tipologia de estágio. As horas totais de contacto foram dívidas por dois contextos de estágio: Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC). Neste capítulo será feita uma breve contextualização dos contextos da prática clínica que contribuirão para a aquisição e desenvolvimento de competências, tendo por base os princípios da enfermagem avançada e especializada e o planeamento e tomada de decisão em situações complexas. Ambos os estágios proporcionaram oportunidades de aprendizagem e reflexão fundamentais.

1.1. Estágio em contexto de urgência polivalente

O primeiro momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu no Serviço de Urgência Polivalente de um hospital do centro de Portugal Continental, no período de 3 de outubro a 9 de dezembro de 2022, sob a orientação da professora mestre Carla Silva e tutoria realizada por duas Enfermeiras Especialistas em Médico-Cirúrgica.

O Serviço de Urgência (SU) onde se realizou o estágio é definido como sendo uma urgência polivalente. Encontra-se organizado em diferentes áreas funcionais: gabinetes de triagem, sala de emergência, área médica 1 e 2, área cirúrgica, área ortopédica, gabinete de informações, gabinete de psiquiatria, unidade de internamento de curta duração, área de imagiologia restrita à urgência e áreas de urgências periféricas (dermatologia, oftalmologia, otorrino, estomatologia e bloco operatório adstrito ao SU). Todas estas áreas funcionais comportam diferentes áreas de apoio. Enquanto urgência polivalente, apresenta o nível mais diferenciado na resposta a situações de cariz urgente e emergente, possui todas as valências das urgências médico-cirúrgicas e, ainda, uma diversidade de especialidades como gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia. Os SU pelas suas particularidades são considerados desafiadores no Sistema de Nacional de Saúde (SNS), abertos diariamente durante 24h,

sujeitos a uma realidade e dinâmicas próprias, marcados por constantes mudanças rápidas e não programadas que exigem grande flexibilidade e uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada. Muitos dos meios continuam a ser utilizados inadequadamente, “consumindo” profissionais de saúde e equipamentos médicos, aumentando a carga de trabalho (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019).

Sendo uma urgência polivalente os problemas acima referidos confirmam-se diariamente. A afluência advém da drenagem de outros hospitais, encaminhamento dos cuidados de saúde primários e pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), bem como autonomamente por parte da pessoa doente.

No que se refere à organização e à gestão do circuito das pessoas, este tem como propósito o encaminhamento célere de pessoas, adequado às prioridades clínicas estabelecidas, tendo em conta a gravidade da sintomatologia.

A priorização é realizada através da escala de triagem de *Manchester*. A prioridade clínica é identificada através de uma cor, traduzindo uma estratificação objetiva do nível de urgência no atendimento. A orientação da pessoa doente através das vias verdes é privilegiada e em funcionamento 24 horas por dia, sendo a sala de emergência o local mais capacitado na abordagem à PSC, já que possui todo o equipamento necessário à sua assistência, conseguindo assistir cinco pessoas em situação crítica em simultâneo e com equipa de enfermagem sempre com presença física. A proveniência da pessoa doente para a sala de emergência pode ser das outras áreas pelo seu agravamento, diretamente do exterior acompanhado pela equipa de emergência pré-hospitalar, onde a triagem é realizada *in locu* e/ou de transferências de outros hospitais de nível inferior.

Devido à elevada afluência e às condições físicas e estruturais das diversas áreas do serviço, a presença de acompanhantes junto da pessoa doente é inexistente, bem como locais subordinados a transmissão de informação. No exterior do hospital há uma área onde os familiares podem aguardar. A obtenção de informação pode ser realizada no interior do SU, onde é escalado um enfermeiro que transmite pequenas informações e, se assim, o entender, articula-se com a equipa médica responsável pela pessoa doente.

Pelo motivo acima referido, a privacidade e o controlo de infeção torna-se desafiador, na medida em que o número de cortinas são reduzidas para o número elevado de pessoas doentes. Na prestação de cuidados, o material é individualizado e descartável, os isolamentos são realizados em local adequado ou, caso a pessoa apresente condições de internamento, este é de imediato efetivado.

A equipa do SU é constituída por vários grupos de profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar chefiada e coordenada pelo chefe de equipa e pelo coordenador de enfermagem (especialista em enfermagem médico-cirúrgica). A equipa de enfermagem conta com cerca de 170 elementos, organizada por sub-equipas e com vários elementos com vários anos de experiência, não existindo, ainda a percentagem recomendada de enfermeiros especialistas. O método de trabalho utilizado é o método individual, que é aquele que se caracteriza por cada enfermeiro ser responsável pelas pessoas doentes que lhe são atribuídas, havendo, todavia, a colaboração entre os colegas.

O tema da componente de investigação inerente a este relatório final de estágio centra-se nas intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo da dor no serviço de urgência, pelo que os objetivos específicos do estágio foram definidos neste âmbito. Assim, os objetivos específicos definidos para este local de estágio foram: 1. Desenvolver competências no processo de intervenção de enfermagem no domínio das medidas não farmacológicas para controlo da dor; 2. Desenvolver competências de enfermagem no domínio da comunicação com a PSC.

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos coronários

O segundo momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu na UCIC do Serviço de Cardiologia num Centro Hospitalar do centro de Portugal Continental, no período de 12 de dezembro a 8 de março de 2023, sob a orientação da professora mestre Carla Silva e tutoria realizada por Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica.

A UCIC encontra-se inserida no serviço de cardiologia e é constituída por um conjunto de profissionais, instalações e recursos que prestam serviços diferenciados ao nível da promoção, prevenção e tratamento da doença cardiovascular da população da sua área de influência.

É um *open space* composto por cinco unidades individualizadas por cortinas, equipadas com monitorização invasiva, stock de farmácia, equipamentos próprios e normas próprias, nomeadamente de condicionalismo de visitas e restrição de equipamentos eletrónicos.

Todas as pessoas doentes encontram-se com monitorização eletrocardiográfica, por telemetria e a sua visualização é possível em dois locais (sala de passagem de turno da unidade e na central da monitorização, que fica dentro da unidade), sendo da responsabilidade dos enfermeiros da UCIC observar e registar as alterações eletrocardiográficas de todas as pessoas doentes internadas no serviço.

No total, o serviço de cardiologia conta com 26 enfermeiros e a equipa de enfermagem da UCIC é constituída pelos mesmos enfermeiros que “rodam”, cumprindo um rácio diurno e noturno de dois elementos, tendo como dotações de um enfermeiro para três pessoas doentes e um enfermeiro para duas pessoas doentes. A existência de especialização e a experiência profissional dos elementos é tida em conta aquando da distribuição dos elementos na prestação de cuidados, havendo, tendencialmente, a presença de pelo menos um enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica.

A par da equipa do serviço, existe, ainda, um enfermeiro especialista de reabilitação com equipa própria que está presente da parte da manhã durante os dias de e semana.

Para além de uma equipa de enfermeiros, a unidade conta com médico de permanência física durante as 24h ao longo da semana que posteriormente dá apoio ao restante internamento, bem como ao SU.

No segundo momento de estágio os objetivos propostos foram os seguintes: 1. Aprimorar competências no domínio da monitorização elétrica e hemodinâmica invasiva e não invasiva na pessoa doente do foro cardíaco, em situação crítica, antecipando instabilidade/falência orgânica; 2. Aprimorar competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada à Prestação de Cuidados de Saúde; 3. Desenvolver competências na área da transferência/comunicação de informação objetiva e relevante a respeito do quadro clínico da pessoa doente no seio da equipa de saúde.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Os cuidados de Enfermagem, à semelhança dos cuidados de saúde, revestem-se de uma relevância, exigências técnica e científica superiores, tornando a diferenciação e a especialização, uma premissa dos profissionais de saúde. O Enfermeiro Especialista (EE) é definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744). O mesmo regulamento define como competências comuns as competências:

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745).

A OE agrupou as competências comuns em quatro domínios, são eles: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste capítulo será feita uma descrição e reflexão sobre as atividades que contribuíram para o desenvolvimento dos quatro domínios das competências comuns do EE, tendo em conta o planeamento e a tomada de decisão perante os processos complexos de transição saúde/doença, refletindo sobre os objetivos definidos para cada contexto clínico.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O EE desenvolve uma prática profissional, ética e legal, norteando-se pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, munindo-se de capacidades para a tomada de decisão, tendo por base conhecimentos que assegurem as melhores práticas e incorporando a pessoa doente como elemento decisor nos cuidados prestados (OE, 2019).

O artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) corrobora o que foi supracitado, referindo que os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e

ética, atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, tendo como objetivo a promoção da saúde e a prevenção da doença através de uma abordagem multidisciplinar (OE, 2015b). Os princípios gerais do código deontológico da profissão defendem que na tomada de decisão, o cuidado pela dignidade e liberdade da pessoa humana é crucial, sendo fundamentais valores como: a igualdade, a liberdade responsável, com vista ao bem comum, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade, bem como a competência e o aprimoramento profissional (OE, 2015).

Num SU, a complexidade e os desafios são constantes, dificultando a salvaguarda dos direitos da pessoa doente. A elevada carga de trabalho, a falta de recursos humanos, os conflitos interpessoais, os tempos de espera, a ausência/escassez de informação, a despersonalização e desumanização dos cuidados e a imprevisibilidade de eventos complexos são fatores que podem contribuir para o não cumprimento da defesa dos direitos da pessoa doente (Brazão et al., 2016). O cuidado é, contudo, o centro da profissão de enfermagem, tendo o comportamento e atitudes como essência, diferenciando a enfermagem das demais disciplinas (Gurrutxaga, 2018).

A Lei n.º 15/2014 de 21 de março de 2014 preconiza que nos SU do SNS, todas as pessoas em situação de doença têm direito ao acompanhamento por uma pessoa por si indigitada, no entanto o SU onde foi realizado o estágio não reunia condições para o efeito, devido às limitações do espaço físico, elevada afluência de pessoas doentes e contingências pandémicas. Neste SU, as informações eram fornecidas pela equipa de enfermagem num gabinete designado para o efeito. Na UCIC o período de visita era condicionado a dois intervalos de 15 minutos por dia, com apenas uma visita em cada momento, e com horários pré-estabelecidos. O uso de telemóvel não era permitido e, dada a disseminada utilização que tem nos dias de hoje, esta proibição era geradora de ansiedade, tanto na pessoa doente, como na família. Questões como a segurança, a proximidade, o acesso à informação e o conforto são necessidades vivenciadas pela família, por vezes de forma silenciosa, passando facilmente despercebidas e contribuindo para um aumento do desconforto e do nível de ansiedade (Fortunatti, 2014). No sentido de minimizar os estados de incerteza/descontentamento vivenciados, foram tomadas algumas medidas, nomeadamente: assegurar a privacidade e confidencialidade no acesso à informação clínica, flexibilizar os horários de visita e facilitar o uso de telemóvel em situações controladas. A garantia do bom funcionamento do serviço era critério prioritário relativamente às medidas instituídas, mas estas, acabaram sempre por proporcionar um aumento do nível satisfação da pessoa

doente/familiar (manifestado pelos próprios), bem como um ambiente de maior segurança e tranquilidade.

A contenção física ou mecânica, apesar de ser uma opção comum nos contextos clínicos é muito controversa e encontra-se associada a eventos adversos. A agitação e agressividade de algumas pessoas em situação de doença pode representar um risco à integridade física da própria e dos profissionais de saúde.

É uma intervenção frequente dos enfermeiros, apresentando uma taxa de prevalência elevada e a sua aplicação está associada à segurança da pessoa e do ambiente envolvente, prevenção de quedas, prevenção da remoção de dispositivos médicos e para permitir um tratamento médico emergente (Rodrigues et al., 2020). Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) há uma preocupação na implementação de medidas alternativas e de prevenção, nomeadamente a presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem à pessoa doente a libertação de tensões, comunicação sincera e firme, ambiente calmo e seguro, inclusão ou exclusão da pessoa significativa, organização de atividades compatíveis com a condição de doença e tratamento farmacológico (Direção-Geral da Saúde, 2011). A DGS legitima o poder de decisão do enfermeiro no momento de proceder à contenção mecânica, anulando a circular normativa anterior que referia que esta indicação implicava prescrição médica (Direção-Geral da Saúde, 2011).

A decisão e a aplicação da contenção física ou mecânica têm de ser determinadas, na maioria das vezes, de forma célere, cabendo ao enfermeiro esta tomada de decisão, pela sua proximidade com a pessoa doente (Rodrigues et al., 2020). No entanto, surge, frequentemente, a dúvida sobre a estratégia a adotar. Por um lado, é necessário garantir a segurança da pessoa e a continuidade de cuidados, por outro, surgem os efeitos adversos que colocam em causa os benefícios da sua utilização (Martins, 2017).

Neste sentido, a procura por um equilíbrio entre os princípios da beneficência e da não maleficência torna-se importante. O contexto hospitalar é adverso, porque se está na presença de um ambiente desconhecido, com ruídos constantes, com luzes e temperaturas desajustadas, provocando alterações na pessoa doente. A intervenção do enfermeiro é essencial, dado o seu conhecimento profundo da pessoa em situação de doença e o seu papel reconhecido no seio da equipa de saúde.

No decorrer dos dois momentos de estágio procurou-se respeitar sempre os princípios deontológicos, éticos e legais. As tomadas de decisão basearam-se numa reflexão crítica constante, alicerçada na melhor evidência científica disponível e na experiência profissional prévia. Em ambos os locais de estágio, a contenção física ou mecânica só foi considerada e

adotada, após a implementação de todas as intervenções alternativas disponíveis. Contudo, no SU, devido à afluência existente e à tipologia diversificada de pessoas doentes, a adoção desta medida era mais prevalente, embora fosse aplicada como o último recurso e pelo tempo estritamente necessário. O contacto com estes dois contextos de estágio fomentou alterações na prática clínica, nomeadamente através da adaptação da realidade alterada vivenciada pela pessoa doente. A implementação de estratégias como contextualizar temporalmente a pessoa doente, assegurar uma vigilância mais apertada, promover mais frequentemente a presença da família e sensibilizar o médico para a importância de ajuste de terapêutica, antecipando momentos de desorientação, foi-se tornando uma prática mais enraizada.

No contexto laboral da investigadora principal, a contenção física é habitualmente uma medida de primeira linha, provavelmente pela existência de lacunas de formação específica nesta área, de dotações desadequadas e do elevado número de pessoas doentes. As situações de doença, como hipoxia, hiperglicemia ou infeção, juntamente com o contexto hospitalar desadequado exacerbam o comportamento das pessoas doentes mais vulneráveis (Martins, 2017). A medida de contenção mais adequada deve ser decidida em equipa e ser alvo de análise da sua adequação pela equipa de saúde (Valentim et al., 2020).

Se por um lado a segurança e a proteção da pessoa doente são tidas como prioridade, sendo este o principal motivo para a aplicação da contenção física ou mecânica, por outro lado esta decisão é geradora de desconforto, não sendo isenta de consequências, já que se pode traduzir em riscos físicos e psicológicos acrescidos. Ao nível físico, o seu uso aumenta o risco de lesões físicas decorrentes do processo de contenção, tais como quedas, atrofia muscular, fraturas, estrangulamento, úlceras por pressão, desidratação, alterações circulatórias, incontinência e até provocar a morte. No que diz respeito aos riscos psicológicos, a autonomia e a vontade do outro fica comprometida, sendo a vontade do profissional sobreposta à da pessoa doente, originando emoções negativas, destacando-se sentimentos como humilhação, ansiedade, depressão e perda de dignidade (Cartaxo, 2020). A aplicação de medidas alternativas deve ser colocada em prática devido ao seu impacto na liberdade, na autodeterminação e na dignidade da pessoa doente.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e os Serviços de Urgência são serviços com enorme especificidade e dotados de elevada tecnologia, dando origem a ambientes estimulantes e desafiadores ao nível da aprendizagem do profissional de saúde. São serviços, no entanto, muito específicos e pouco atraentes para quem necessita de cuidados (Pacheco, 2018).

A prioridade passa pela identificação da causa da instabilidade e sua rápida correção, com intuito da preservação da vida. Neste sentido, é necessária uma intervenção especializada dirigida à vulnerabilidade da PSC, considerando a integridade e a privacidade como algo intocável.

O Artigo 107.º do Código Deontológico refere que o enfermeiro, no exercício das funções e na supervisão das tarefas que delega, deve salvaguardar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa. Durante a hospitalização, assegurá-las torna-se difícil devido à fragilidade física da pessoa doente. As dimensões da privacidade mais afetadas são a física e a informação acerca da pessoa internada (Morganheira et al., 2017).

Nos dois locais de estágios, a vulnerabilidade física é constante. A importância da monitorização, vigilância apertada, necessidade de acessibilidade ao corpo para colocação de dispositivos médicos, a utilização de roupa hospitalar e a necessidade de obtenção de informação sobrepõem-se às necessidades e “preferências” de cada pessoa doente. O espaço físico é um fator que dificulta a preservação da privacidade, as cortinas são o meio existente, mas, segundo as pessoas em situação de doença, não são eficazes (Morganheira et al., 2017). Estas encontram-se posicionadas junto às macas ou camas e são frequentemente tocadas pelos profissionais ou outras pessoas, demonstrando níveis elevados de contaminação e nem sempre é assegurado o seu encerramento completo (Arantes et al., 2021). Juntamente com o espaço físico desadequado, surgem, com frequência, comentários por parte dos profissionais sobre informações pessoais das pessoas doentes em locais e volume inapropriados (Morganheira et al., 2017). Por esse motivo, as pessoas em situação de doença omitem informações pessoais, o que prejudica a relação terapêutica, bem como a evolução do seu plano terapêutico. A manutenção da privacidade fica em segundo plano atendendo à gravidade da situação clínica, pelo que é essencial refletir sobre as mais pequenas coisas. Uma simples deslocação ao WC pode ser geradora de conforto, à utilização de uma arrastadeira numa enfermaria sem insonorização individual.

Os enfermeiros necessitam de equilibrar a prestação de cuidados, na medida em que a PSC necessita de intervenções singulares e específicas, mas o centro das atenções é a pessoa doente como um todo. O grau de dependência (física, emocional e social) encontra-se relacionada com a gravidade da doença. Fatores como o risco de finitude de vida, o nível de exposição corporal, a dor, a incapacidade de cuidar de si, o medo do desconhecido e a ausência de controlo sobre a situação, provocam maior fragilidade e incerteza. O cuidado é complexo, pelo que o enfermeiro necessita de deter um olhar atento para estabelecer uma

relação mais próxima e efetiva, transmitindo segurança e empatia para que a experiência no contexto hospitalar seja o menos traumática possível (Pacheco, 2018).

2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Independentemente da sua área de intervenção, o papel do EE é essencial na promoção de um ambiente terapêutico seguro, na gestão de risco e na prevenção de incidentes (OE, 2019). Desta forma, as competências passam pelo desenvolvimento e sustentáculo de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, integrando programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes anterior (2015-2020) tinha como objetivo a melhoria na prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis do SNS e um dos objetivos estratégicos era o aumento da segurança da comunicação, pois está associado à melhoria da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e, conseqüentemente, à diminuição da mortalidade (Direção-Geral da Saúde, 2015). No Plano Nacional atual (2021-2026), mantém-se o enfoque na comunicação, sendo dada ênfase aos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais da equipa de saúde multidisciplinar. Tem como objetivos principais otimizar a comunicação intra e interinstitucional, implementado meios digitais para a divulgação de normas, orientações e outros guias de boas práticas, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, desenvolvendo e implementando ferramentas de comunicação segura, desenvolvendo programas formativos específicos para os profissionais, mantendo-os atualizados. Pretende, ainda, por fim, adequar a comunicação da informação clínica da pessoa doente, família e cuidador, melhorando o consentimento informado livre e esclarecido, bem como a monitorização e sua atualização (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A comunicação torna-se essencial para se estabelecer uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa em situação de doença, sendo imprescindível à qualidade dos cuidados prestados. O cuidado torna-se completo se houver intervenções de comunicação que vão de encontro às condições físicas e emocionais da pessoa (Martins, 2018). Segundo a mesma autora, a competência em comunicação na PSC deve ser igual às

capacidades técnicas, com o mesmo nível de empenho e relevância, oferecendo cuidados humanizados.

Quando surge uma situação de doença, uma crise familiar pode ser despoletada, devido à incerteza da situação pelo risco de vida eminente, pela imprevisibilidade da mesma e por um ambiente tecnológico desconhecido, tornando a comunicação uma necessidade (Sá et al., 2021). Representa, portanto, um desafio para os enfermeiros, a construção dessa relação com a PSC, devido às limitações das capacidades da comunicação inerentes, à dinâmica dos serviços, ao ambiente hospitalar conturbado e às necessidades fisiológicas da pessoa doente que se tornam prioridade (Martins, 2018).

O EE tem um papel essencial na comunicação com a família, quer a nível verbal, quer a nível não-verbal. Na comunicação verbal, a transmissão de informação assume destaque, sendo importante clarificar questões sensíveis, como a da ressuscitação cardiorespiratória, doação de órgãos e suspensão de medidas de suporte multiorgânico. As informações organizacionais do serviço, também elas importantes, como contactos da equipa e horários das visitas, devem ser transmitidas para um acolhimento adequado à família (Sá et al., 2021).

Ao longo deste percurso de estágio, para melhorar a competência da comunicação procurou-se transmitir informação atualizada de forma regular, utilizando uma linguagem acessível à compreensão da pessoa doente e do familiar, mantendo contacto visual, demonstrando uma escuta ativa e empatia, de modo a clarificar dúvidas. Foi, porém, difícil, por vezes, a manutenção de uma comunicação eficiente devido às estruturas físicas existentes, bem como manter um nível elevado de disponibilidade física e emocional.

Sá e Henriques (2021) atestam a necessidade de um momento específico formal de contacto destinado à comunicação com a família não só para a transmissão de informações, mas também para promoção do envolvimento da família no processo de tomada de decisão terapêutica. Medidas de liberalização do horário de visitas, mudanças arquitetónicas e investimento na modernização dos sistemas de monitorização, melhoram o clima de comunicação entre os profissionais e equipa de saúde. Ao nível da comunicação não-verbal é importante o enfermeiro escutar ativamente, consolar através do toque e estabelecer o contacto visual (Sá et al., 2021).

Com o mesmo nível de importância, a comunicação eficaz entre profissionais aquando da transmissão de informação, é considerada pela evidência científica, como fundamental para assegurar segurança na pessoa doente (Figueiredo et al., 2020). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes em vigor (2021-2026) reconhece a sua importância, mantendo a comunicação como pilar (DGS, 2021).

As transições de cuidados na pessoa doente acontecem com frequência e são consideradas situações de vulnerabilidade, dado que são momentos de elevada complexidade no que diz respeito ao estabelecimento de uma comunicação eficiente, no seio dos profissionais de saúde.

As falhas comunicacionais estão na génese de eventos adversos no âmbito da saúde. A maioria destes acontecimentos verificam-se pela existência de lacunas na comunicação na equipa de saúde durante os momentos de transição de cuidados da pessoa doente, nomeadamente omissões de informação, informações erradas, imprecisões e a não priorização de cuidados (DGS, 2017).

A comunicação adequada na transição dos cuidados de saúde é, assim, imprescindível para a melhoria na segurança da pessoa doente e tem impacto na redução de eventos adversos, necessitando de *know-how* e empatia. Esta deve apresentar-se de forma adequada, clara, completa, não ambígua, no tempo certo e de fácil compreensão pelo recetor (DGS, 2017).

A metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assesment, Recommendation*) é recomendada por várias organizações de saúde devido à sua facilidade de aplicação e à possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. Contribui, também, para a rápida tomada de decisão, promove o pensamento crítico, encurta o tempo na transferência de informação e facilita a integração dos novos profissionais (DGS, 2017).

Nos dois locais de estágio foi possível aperfeiçoar esta competência comum enquanto especialista, sendo que em ambos os contextos, esta metodologia já se encontrava instituída no serviço. Inicialmente houve necessidade de fazer pesquisa bibliográfica para relembrar conceitos e aplicá-los nos momentos de *handover*, nomeadamente o motivo de vinda ao serviço de urgência, os cuidados de enfermagem já implementados e a perspetiva e intencionalidade do plano terapêutico.

Os SU e os Cuidados Intensivos (CI) são complexos, com alto fluxo de informações entre uma vasta equipa de profissionais, interrupções constantes, multitarefas dos profissionais e inúmeras necessidades por parte da pessoa doente e família, o que pode conduzir facilmente a erros e a eventos adversos (Lopes et al., 2021). A comunicação eficaz promove o desenvolvimento de boas práticas, melhora a tomada de decisão e assegura uma prestação de cuidados de saúde segura e de qualidade (Oliveira, 2023).

Os momentos de *handover/handoff* constituem momentos de elevado risco de evento adverso para a pessoa doente. Ao nível intra-hospitalar, os enfermeiros são os principais recetores, no entanto, a transição de *handover/handoff* do pré-hospitalar para o intra-hospitalar pode ser realizada tanto por enfermeiros, como por outros profissionais da equipa

de saúde do pré-hospitalar e, por essa razão, está descrita como sendo ineficaz e incompleta. São várias as ferramentas de *handover/handoff* (ABCDE, AMPLE, MIST, ISBAR), não havendo uma que se evidencie, contudo, a DGS preconiza a utilização da técnica ISBAR (Lopes et al., 2021).

A passagem de turno é dos momentos onde há maior passagem de informação e a sua eficiência está associada à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo importante, por isso, a sua uniformização. A informação partilhada deve passar pela identificação da pessoa doente, situação atual, informações pertinentes, antecedentes de saúde, cuidados prestados e plano de cuidados (Sousa et al., 2019).

Num SU, a grande diversidade de patologias, a existência ou ausência de diagnóstico, a elevada afluência e rotatividade de pessoas doentes, a impossibilidade de método individual de trabalho, para além da presença de ruído e a ausência de locais apropriados para o efeito, exigem que a comunicação na passagem de turno tenha obrigatoriamente de ser segura. Se for eficaz, diminui situações de redundância, há poupança de tempo, aumenta a segurança da pessoa doente e a satisfação da equipa de saúde (Figueiredo et al., 2020). Ocorre, porém, que a transmissão de informação pode ser enviesada, pois cada enfermeiro prioriza a informação que transmite. Colegas com menos experiência acabam por ser mais completos nas informações do que os colegas mais velhos, pois utilizam estratégias para o efeito (pequenas anotações). A reduzida aplicabilidade do método individual de trabalho em certos contextos, bem como a falha de registo correto nos processos, aumenta o risco de perda de informação bem como esta se tornar inadequada (Costa, 2021).

As informações mais difundidas passam pela evolução da pessoa doente, plano de cuidados, prognóstico e alterações significativas do estado clínico, bem como o resultado de exames complementares de diagnóstico, assente no modelo biomédico, ficando para segundo plano aquelas que são as intervenções autónomas de enfermagem. Existe, assim, uma centralidade em aspetos como o diagnóstico médico, sinais e sintomas e resultados analíticos. Em certos contextos, nomeadamente nos SU, as práticas centradas na prevenção de complicações e deteção precoce de deterioração é inevitável (Ribeiro et al., 2017). É importante, todavia, que haja um equilíbrio na seleção de informação relevante para uma continuidade de cuidados segura, valorizando, também, as intervenções autónomas, baseadas em conhecimento disciplinas de Enfermagem.

2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências neste domínio enquadram-se nas da gestão dos cuidados, melhorando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, enquanto garante da segurança e da qualidade das tarefas delegadas. O EE tem também o papel de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, tendo como objetivo garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Esta gestão não passa somente pela gestão de recursos materiais, mas, implica, também, a gestão de recursos humanos e dos cuidados de enfermagem prestados, sendo necessária uma visão global e atualizada do serviço.

A complexidade dos contextos de estágio exige, por parte do enfermeiro especialista, uma gestão próxima dos recursos humanos, bem como dos cuidados que lhes são conferidos, de forma a assegurar e a potencializar cada elemento da sua equipa nos momentos de complexidade e gravidade, tendo como princípio a qualidade e a segurança. Não menos importante é a gestão rigorosa dos *stocks* de materiais e fármacos, de forma a prevenir o gasto e antecipar e a falha dos mesmos.

No decorrer dos estágios, a observação do enfermeiro no exercício da função de responsável de turno/coordenador favoreceu a aprendizagem. No primeiro momento de estágio, para além do enfermeiro com funções de coordenação de turno, responsável por todo o serviço, existia um enfermeiro coordenador em cada área de cuidados, responsável pela gestão de internamentos/altas hospitalares e pela realização de exames complementares de diagnóstico fora do serviço, passando por este, todas as decisões mais importantes de cada área. No segundo momento, sendo um ambiente mais controlado havia uma gestão rigorosa da equipa, nomeadamente na equipa de transferências inter-hospitalares urgentes, gestão de vagas de pessoas doentes do SU, bem como os tempos de Bloco Operatório (dispositivos médicos implantáveis). Em ambos os locais de estágio, os enfermeiros coordenadores ou responsáveis de turno eram, na sua maioria, enfermeiros especialistas, como preconiza o parecer nº01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017). O mesmo documento postula que “o enfermeiro com funções de responsável de turno deve possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço” (OE, 2017, p. 2). Compete ao “enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão (OE, 2017, p. 2). Na ausência do profissional mais

apto para a função “poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que, comprovada a sua competência para a função” (OE, 2017, p. 2).

O enfermeiro gestor, atualmente, desempenha um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados face aos inúmeros desafios, nomeadamente organizacionais. Deve demonstrar ações que promovam ambientes saudáveis com base em objetivos. A necessidade de conhecer cada pessoa da equipa é importante, uma vez que é crucial inspirar uma visão, transmitir emoção, proatividade, criatividade e originalidade. Uma liderança eficaz transforma positivamente a equipa e, por consequência, a pessoa doente e família (Mota et al., 2020a).

Os hospitais, nos dias de hoje, encontram-se sujeitos a elevadas pressões, onde o grau de exigência é elevado, sendo comum a presença de conflitos. Estes surgem da diferença de opiniões, valores e conceitos que, por vezes, podem ser uma ameaça ao trabalho em equipa, repercutindo-se na segurança da pessoa doente. Existem várias estratégias de resolução de conflitos e cada enfermeiro gestor opta por aquela mais adequada ao tipo de conflito, contexto e pessoas envolvidas.

Cabe ao enfermeiro gestor desenvolver habilidades o intuito de escolher a melhor estratégia para a sua gestão. A liderança, a comunicação e o trabalho em equipa juntamente com a postura neutra e imparcial devem constituir a base de uma postura correta. A reflexão diária é fundamental para o processo de gestão aquando da tomada de decisão (Costa, 2021).

Ao longo dos estágios, foram alcançadas as competências no que diz respeito ao domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na gestão de tempo e nas necessidades mais urgentes para as pessoas doentes e foram desenvolvidas competências no processo de cuidados, nomeadamente na tomada de decisão melhorando a eficiência.

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O EE demonstra autoconhecimento e reconhece a sua importância na área de intervenção, bem como no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Fundamenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, baseado na evidência científica, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019).

O cuidar requer a interação entre a pessoa doente e o enfermeiro detentor de competências especializadas, permitindo a prestação cuidados de forma contínua, tendo como objetivo a sua recuperação. Neste sentido, o EE necessita de realizar uma observação e vigilância contínuas, de forma sistematizada, com o intuito de prever, detetar e intervir o mais precocemente sobre as complicações, assegurando uma intervenção concreta e eficiente. Neste sentido, os enfermeiros debatem-se e envolvem-se em situações de difícil gestão com implicações emocionais, demonstrando a importância de deter consciência das próprias emoções e de como estas os afetam a nível pessoal e profissional, de forma a geri-las e desenvolver estratégias adequadas. É fundamental, assim, que os enfermeiros invistam na formação, de modo a que sejam emocionalmente mais competentes para proporcionarem cuidados de alta qualidade, mais eficientes e diferenciados à pessoa doente em situação crítica ou potencialmente crítica.

A competência emocional mais valorizada é a empatia, seguida da gestão das emoções em grupo, a autoconsciência, a gestão das emoções e, por fim, a capacidade de automotivação (Soeima, 2021). A profissão de enfermagem caracteriza-se pela elevada relação humana, sendo de extrema importância possuir capacidade de inteligência emocional. O enfermeiro deverá ser capaz de controlar as suas emoções e controlar a emoção dos restantes para alcançar e suprir as necessidades da pessoa doente (Oliveira, 2019).

Os níveis de exigência são cada vez maiores devido ao crescimento e ao envelhecimento da população. Os serviços de urgência são “uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis, o acesso é irrestrito e as exigências são crescentes” (Brazão et al., p. 14, 2016). Sendo o cuidado à PSC um cuidado de saúde prestado em ambiente tecnologicamente avançado, são exigidas aos enfermeiros competências clínicas e tecnológicas compatíveis com processos de saúde/doença (Sousa et al., 2020).

O trabalho emocional é fundamental na qualidade da relação terapêutica e nos cuidados de saúde prestados, promove a gestão emocional da pessoa cuidada, melhora o seu bem-estar, auxilia a regulação emocional dos enfermeiros, previne a exaustão emocional e, por sua vez, o *stress* e o *burnout*, assegurando a humanização dos cuidados de enfermagem (Diogo, 2019).

No decorrer dos estágios, a gestão de emoções teve especial destaque, dado que ambos os locais de estágio prestam cuidados, num ambiente que é dinâmico, exigente e a presença de finitude é constante, provocando ansiedade em todos os envolventes (enfermeiros, pessoa doente e família). Existe, no alinhamento do referido, uma consciencialização da importância

da gestão das emoções, no entanto, há, diariamente, um número elevado de funções desempenhadas pelos enfermeiros (administrativas, de gestão, de supervisão, de formação dos colegas mais novos, de resolução de conflitos com a pessoa doente e famílias) que condicionam a gestão e organização de tempo, levando à exaustão.

Existem estratégias comportamentais para ultrapassar as dificuldades diárias inerentes à profissão, como a partilha de emoções entre pares, a necessidade de tempo para o debate de situações durante o horário laboral e a capacidade de autocontrolo emocional. Estas podem ser instituídas para melhorar a autorregulação emocional. Neste sentido, surge a necessidade de implementar programas de promoção de inteligência emocional, de forma a desenvolver competências que permitam cuidar de forma mais eficaz na abordagem à PSC (Sousa, et al., 2020).

Com vista a identificar as lacunas do conhecimento e melhorar a prestação de cuidados, a prática baseada na evidência tornou-se uma abordagem multidisciplinar para aprimorar a capacidade de tomada de decisão (Vieira et al., 2020). Os enfermeiros especialistas reconhecem o seu impacto positivo e o benefício da incorporação dos conhecimentos no seu desenvolvimento profissional, contudo reconhecem dificuldades na sua implementação, tais como a falta de incentivo e financiamento para o desenvolvimento de competências em investigação, o défice de apoio por colegas peritos e a falta de formação (Pinto, 2022). Os protocolos elaborados com a melhor evidência científica, de acordo com a realidade local e a experiência dos profissionais, procuram a prestação de cuidados adequados, eficientes, trazendo maior segurança à equipa reduzindo a variabilidade de cuidados (Vieira et al., 2020). No seguimento do explorado no parágrafo anterior, verificou-se, tal como no contexto da investigadora principal, a frequência de pessoas doentes com febre no momento da triagem e sem toma de medicação para o efeito, era elevada. Surgiu a ideia de criar um protocolo de administração de antipiréticos com intuito de reduzir o valor da febre mais precocemente e melhorar o estado da pessoa doente, evitando complicações. Assim, foi elaborado um protocolo de administração de antipiréticos (anexo 1), no sentido da adoção de boas práticas, de forma a uniformizar os cuidados e a tomada de decisão garantindo a segurança e evitando incidentes.

Na prestação de cuidados à PSC de qualidade e de segurança é importante formação contínua e estruturada para promover práticas mais seguras e adequadas às situações críticas. A implementação de protocolos de emergência para melhorar a organização multiprofissional torna-se fundamental neste compromisso.

As Vias Verdes correspondem a estratégias na abordagem, encaminhamento e tratamento de pessoas doentes com patologias frequentes, agudas e graves que provocam impacto significativo na morbimortalidade (Teixeira, 2022). O trauma é uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo considerado problema de saúde pública, com aproximadamente cinco milhões de vítimas mortais por ano em todo o mundo (Rossaint, et al., 2023; Beck, et al., 2019; Alvarez, et al., 2016). É um problema com múltiplas implicações, desafiando muitas sociedades e com repercussões sociais e económicas significativas. Em Portugal, pela sua prevalência e o impacto, há necessidade de prevenção e tratamento, não só na abordagem inicial, como também, no acompanhamento e reabilitação posterior (Diário da República, 2017).

A DGS (2022a) refere que um sistema de trauma organizado possui impacto na redução da mortalidade e morbidade de vítima de trauma. A Via Verde do Trauma no Adulto é, assim, o “conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major”, sendo definido como trauma major “aquele que implica ativação da Equipa de Trauma, em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos” (DGS, 2022, p. 14).

Na abordagem a pessoas vítimas de trauma, o número de intervenientes é elevado e a dinâmica da equipa e os equipamentos existentes causam inevitavelmente ruído. Durante o estágio houve oportunidade de observação e participação na abordagem à pessoa vítima de trauma.

O ruído esteve inevitavelmente presente durante a abordagem à pessoa vítima de trauma, condicionando a comunicação entre a equipa podendo desencadear facilmente erros e diminuir o rendimento. Pode contribuir, adicionalmente, para diminuir a concentração e ter efeitos de irritabilidade e *stress* (Filus et al., 2018). É necessário priorizar a redução do ruído devido aos efeitos nocivos que provoca, nomeadamente ajustar os limites dos alarmes dos equipamentos para que estes não se tornem banais, reduzir ou substituir os sinais sonoros pelos luminosos ou de vibração nos telemóveis pessoais e limitar o número de conversas paralelas entre os profissionais. A consciencialização desta temática passa pela medição periódica e a divulgação da mesma. Após este contacto na prática clínica juntamente com a leitura de documentação, nomeadamente a norma direcionada a este tipo de vítimas foram desenvolvidos novos conhecimentos que suportam a tomada de decisão nesta matéria.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

Os desenvolvimentos técnicos e científicos permitiram um progresso, quer no diagnóstico, quer no tratamento, respondendo às necessidades dos cuidados de saúde. Este avanço no conhecimento originou novos desafios, nomeadamente o prolongamento da sobrevivência das pessoas e, conseqüentemente, o surgimento de pessoas mais vulneráveis a múltiplas infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos (OE, 2015b)

O EEEMC torna-se reconhecido como uma referência no cuidado à pessoa que vivencia processos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, pois “concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados”, com o intuito de detetar precocemente, estabilizar, manter e a recuperar a pessoa em situação crítica. (OE, 2017b, p. 5).

Nesta área de especialização de enfermagem, os cuidados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato são altamente qualificados e devem ser contínuos, visando as necessidades afetadas, tendo em vista manter as funções básicas de vida e prevenir complicações, limitar incapacidades, almejando a sua recuperação total (OE, 2018). São cuidados que exigem observação e avaliação contínuas, de forma sistemática e sistematizada de dados (OE, 2017b).

As competências do EEEMC à PSC explanadas no regulamento n.º 429/2018 (2018) são:

“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e da 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“ (OE, 2018, p. 19359).

De seguida, será apresentada uma análise critico-reflexiva sobre aquele que foi o processo de desenvolvimento das competências específicas do EEEMC à PSC, listadas acima.

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

A PSC bem como a sua família/cuidador/pessoa de referência requerem cuidados especializados que pressupõem uma conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção, dando resposta às necessidades que apresentam, mobilizando aptidões e conhecimentos, devido à situação clínica, pelo risco de instabilidade e pelos protocolos terapêuticos complexos (OE, 2018a).

O desenvolvimento desta competência específica foi aperfeiçoada aquando da prestação de cuidados a pessoas doentes com instabilidade hemodinâmica do foro médico, cirúrgico e vítimas de trauma, colaborando e interagindo com a equipa multidisciplinar e mantendo o máximo de exigência, desde a planificação à execução dos mesmos.

A sala de emergência foi o local do SU onde a prestação à PSC era uma constante, sendo esta uma área de interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019). Foi fundamental a oportunidade de desenvolver a prática clínica neste local privilegiado para poder aprimorar a abordagem à pessoa em estado grave, crítico e emergente.

A abordagem à PSC inicia-se com a avaliação primária, com a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, and Exposure*), sendo amplamente aceite, a partir da qual, é possível identificar e corrigir os problemas que colocam a pessoa em risco, identificando focos de instabilidade e promovendo uma resposta antecipatória (Linders et al., 2021). Recorrendo a esta metodologia, o processo de pensamento organiza-se, fica mais claro, define e estratifica prioridades, e por último, melhora a satisfação e os cuidados prestados (Antunes et al., 2022). A sua utilização foi transversal nos serviços onde decorreu o estágio e na realidade laboral da investigadora principal. É praticada quer por enfermeiros generalistas com vários anos de experiência como enfermeiros como por enfermeiros especialistas. Os primeiros destacaram-se no domínio do conhecimento decorrente da sua experiência profissional, enquanto os segundos pelas competências, habilidades e evidência, adquiridas ao longo do seu processo de formação. A OE considera que o EE “é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (OE, 2018b, p.2). Durante o estágio existiu o cuidado de garantir que pelo menos um especialista estivesse escalado por turno, juntamente com peritos.

Na sala de emergência, a mobilização de conhecimentos é crucial, devido à multiplicidade de patologias, situações inesperadas e execução de procedimentos técnicos complexos (Pinto, et al., 2021). Por esse motivo, há a necessidade de alocar um enfermeiro a desempenhar funções exclusivas à sala de emergência (Ferreira et al., 2020), o que foi verificado na sala de emergência do primeiro local de estágio. Os elementos alocados a esta área permanecem na mesma durante todo o horário, contrariamente ao que acontece no local de trabalho da investigadora principal, onde os enfermeiros alocados à sala de emergência são ativados via telemóvel ou sinal sonoro. Na ausência de pessoas doentes na sala, os enfermeiros alocados a esta, encontram-se na prestação cuidados noutras áreas. Quando é acionada a ida à sala de emergência, as intervenções que estavam a desempenhar anteriormente deixam de ser completadas trazendo riscos associados. Torna-se vantajosa a presença contínua de elementos na sala de emergência devido à afluência de pessoas em situação crítica, à permanência das mesmas, às exigências dos cuidados e ao cansaço físico e psicológico inerente.

O contacto com a PSC é cada vez mais uma constante. A exposição a desafios imprevisíveis desencadeia a dificuldade na gestão do *stress*. A fim de minimizar esta lacuna, a aplicação do *debriefing* com os orientadores e colegas foi importante, pelo facto de ser uma reflexão sobre os eventos ocorridos, com o objetivo de mudança de atitudes na prática clínica, apesar de ainda não ser uma prática comum e realizada de forma estruturada. O reconhecimento da importância do *debriefing* surge com mais frequência nas situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) pelas emoções e aprendizagem partilhadas (Bagorriha, 2020).

A gestão da dor na PSC pertence a uma unidade de competência definida pela OE. É um processo complexo e permanece na memória das pessoas doentes mesmo após cinco anos da alta das Unidades de Cuidados Intensivos (Severgnini et al., 2016). Ambos os locais de estágio atribuíram importância à gestão e controlo da mesma, priorizando a gestão farmacológica. Na PSC a expressão eficaz da intensidade da dor está limitada, devido a alterações do estado de consciência, resultantes de patologia de base, da sedação, da curarização e/ou utilização de suporte ventilatório (Cunha et al., 2020). Segundo os mesmos autores, várias foram as escalas de avaliação que foram construídas para superar os constrangimentos relacionadas com a avaliação da dor nas pessoas doentes inconscientes, no entanto, de acordo com os resultados de estudo em questão, não foi possível escolher uma “escala perfeita”. Não obstante a utilização de instrumentos de avaliação pode ser vista como uma estratégia de promoção da qualidade dos diagnósticos e, por sua vez, do tratamento e controlo da dor (Cunha et al., 2020). A OE (2008) reconhece que deve ser a

própria a identificar o nível de dor e a avaliação completa da dor, realizada pelo enfermeiro, deve incidir numa recolha de dados objetivos e subjetivos, nomeadamente característica da dor, fatores de alívio ou agravamento e implicações nas atividades de vida diária (OE, 2008). A avaliação da dor é um parâmetro difícil de mensurar comparativamente com os outros sinais vitais, por ser um sintoma subjetivo e dependente de experiências prévias da pessoa doente e do seu estado emocional. O primeiro contacto com a pessoa doente com dor no SU inicia-se na triagem, onde o profissional questiona-a sobre o motivo da sua vinda ao SU. Quando a pessoa doente não consegue expressar a queixa, esta é transmitida pelo familiar ou pelo profissional do pré-hospitalar. Acontece, por outro lado, que quando o profissional questiona o nível de dor à pessoa doente, tendo por base a escala numérica, o nível de dor transmitido não é, por vezes, o valor registado. A dor nem sempre é valorizada pelos profissionais de saúde, ficando a sua avaliação dependente da sua perceção e experiência. Profissionais que experienciaram situações dolorosas demonstram mais empatia em relação à dor da pessoa doente e os profissionais mais experientes subestimam a intensidade mencionada (Costalino, 2015).

Para além desta subjetividade inerente ao quinto sinal vital, os enfermeiros que exercem funções nos SU deparam-se com outras barreiras aquando da sua monitorização, destacando-se o tempo reduzido, a escassez de medidas não farmacológicas implementadas no SU, os rácios enfermeiro/pessoa doente desajustados e a falta de tempo para investir na educação para a saúde. Os enfermeiros estão sensibilizados para esta temática, expressando a necessidade de formação sobre a gestão da dor, bem como sobre a melhoria dos registos efetuados e a elaboração de protocolos de atuação (Oliveira, 2019).

Em pessoas doentes do foro cardíaco, a dor apresenta-se de várias formas, constituindo um alerta de possível descompensação hemodinâmica. É imprescindível que a sua caracterização seja pormenorizada e aprofundada, nomeadamente, o tipo, a duração, medidas de alívio, localização e a intensidade, de forma a orientar uma prestação de cuidados eficaz e direcionada. As pessoas doentes internadas na UCIC encontravam-se todas com monitorização eletrocardiográfica com transmissão do traçado cardíaco em tempo real, com alarmes ativos das arritmias mais frequentes e no final de cada turno eram analisados.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial, europeu e em Portugal (Marques-Reis et al., 2022). Estão associadas a fatores de risco relacionadas com o estilo de vida individual, aspetos demográficos e socioeconómicos, sendo mais prevalente a pré-obesidade/obesidade, a hipertensão arterial, a dislipidémia, a reduzida atividade física e hábitos tabágicos mantidos. Aliado a estes fatores de risco, soma-se o

elevado grau de desconhecimento dos indivíduos e o compromisso da consciencialização da sua situação clínica, os quais levam à não adesão ao regime medicamentoso prescrito, o que vem evidenciar a necessidade de se melhorar a literacia em saúde (Bourbon et al., 2019).

No decorrer do estágio, houve a oportunidade de verificar dois tipos de comportamentos frequentes após a experiência de doença cardiovascular, nomeadamente pessoas doentes que apresentavam receio de novo evento cardíaco, com consequências na sua qualidade de vida e pessoas doentes em que os episódios eram recorrentes devido à manutenção de estilos de vida anteriores desadequados. Em ambos os casos, os principais sentimentos, numa fase inicial, são o medo, a frustração e angústia. No entanto, a forma de como a pessoa encara a sua situação está provavelmente relacionada com a ideia que tem de si mesmo e sobre a doença e suas consequências.

O nível inadequado de literacia relaciona-se com o baixo conhecimento sobre a doença e sua prevenção. Provoca o uso ineficaz dos serviços de saúde e, por consequência, uma elevada prevalência e gravidade de doenças crónicas, uma elevada hospitalização e uma diminuição da adesão à terapêutica. Fatores como a idade, as habilitações literárias, a situação laboral e o acompanhamento em consultas condicionam o nível de literacia (Mingote et al., 2024).

As medidas educacionais sustentadas, garantindo mudanças no estilo de vida dos utentes, é uma recomendação da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), sendo o papel do enfermeiro preponderante para a capacitação e a aceitação da pessoa face ao seu estado de saúde, bem como a consciencialização da relação entre o estilo de vida e a progressão da sua doença cardiovascular. Desta forma, o enfermeiro deve assegurar um adequado processo de transição saúde-doença da pessoa e família. Obter ganhos em saúde através da implementação de intervenções de enfermagem que melhorem o índice de massa corporal, o perímetro abdominal e a literacia acerca da situação clínica podem conduzir à prevenção de novos eventos cardiovasculares e, por sua vez, diminuir os reinternamentos (Homem et al., 2022).

Na UCIC, quando os utentes se encontravam conscientes e a sua condição hemodinâmica estabilizada, era realizada uma sensibilização da pessoa para a adoção de estilos de vida saudáveis, sugerindo-se soluções, mediante as características pessoais e o contexto socioeconómico. De forma a facilitar a interiorização do que era explanado, era entregue um panfleto com a informação mais pertinente de forma clara e concisa. Após a leitura do mesmo havia abertura para discussão de dúvidas e de conhecimentos já adquiridos.

A abordagem escolhida passou pela escolha uma ou duas temáticas em que a pessoa doente achasse mais pertinente ou estivesse mais desconfortável e discutir possíveis alterações no comportamento num curto/médio prazo.

O objetivo da escolha de um assunto indicado pela pessoa doente deveu-se à tentativa de aproximar o discurso à realidade e às necessidades da mesma. Não limitar o comportamento àquilo que não devem fazer, mas modificar a perspetiva, dando sugestões de melhoria. Os comportamentos e o estado de saúde da pessoa doentes são condicionados pelo acesso à informação e à capacidade de aquisição de conhecimentos (Boieiro et al., 2020).

Os ensinamentos mais frequentes incidiram na nutrição, na medicação e nos fatores de risco. O assunto mais desconfortável a abordar foi a questão da educação sexual devido à falta de ambiente privado, à diferença de género, à diferença de idade e à forma de como abordar a temática. Abordar a educação sexual é crucial porque a reduzida informação sobre esta temática pode originar complicações no âmbito de reinternamentos, morte súbita durante a atividade sexual e insatisfação sexual por parte da pessoa doente e/ou do seu parceiro (Boieiro et al., 2020). Segundo os mesmos autores, existem algumas barreiras que dificultam a intervenção do enfermeiro na educação da pessoa doente, sendo necessário o investimento na formação e na criação de ambientes seguros e privados (Boieiro et al., 2020).

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

Segundo o Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018), o EEEMC, na área de enfermagem à PSC, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, atua com planeamento, gestão de resposta rápida e sistematizada, tendo em particular atenção a preservação de indícios da prática de crime. Tem como funções: cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; conceber juntamente com a equipa multidisciplinar planos de emergência e catástrofe; planejar a resposta à situação de catástrofe; gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e assegurar a eficiência dos cuidados (OE, 2018).

A catástrofe é tipicamente caracterizada por uma natureza imprevisível, inesperada, incerta e não planeada. É definida como uma suspensão do funcionamento normal de uma comunidade ou sociedade e tem como consequência perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais generalizadas (Karnjuš et al., 2021). Trata-se de “um

acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (Lei n.º 80/2015, 2015, p. 5316).

A DGS (2010) entende como fundamental e para fazer face à possível ocorrência de um evento, nomeadamente catástrofe, epidemia ou acidente, que cause um desequilíbrio momentâneo ou permanente entre as necessidades e os recursos existentes, a elaboração de um Plano de Emergência Médica. Importa ter-se uma “cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco”, por serem consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição” (Orientação nº 007/2010, 2010, p.1).

O *International Council of Nurses* (2019) realça a importância dos enfermeiros demonstrarem esforços de preparação na resposta e recuperação em situações de catástrofe. Nomeia, assim, oito domínios de competências ao nível preparação e planeamento, da comunicação, da gestão de incidentes, da segurança e proteção, da avaliação, da intervenção, da recuperação, do direito e ética.

Segundo a mesma organização, o EE à PSC deverá promover exercícios de simulação, compreender e melhorar os obstáculos e barreiras que surjam, através de ações de melhoria, com a finalidade de atualizar dos diversos planos de catástrofe juntamente com a equipa multidisciplinar (ICN, 2019). Em relação à comunicação e à gestão de incidentes, o EE à PSC participa juntamente com a equipa de liderança em catástrofe na comunicação aos restantes profissionais e aos meios de comunicação social, bem como concebe planos de ação para melhorar a prática de enfermagem baseada na avaliação do incidente e na gestão da equipa multidisciplinar (ICN, 2019). Relativamente à segurança e proteção, o EE à PSC é responsável por implementar materiais baseados na melhor evidência científica para manter a segurança e promover a utilização de forma segura de Equipamento de Proteção Individual (EPI), mantendo a prestação de cuidados de enfermagem seguros, quer para os enfermeiros, quer para os utentes numa situação de escassez (ICN, 2019). No domínio da avaliação, o EE à PSC garante que toda a equipa tenha informação atualizada, bem como assegura uma avaliação de todo o cenário de catástrofe, identificando os mais vulneráveis e adequando as suas intervenções (ICN, 2019). Nas áreas da intervenção e recuperação da catástrofe, garante o funcionamento dos planos existentes e adapta-os às condições existentes (ICN, 2019).

A inexistência deste tipo de situações de exceção dificulta, no entanto, a aplicação de conhecimento teórico à prática, sendo por esse motivo importante adotar a prática simulada. Este tipo de metodologia permite substituir ou ampliar experiências reais e facilita a

compreensão e gestão de eventos. Constitui uma perfeita oportunidade de teste de eficácia de protocolos, planos de emergência, equipamentos e materiais específicos, permitindo uma melhor análise de resposta identificando pontos de melhoria. A prática simulada melhora, em síntese, a autoeficácia, devolve o pensamento crítico na tomada de decisão levando ao desenvolvimento de competências (Dos Santos et al., 2023).

Nos SU os desafios são constantes, exigem pensamento rápido, crítico e uma atitude eficaz, minimizando o erro. O trabalho em equipa torna-se essencial para resolução de situações complexas, tudo não deixa de ser complexo e desafiador. No decorrer dos estágios, não ocorreu nenhuma catástrofe ou incidente onde fosse necessário aplicar o Plano de Emergência Externo de Catástrofe (PEEC). Contudo, aquando do acompanhamento da enfermeira tutora nas funções de coordenação, uma das atividades desenvolvidas prendeu-se com a verificação de todos os equipamentos e materiais de urgência/emergência, com a finalidade de conhecer equipamentos específicos. Os carros de urgência foram constantemente utilizados ao longo dos estágios, em situações de apoio à colocação de dispositivos, como cateteres vasculares centrais, entubações urgentes por extubação accidental, aquando da entrada de uma pessoa doente com instabilidade hemodinâmica, como de acompanhamento a exames complementares de diagnóstico.

3.3. Maximiza a intervenção na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas que se associam entre si e são de extrema importância a nível global, tendo como consequências o aumento da morbilidade e a mortalidade, o prolongamento dos internamentos e o aumento dos custos em saúde (DGS, 2017b).

O controlo de infeção torna-se um assunto prioritário em Portugal e é indispensável definir uma estratégia de ação. No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, o quinto pilar refere que o contexto e as condições onde são prestados os cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, sendo reconhecida a sua importância

nos resultados, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança e constitui um dos objetivos estratégicos para a redução das IACS e da RAM (DGS, 2021).

Os profissionais de saúde, devido às suas funções na prestação de cuidados e à responsabilidade na capacitação dos restantes intervenientes da equipa multidisciplinar, têm uma responsabilidade acrescida na prevenção e controlo de infeções (Pereira et al., 2021). Por se encontrarem mais próximos e por mais tempo de proximidade com as pessoas doentes, conhecem o estado infeccioso destes e adequam as precauções básicas no controlo de infeção (PBCI).

São vários os fatores que favorecem o aparecimento de infeções, tais como a diminuição da imunidade, o aumento da complexidade dos cuidados de saúde prestados (procedimentos e técnicas invasivas que criam potenciais portas de entrada para os agentes infecciosos), infraestruturas, bem como recursos humanos e materiais que dificultam o seu controlo (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018). É bastante importante consciencializar e conhecer os vários riscos de transmissão da infeção, adotando as devidas precauções de controlo e prevenção das mesmas.

Neste sentido, as PBCI e os “Feixes de intervenções” surgem como medidas essenciais para a prevenção e controlo das IACS, na medida em que as primeiras têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada e são norteadas pelos dez padrões de qualidade:

“avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento seguro da roupa, gestão adequada dos resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho” (DGS, 2017b, p. 6).

No que diz respeito aos “Feixes de Intervenções”, estes são definidos como sendo “um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” e que têm como objetivo garantir tratamentos e cuidados consistentes, baseados na melhor evidência, tendo em vista a prevenção da infeção associada a dispositivos invasivos (DGS, 2015, p. 5).

No contexto de SU a gestão e controlo do ambiente são bastante mais complexos e desafiantes comparativamente a um serviço de internamento, devido à afluência e à

ausência de informação sobre o estado infeccioso da pessoa doente no primeiro momento de contacto. Por esse motivo, aquando da prestação de cuidados de enfermagem, todo o material utilizado era intransmissível e descartável. Na reconstituição da medicação eram utilizadas unidoses, quer de soro fisiológico quer de água destilada, havendo em vários pontos do espaço físico, zonas de material de proteção e desinfeção individual para os profissionais e/ou pessoas doentes. No momento que em se detinha a informação do estado infeccioso da pessoa doente, esta era encaminhada para a área de isolamento ou, caso apresentasse condições de internamento, este era agilizado o mais célere possível.

Um dos aspetos de difícil controlo era a afluência e a permanência das pessoas doentes na urgência, mantendo-se por várias horas e pouco distanciados. As medidas de prevenção e controle de infeção eram tidas em consideração a todas as PSC, independentemente de estarem infetadas ou não. Da mesma forma, também aquando da manipulação de equipamentos e materiais contaminados ou sob suspeita de contaminação, as medidas de prevenção e controlo de infeção eram respeitadas, a fim de prevenir e diminuir a transmissão de agentes patogénicos.

No contexto de UCIC, sendo este um ambiente muito mais controlado, cada unidade era composta por material individualizado e alguns “Feixes de Intervenção” encontravam-se normalizados e com boa adesão, nomeadamente o “Feixe de Intervenção” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical e o “Feixe de Intervenção” prevenção de infeção de local cirúrgico. Contudo o “Feixe de Intervenção” de prevenção de infeção relacionada com cateter vascular central (CVC) era o que se suscitava mais dúvidas. As dificuldades relacionavam-se com à manipulação do CVC, nomeadamente à manipulação direta com luvas limpas, o registo e a troca segundo a norma do penso impermeável e a não utilização mais adequada dos equipamentos de proteção individual aquando da manipulação.

As barreiras da adesão deste feixe de intervenção prendem-se, provavelmente, com a necessidade de formação, inexperiência na manipulação e reduzido número de elementos de elos de ligação na área do controlo de infeção. No entanto, a sobrecarga de trabalho, bem como a dotação desajustadas de enfermeiros poderão contribuir para o seu incumprimento. É necessário que o EEEMC identifique oportunidades de melhoria na adesão às intervenções e desenvolva estratégias para garantir que a prestação de cuidados seja realizada com qualidade e segurança. Após reflexões com os tutores e com os outros colegas verificou-se que seria benéfico melhorar e atualizar o procedimento dos cuidados na colocação e manutenção do CVC, com realização de uma instrução de trabalho, tendo por base a norma 022/2015, atualizada a 29/08/2022. Juntamente com os elementos responsáveis a nível

hospitalar do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi criada uma instrução de trabalho, “Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central” tendo por base a norma atualizada da DGS e adaptada ao nosso contexto (anexo 2). Foi aprovada em março de 2023 pelo Conselho de Administração e teve como principais objetivos a uniformização do procedimento dos cuidados de enfermagem na colocação e manutenção do CVC, melhorar a qualidade da prestação na perspetiva de prevenção e controlo de infeção e padronizar os registos de enfermagem. A padronização dos procedimentos melhora a tomada de decisão pois permite a uniformização dos cuidados prestados, corrige não conformidades e aumenta a segurança na realização dos cuidados (Sales et al., 2018).

4. Considerações finais

Os cuidados de Enfermagem, hoje em dia, assumem uma elevada importância e exigência técnica e científica, tornando a diferenciação e especializada cada vez mais uma realidade (OE,2019). A capacidade técnica e competência clínica são melhoradas com a especialização, obtendo-se ganhos em saúde, nomeadamente melhoria nos indicadores, na eficiência, na gestão e nos índices de satisfação pessoal dos profissionais (OE,2018)

Os dois contextos de estágio foram importantes no desenvolvimento de competências pessoais, interpessoais, técnicas e crítico-reflexivas. A aprendizagem de novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, a experiência de novas vivências, a resiliência e a motivação foram fundamentais para que fosse possível alcançar e concretizar os objetivos definidos, permitindo a melhoria na tomada de decisão baseada numa enfermagem avançada e especializada.

Após percurso de estágio, a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC, foram conseguidas. Os objetivos traçados e adequados a cada contexto de estágio foram alcançados, permitindo aprendizagens constantes com aumento de crescimento no âmbito pessoal e profissional. O percurso contou com altos e baixos sendo que a maior dificuldade pendeu-se, essencialmente, em equilibrar de forma saudável a gestão de tempo e a vida pessoal.

Os estágios realizados no SU e na UCIC foram muito ricos e com cuidados especializados, exigindo conhecimentos também eles especializados. Os principais ganhos que destacam-se na melhoria da capacidade de gestão de prioridades na PSC, nomeadamente na gestão dos cuidados inerentes, bem como na gestão do ambiente envolvente. A importância de estabelecer uma relação terapêutica mais próxima, utilizando a comunicação mais assertiva com a pessoa doente e com a família e por último uma atenção redobrada na implementação de políticas que melhorem ativamente o estado de qualidade e segurança dos cuidados prestados foram dois aspetos que se destacaram no âmbito da aprendizagem.

Apesar dos inúmeros constrangimentos e desafios constantes no contexto clínico, as várias equipas de saúde no geral, e de enfermagem, em particular, evidenciaram-se pela defesa, pela segurança e pela qualidade dos cuidados prestados. Distinguiram-se como aspetos positivos o trabalho em equipa, o cuidado no acolhimento e na integração do aluno em

formação, a vigilância e monitorização apertadas da PSC, antecipando sinais de agravamento, bem como na melhoria de atitudes que visão a prevenção e controlo de infeção.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo
da dor na pessoa adulta no serviço de urgência

1. Resumo

Introdução: A dor é uma experiência multidimensional desagradável que contém uma componente sensorial e emocional e está associada a potencial a lesão tecidual ou mesmo à lesão concreta. É uma experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, destacando-se pela sua subjetividade e pela ausência de marcadores biológicos que a quantifiquem, sendo o principal motivo pela procura de cuidados de saúde na população geral.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem não farmacológicas que controlam a dor na pessoa adulta no serviço de urgência hospitalar.

Método revisão: *Scoping review* de acordo com os critérios de elegibilidade do *Joanna Briggs Institute*: população (estudos que envolvam a pessoa adulta), conceito (estudos que se foquem em intervenções não farmacológicas de enfermagem na gestão da dor) e contexto (estudos desenvolvidos no serviço de urgência). A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL (via EBSCO) e na MEDLINE (via PUBMED), COCHRANE, Scielo, LILACS. A literatura cinzenta foi acedida no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, sem limitação temporal.

Resultados: O *corpus* de análise da *Scoping review* foi de seis artigos, os quais, cumpriam os critérios de elegibilidade propostos. Foram mapeadas as seguintes intervenções de enfermagem não farmacológicas: estimulação cutânea, repouso/imobilização, aplicação de ligadura, elevação, tratamento da lesão, aplicação de calor/frio, promoção de ambiente físico adequado, uso das técnicas de distração, imaginação guiada e relaxamento, ajuste do posicionamento e medidas simples de conforto e toque terapêutico.

Conclusão: Embora os enfermeiros implementem maioritariamente intervenções farmacológicas para controlar a dor na pessoa no SU, os resultados permitem concluir que é possível implementar intervenções de enfermagem não farmacológicas e que estas, circunscritas ao domínio autónomo do exercício profissional do enfermeiro, devem ser implementadas em associação às farmacológicas. E ainda, a necessidade de uma correta e rigorosa avaliação da dor, com valorização da sua dimensão subjetiva, e de um investimento sistemático na área da formação sobre a dor.

Palavras-chave: Manejo da dor; Serviço de Urgência; Enfermagem;

2. Abstract

Introduction: Pain is an unpleasant multidimensional experience that contains a sensory and emotional component, and is associated with potential tissue damage or even concrete injury. It is a personal experience, influenced by biological, psychological and social factors, emphasized for its subjectivity and for the absence of biological markers to quantify it, it is the main reason for population in general, to seek for health care.

Objective: To map non-pharmacological nursing interventions that control pain in adults in the emergency department.

Review Method: Scoping review according to the eligibility criteria of the Joanna Briggs Institute: population (studies which involving the adult person), concept (studies which focus on non-pharmacological nursing interventions in pain management) and context (studies conducted in developed in the emergency department). The research was carried out in the following databases: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), COCHRANE, Scielo and LILACS. The grey literature was accessed in the *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Portugal's Open Access Scientific Repositor*. Studies published in Portuguese, English and Spanish, with no time limitations, were included.

Results: The corpus analysis of the scoping review consisted of six articles, which met the proposed eligibility criteria. The following non-pharmacological nursing interventions were mapped: skin stimulation, rest/immobilisation, application of bandages, elevation, treatment of the injury, application of heat/cold, promotion of an adequate physical environment, use of distraction techniques, guided imagery and relaxation, adjustment of positioning and simple measures of comfort and therapeutic touch.

Conclusion: Although the nurses mainly use pharmacological interventions to the control the pain in person in the emergency department, the results allow that it is possible to implement non-pharmacological nursing interventions and that these, limited to the autonomous domain of the nurse's professional practice, should be implemented in association with pharmacological ones. It also became clear that there is a need for a correct and rigorous assessment of pain, valuing its subjective dimension, and a systematic investment in training about pain.

Keywords: Pain management; Emergency Department; Nursing;

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A *Internacional Association For The Study Of Pain (IASP)* define a dor como sendo “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos*” (Raja, et al., 2020, p. 1976). É influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais e a incapacidade de a relatar não significa a sua ausência. Provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, contribuindo para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas, com implicações na redução da qualidade de vida (Internacional Association For The Study Of Pain, 2020).

A dor é o principal motivo da procura dos cuidados de saúde e o seu controlo deve ser prioritário aquando da prestação de cuidados, melhorando os parâmetros de qualidade e satisfação da pessoa, intensificando ganhos em saúde para o cliente e organizações de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Além do elevado impacte que pode exercer num individuo, desde a perda da sua qualidade de vida, ao isolamento e incapacidade, a dor interfere, também, na família e/nos cuidadores, com repercussões sócio-económicas equiparadas às causadas pelas doenças do foro cardiovascular e oncológicas, segundo a *European Federation of International Association of the Study of Pain Chapters* (Direção-Geral da Saúde, 2008). Estas repercussões são significativas pelos custos inerentes, nomeadamente a utilização frequente dos serviços de saúde, as despesas com a medicação, a perda de produtividade pelo absentismo e presenteísmo e a atribuição de compensações e subsídios (Direção-Geral da Saúde, 2017c). A abordagem das pessoas com dor deve ser norteada pela melhor evidência científica, com o desígnio de a prevenir e controlar, melhorando qualidade de vida e, por consequência, a capacidade funcional (Direção-Geral da Saúde, 2017c). É essencial assegurar a melhoria efetiva da qualidade dos cuidados na gestão da dor, com uma atualização e/ou aquisição de conhecimentos constantes, contribuindo para um aumento de competências nesta área, quer seja pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados ou pelos enfermeiros individualmente (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A enfermagem reconhece esta temática como fundamental na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, nomeadamente em situações de transição saúde/doença (Almeida, et al., 2020). Os enfermeiros encontram-se, assim, numa posição privilegiada para

a gestão e controlo da dor, pela proximidade e pelo contacto que desenvolvem com a pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No controlo da dor, o cuidador principal e família também devem ser incluídos como parceiros nos cuidados e sempre que possível deve ser a própria pessoa a fazer a autoavaliação dessa dor, de forma a promover a sua autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A gestão da dor implica, então, uma constante atualização de competências, não só pelo carácter multifatorial e complexo da dor, mas, também, pela humanização de cuidados prestados, facilitando uma abordagem precoce, seja ela em situação crítica ou potencialmente crítica (Mota et al., 2020b).

A dor na PSC é muito frequente e com grande severidade e intensidade (Ferreira et al., 2014). Devido à sua condição, a PSC não consegue, na maioria das vezes, verbalizar o seu desconforto de forma realista (Gonçalves, 2017).

É nos Serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Blocos Operatórios que podemos encontrar com mais frequência PSC (Reis et al., 2020). Sendo definidas como pessoas “cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais” e que necessita meios avançados de vigilância, como monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 4). Adicionalmente, nestes serviços priorizam-se procedimentos invasivos que também potenciam o aparecimento de dor (Kotfis, et al., 2017).

O controlo e gestão da dor na PSC envolvem a sua avaliação, monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) (Teixeira et al., 2016). O tratamento não farmacológico engloba posicionamentos favoráveis da pessoa doente, massagens terapêuticas, correta colocação do tubo endotraqueal, entre outras (Mota, et al., 2020b citando Grant, et al., 2011). A evidência científica sobre as modalidades farmacológicas e não farmacológicas, além de propiciar diminuição efetiva da dor, permitem a redução das doses de fármacos administradas e diminuindo os efeitos adversos, o tempo de hospitalização e custos hospitalares (Nascimento, et al., 2020).

Na PSC há uma crescente complexificação dos cuidados que lhe são prestados, além de técnicas de monitorização invasiva e tratamento. Importa, assim, redefinirem-se os focos de atenção, com o objetivo de potenciar as estratégias de gestão da dor e capacidade de resposta aos desafios que se vão impondo ao longo da prática profissional dos enfermeiros.

O Enfermeiro Especialista nesta área de intervenção assume particular relevância, pois além de ser um elemento com as devidas competências para atuar em múltiplos contextos, está ainda munido de conhecimentos num domínio específico da enfermagem, de uma elevada capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão face aos processos de vida e aos problemas de saúde que se manifestam (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A evidência demonstra o impacto positivo da intervenção de enfermagem especializada, identificando ganhos em saúde para as pessoas doentes, instituições e para os profissionais de saúde, contribuindo para uma melhoria dos indicadores de saúde, gestão, eficiência e, ainda, para a melhoria dos índices de satisfação (Lopes, et al., 2018).

A escolha desta temática prende-se com o facto de existir lacunas na gestão da dor, no que se reporta especificamente ao domínio autónomo do exercício profissional dos enfermeiros neste domínio, ou seja, na implementação de intervenções autónomas de enfermagem. Os serviços de urgência são um exemplo dessa realidade por serem contextos mais direccionados para a estabilização dos parâmetros vitais, onde, muitas vezes, os mecanismos de gestão não farmacológica da dor não são reconhecidos como pertinentes e/ou significativos.

Urge mudar-se o paradigma no modelo assistencial, encorajando-se a adoção de intervenções não farmacológicas na gestão da dor. Neste alinhamento, este estudo tem como objetivo mapear as intervenções de enfermagem não farmacológicas que controlam a dor na pessoa adulta em serviço de urgência, pretendendo-se responder à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem não farmacológicas que contribuem para controlar a dor na pessoa adulta no serviço de urgência hospitalar?

4. Finalidade e objetivos

O objetivo deste estudo de revisão foi mapear as intervenções de enfermagem não farmacológicas capazes de contribuir para controlar a dor na pessoa no serviço de urgência. A finalidade última deste estudo é, a partir da disseminação dos resultados contribuir para sensibilizar os enfermeiros para a dimensão autónoma do seu exercício profissional no domínio do controlo da dor, com ganhos em saúde para a pessoa doente e para os serviços de saúde.

Este estudo poderá constituir-se, ainda, o ponto de partida para outros desenvolvidos neste âmbito, como por exemplo, estudos centrados na eficácia das intervenções mapeadas

5. Metodologia

Neste capítulo procede-se à descrição da metodologia em uso no estudo desenvolvido, de forma a garantir a sua concretização. É descrita a pesquisa utilizada com a finalidade de dar resposta à questão de investigação, bem como os critérios de inclusão e exclusão escolhidos, dos quais surgiram artigos selecionados e por último as considerações éticas envolvidas.

5.1. Desenho do estudo

O presente estudo é uma *scoping review*, uma vez que se pretende saber qual a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem não farmacológicas que controlam a dor na pessoa adulta no serviço de urgência.

Arksey & O'Malley (2005) referem que as *scoping reviews* fornecem informação ampla e aprofundada sobre toda a literatura existente acerca de um tema, independentemente do desenho do estudo. Surge como sendo uma nova abordagem de revisão de literatura e destaca-se na área de síntese de evidências em saúde, mapeando a literatura num determinado campo de interesse (Salvador et al., 2021). Uma *scoping review* tem como objetivo, assim, elaborar um mapa das evidências disponíveis na literatura de uma determinada área, examinar a extensão e a dimensão da investigação, identificar as lacunas e fornecer uma visão generalizada da evidência existente. Pode ainda ser um exercício antecipatório de uma realização de revisão sistemática, esclarecendo conceitos e definições importantes na literatura (Aromataris, 2020).

O processo de revisão seguiu os critérios de elegibilidade propostos pelo *JBI (Joanna Briggs Institute)*: População, Conceito e Contexto. Foram considerados estudos que se referiam a pessoas adultas (População), que abordassem as intervenções de enfermagem não farmacológicas na gestão da dor (Conceito), desenvolvidos em serviços de urgência (contexto).

Foram incluídos estudos primários e secundários (revisões de literatura, teses ou dissertações, considerados relevantes para a questão de revisão). Dos estudos primários, foram incluídos estudos quantitativos e/ou qualitativos. Os estudos quantitativos incluem quaisquer desenhos de estudo (incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quase-experimentais, incluindo estudos antes e após

os ensaios clínicos) e desenhos observacionais (estudos descritivos, estudos de coorte, estudos correlacionais, estudos transversais, estudos de caso). Os estudos qualitativos incluem quaisquer estudos que se concentrem em dados qualitativos, mas não limitados a fenomenologia, teoria fundamentada e projetos de etnografia.

Como critérios de elegibilidade, foram incluídos estudos que contemplavam pessoas adultas (idade ≥ 18 anos) no contexto de serviço de urgência, redigidos na língua inglesa, portuguesa e espanhola, sem restrição temporal, geográfico ou cultural. O protocolo foi registado na plataforma *Open Science Framework* (Intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo da dor na pessoa adulta no serviço de urgência hospitalar – protocolo de *scoping review*).

Foram excluídos resumos, comunicações orais, pósteres publicados em conferências e protocolos de revisão por conterem pouca informação. A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas, conforme recomendado pelo JBI. Na primeira fase foi efetuada uma pesquisa limitada na base de dados MEDLINE (via PubMed), com a finalidade de identificar e avaliar os termos de pesquisa para analisar as palavras mais utilizadas no título, resumo e respetivos descritores aplicados nos artigos, de modo a desenvolver uma estratégia de pesquisa (tabela 1).

Tabela 1 Estratégia da pesquisa inicial

MEDLINE (via Pubmed) - Pesquisa efetuada em dezembro 2023

Pesquisa	Estratégia	Número de resultados encontrados
# 1	(Pain Management[MeSH Terms]) OR (Pain Management[Title/Abstract])	67 021
# 2	(nursing[MeSH Terms]) OR (nursing[Title/Abstract])	489 686
# 3	(Emergency Service, Hospital[MeSH Terms]) OR (Emergency Service, Hospital[Title/Abstract])	100 982
# 4	#1 AND #2 AND #3	127
# 5	Filtro: Adultos 19+ years	69
# 6	Filtro: Línguas – português, espanhol e inglês	69

Na segunda etapa, foi realizada pesquisa com as palavras-chaves e descritores anteriormente identificados, tendo sido necessário adicionar outros termos que, embora não sendo descritores *Mesh*, surgiam em artigos que abordavam a temática. Foram analisadas, ainda, as listas de referências bibliográficas de todos os artigos selecionados, com a finalidade de identificar estudos adicionais. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: *MEDLINE* (via PUBMED), *CINAHL Complete* (via EBSCO), *COCHRANE Library*, *Scielo*, *LILACS* e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) (tabela2).

Tabela 2 Estratégia de pesquisa nas bases de dados (março 2024)

Estratégia	Base de dados	Resultados
(pain[Title/Abstract]) OR (pain[MeSH Terms]) OR (pain management[Title/Abstract]) OR (pain management[MeSH Terms]) OR (pain clinics[Title/Abstract]) OR (pain clinics[MeSH Terms]) OR (hurt*[Title/Abstract]) AND (nurs*[MeSH Terms]) OR (nurs*[Title/Abstract]) OR (Nursing Care[Title/Abstract]) OR (Nursing Care[MeSH Terms])) AND ((Non-pharmacological*[Title/Abstract]) OR (alternative therapies[Title/Abstract]) AND (Emergency Service, Hospital[MeSH Terms]) OR (Emergency[Title/Abstract]) OR (Emergency[MeSH Terms])) OR (Emergency Service, Hospital[Title/Abstract])	MEDLINE (Pubmed)	9
(pain) OR ("pain management") AND (nurs*) AND (emergency)	Scielo	10
("pain management") AND (nurs*) AND ("nonpharmacological") AND (intervention) AND (emergency department)	Cochrane	6
(enfermagem AND intervenções AND dor)	RCAAP	16
(dor) OR ("gestão de dor") AND (enfermagem) AND ("intervenções não farmacológicas")	LILACS	2

(pain) AND (pain management) AND (non-pharmacological interventions) AND (nurs*)	CINAHL Complete (via EBSChost)	4
--	-----------------------------------	---

Os artigos encontrados foram analisados, quanto à sua relevância por dois revisores independentes com base nas informações fornecidas pelo título e pelo resumo, não tendo sido necessário um terceiro revisor. Construiu-se um documento para a extração e outro para a síntese dos dados, alinhados com o objetivo e com questão de investigação. Ao longo de todo o processo, estes foram alvos de análise e alterados pelos investigadores em função do propósito da revisão e sempre que necessário. Após a remoção dos artigos repetidos foi iniciada a sua seleção, confirmando-se a elegibilidade dos estudos, a partir da leitura do título e do resumo dos mesmos. Os artigos que cumpriram os critérios de inclusão foram submetidos à leitura do seu texto integral. Foi construído e são apresentados na tabela 3, onde se descrevem, para cada um dos artigos, o título, os autores, o ano, o país, os objetivos, o tipo de estudo e as intervenções de enfermagem não farmacológicas capazes de contribuir para controlar a dor na pessoa no serviço de urgência.

5.2. Considerações éticas

Em todas as etapas do processo, a ética encontra-se presente desde a preocupação com a qualidade ética dos procedimentos, bem como no respeito pelos princípios e valores, ou seja desde pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, passando pela escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de recolha e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados (Nunes, 2020).

Torna-se basilar na avaliação ética de um projeto de investigação a relevância do estudo, a sua validade científica, seu recrutamento e seleção da amostra, bem como a relação risco-benefício, a revisão ética independente e a garantia de respeito dos direitos dos participantes em todas as fases de investigação (Nunes, 2020). É da responsabilidade do investigador respeitar as boas práticas de investigação científica e os princípios de honestidade e rigor académico, assegurando a correta referenciação das fontes acautelando os direitos dos autores utilizados (Nunes, 2020).

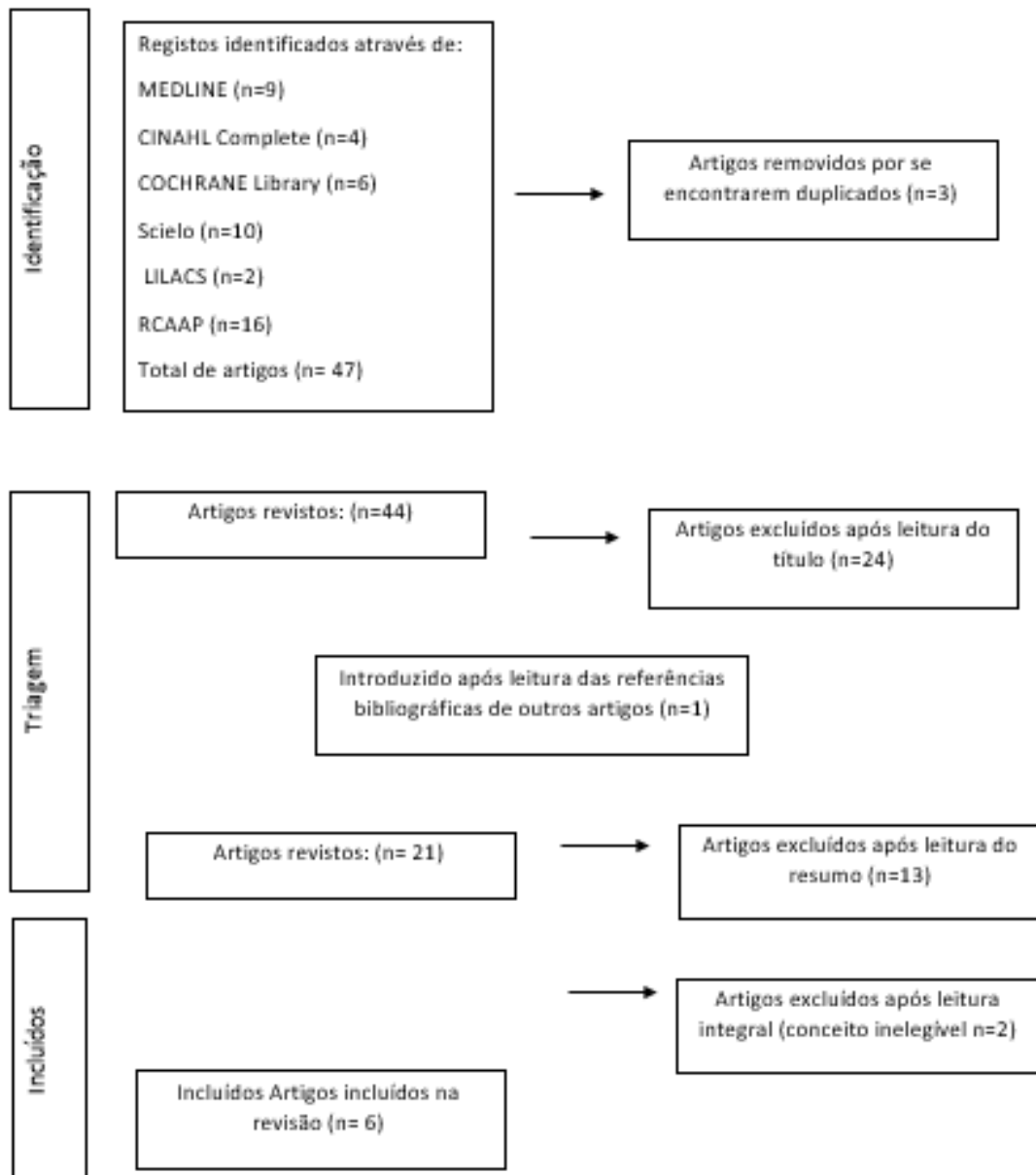
Sendo este tipo de investigação um estudo secundário, foram utilizados os estudos já publicados, procurando estabelecer conclusões a partir dos estudos primários. A exigência de cuidado e a diligência em todas as etapas deve ser mantida para minimizar os erros e evitar enviesamentos (Nunes, 2020).

O contacto direto com pessoas neste tipo de estudo é inexistente, não havendo necessidade de aprovação ética em comissões para o efeito, apenas foi solicitada a autorização à Unidade de Investigação da escola, onde se encontra descrito a responsabilidade científica do trabalho. No que concerne aos custos financeiros associados foram ausentes, devido à pesquisa ser realizada em bases de dados disponíveis na internet.

6. Resultados

O processo de seleção permitiu identificar 47 artigos. A descrição de todo o processo de seleção do estudo é apresentada segundo as recomendações do PRISMA *extension for Scoping Reviews (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses)*. (figura 1).

Figura 1: Diagrama de fluxo PRISMA-ScR



Dos 47 artigos foram removidos três artigos por se encontrarem duplicados e após a leitura do título e do resumo excluíram-se 24, por não cumprirem os critérios de elegibilidade definidos. Foi, inserido, ainda, um artigo adicional, por meio da análise às referências bibliográficas consultadas.

Após a leitura integral dos últimos 8 artigos foram excluídos dois por não abordarem o conceito em estudo (intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo de dor). Deste processo, resultaram seis artigos, tendo sido estes aqueles que foram incluídos na *scoping review* e alvo de análise pormenorizada.

De modo a assegurar o seguimento de um processo sistematizado mantendo o rigor científico e facilitar a análise dos estudos, foi construído o seguinte quadro de extração de dados.

Tabela 3 Descrição dos estudos incluídos na *Scoping Review*

Título	Autores	Ano	País	Tipo de amostra	Tipo de estudo	Objetivos	Intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo da dor no Serviço de Urgência
E ₁ : Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in emergency department patients	Kubsch, Neveau & Vandertie	2000	Estados Unidos de América	50 Doentes (38 adultos e 12 crianças)	Estudo quase experimental	Avaliar a efetividade de um protocolo específico de estimulação cutânea na redução dos níveis de dor em doentes no serviço de urgência. Determinar os efeitos da	- Estimulação cutânea (inclui massagens, pressão, vibração, calor/frio, aplicação tópica de mentol neuroestimulação elétrica transcutânea, acupuntura /acupressão).

						estimulação cutânea efeito na tensão arterial e frequência cardíaca.	
E ₂ : Pain management in trauma patients in (pre) hospital based emergency care: current practice versus new guideline	Scholten, et al.,	2014	Países Baixos	1066 Processos	Estudo exploratório, descritivo retrospectivo	- Avaliar a aplicação da <i>guideline</i> "Pain management for trauma patients in the chain of emergency care". Avaliar precocemente a dor inicial em doentes vítimas de trauma em urgência.	- Repouso/imobilização; - Crioterapia; - Aplicação de ligadura (compressão); - Elevação; - Tratamento de ferida (<i>bandage</i>);

<p>E₃: Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor</p>	<p>António, et al.,</p>	<p>2019</p>	<p>Portugal</p>	<p>260 Enfermeiros de dois serviços de urgência da região centro de Portugal</p>	<p>Estudo descritivo-correlacional de caráter psicométrico</p>	<p>Avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de calor e frio; - Técnica de distração; - Técnica de imaginação guiada - Técnica de relaxamento; - Promoção de um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade); - Ajuste do posicionamento;
<p>E₄: Comparison of cold spray and <i>shotblocker</i> to reduce intramuscular injection pain: A randomized controlled trial</p>	<p>Gürdap & Cengiz</p>	<p>2022</p>	<p>Turquia</p>	<p>195 Doentes</p>	<p>Ensaio clínico randomizado entre dois grupos experimentais</p>	<p>Comparar os efeitos do <i>Spray</i> de frio e o <i>ShotBlocker</i> na redução da dor causada por injeção</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de <i>Spray</i> de frio

						intramuscular no serviço de urgência	
E ₅ : Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência.	Afonso	2023	Portugal	9 Artigos	Revisão Integrativa, com metodologia PRISMA, sob critérios PICO	Tipificar as Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU, através de Revisão Integrativa da Literatura.	- Aplicação de calor/frio, distração, imaginação guiada, massagem, relaxamento, ambiente físico adequado, posicionamento, conforto, toque terapêutico, imobilização física em trauma;
E ₆ : Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica.	Alves	2023	Portugal	157 Enfermeiros do Serviço de Urgência Básica	Estudo quantitativo, descritivo-correlaciona, transversal	Reconhecer as Intervenções não Farmacológicas de enfermagem em Gestão do Dor em doentes em Serviço de Urgência Básica	- Aplicação de calor e frio; - Técnica de relaxamento; - Promoção de um ambiente físico adequado (luz, ruído, temperatura ambiente, privacidade);

								<ul style="list-style-type: none">- Ajuste do posicionamento;- Promoção de conforto;- Promoção do toque terapêutico;
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dos seis artigos incluídos, três são escritos em inglês e os restantes em português.

Kubsch et al. (2000) realizaram um estudo quase experimental com os objetivos de avaliar a efetividade de um protocolo específico da estimulação cutânea na redução dos níveis de dor em doentes no serviço de urgência e determinar os efeitos da estimulação cutânea na tensão arterial e frequência cardíaca. A amostra contou com 50 doentes, entre os quais 38 adultos sem qualquer toma de analgesia em <4 horas. As autoras referem que a estimulação cutânea é considerada uma intervenção complementar à terapia farmacológica no serviço de urgência, pela sua facilidade na aprendizagem e pela ausência de equipamentos especializados. O momento mais oportuno da sua aplicação é aquando da administração da medicação pois aumenta a eficácia da terapêutica. Antes da aplicação da estimulação cutânea, o nível de dor foi avaliado e registado através da Escala Numérica, bem como os valores de tensão arterial e frequência cardíaca. Com a ponta dos dedos aplicou-se uma pressão/massagem circular firme sobre o local a ser estimulado, numa área de aproximadamente de cinco centímetros de diâmetro, comprimindo a epiderme, a derme e as camadas subcutâneas da pele durante cinco minutos. Os resultados deste estudo confirmam a redução da dor, bem como os valores de tensão arterial e frequência cardíaca. As autoras salvaguardam que os resultados não podem ser generalizados devido ao tamanho reduzido da amostra e à tipologia de doentes incluídos.

Scholten et al. (2014) consultaram cerca de 1066 registos informáticos de doentes vítimas de trauma em contexto de urgência pré-hospitalar e hospitalar nos Países Baixos. A diretriz “Pain management for trauma patients in the chain of emergency care” foi criada em 2010 pela *Netherlands Association for Emergency Nurses* e fornece recomendações claras para a controlo da dor de forma precoce. Recomenda a avaliação da dor através de Escala Numérica, avaliada pelo menos em três momentos (à chegada, depois das intervenções e no final). As intervenções de enfermagem não farmacológicas em doentes com fraturas, contusões e lesões de tecidos moles devem ser realizadas de acordo com a mnemónica RICE (Repouso, Gelo, Compressão e Elevação). Foram incluídos no estudo doentes com trauma recente (<24h), idade ≥ 18 anos, considerados estáveis na mnemónica ABCDE e responsivo verbalmente (Escala de Coma de Glasgow - 14). Os autores referem que o registo realizado difere entre os contextos, nomeadamente devido à diferença dos programas informáticos e esse motivo surge como uma limitação ao estudo. O registo de tratamento não farmacológico da dor foi encontrado em menos de metade dos registos clínicos.

António et al. (2019) realizaram um estudo descritivo-correlacional de carácter psicométrico, com recolha de dados em corte transversal numa amostra não probabilística de conveniência

em dois serviços de urgência de adultos da região centro de Portugal. Este estudo incluiu 260 enfermeiros que exerciam funções no SU, excluindo enfermeiros em cargos de gestão. A “Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor” foi o instrumento de recolha de dados utilizado. Este é dividido em duas partes: a primeira elenca questões de caracterização socioprofissional e a segunda parte integra questões de avaliação relativas às práticas de enfermagem implementadas na gestão da dor nos seguintes domínios: avaliação inicial, planeamento, execução de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, reavaliação, registo e ensino à pessoa com dor. Estes itens foram avaliados através de uma escala de likert que quantifica o valor de frequência de ocorrência. O processo de construção da escala teve por base a habitual análise semântica e de conteúdo realizada por peritos com ulterior recurso ao pré-teste. Os resultados obtidos após a aplicação da escala demonstraram que, de todas as práticas de gestão da dor existentes, os enfermeiros implementaram com maior frequência as intervenções farmacológicas. No que respeita às intervenções não farmacológicas, a mais utilizada é a promoção do conforto para o controlo da dor e a menos utilizada é a técnica de relaxamento.

Gürdap et al. (2022) optaram por um ensaio clínico randomizado com dois grupos experimentais, dois grupos placebo e um grupo controlo, com o objetivo de comparar os efeitos do *spray* de frio e o *shotblocker* na redução da dor causada por injeção intramuscular no serviço de urgência. A amostra contou com 195 adultos, posicionados em decúbito ventral e em que lhes foi administrado diclofenac intramuscular. O *shotblocker* é um dispositivo em plástico em forma de “C” com pequenas saliências de um lado e de outro liso. No grupo experimental foi colocado o *shotblocker* com as saliências em contacto com a pele, pressionando contra esta e, a administração da medicação foi feita na abertura do dispositivo. No grupo placebo o *shotblocker* foi colocado com a parte lisa em contacto com a pele, mantendo a indicação de pressão e administração da terapêutica igual ao grupo experimental. No caso *spray* frio, foi aplicado por pulverização por aproximadamente cinco a quinze segundos a uma distância de vinte centímetros da área de aplicação. No grupo placebo foi utilizada água destilada em substituição do *spray* frio. Após dois minutos, foi solicitado que marcassem na Escala Visual Analógica a dor causada pelo procedimento. A utilização de *spray* frio é um método não farmacológico eficaz na redução da dor causada pela injeção intramuscular, não é invasivo, atua de forma rápida e não aumenta o risco de infeção, podendo ser aplicado em diversos procedimentos (bloqueio de nervos, cateterização venosa).

Afonso (2023) pretendeu tipificar as “Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no SU”, através de Revisão Integrativa da Literatura sob critérios PICO (P: Enfermeiros e doentes em SU, I: Intervenção Intervenções de Enfermagem C: Contexto SU, O: Resultados Gestão de dor). Emergiram 116 estudos e foram selecionados 9, tendo agrupado as intervenções de enfermagem em seis categorias: avaliação de dor e barreiras, intervenções farmacológicas, formação, intervenções não-farmacológicas e registos. As intervenções não farmacológicas mais descritas foram o posicionamento e a promoção do conforto e as menos utilizadas as imaginação guiada, a massagem e o relaxamento.

Alves (2023) realizou um estudo quantitativo, descritivo-correlacional em coorte transversal utilizando a “Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor” (António, 2019). Foram incluídos 157 enfermeiros que exerciam funções em vários serviços de urgência básica em Portugal Continental. Os resultados decorrentes da aplicação da escala demonstraram que de todas intervenções não farmacológicas a mais utilizada é a promoção do conforto para o controlo da dor, a adequação do posicionamento e a aplicação calor/frio. A menos utilizada é a técnica de relaxamento

7. Discussão

A dor é um fenómeno com uma elevada prevalência em Portugal, com custos diretos e indiretos elevados e com consequências associadas (Mota et al., 2020b).

Devido à sua subjetividade, a dor torna-se um desafio nos cuidados de saúde, necessitando de desenvolvimento e envolvimento constante por parte dos profissionais de saúde para a melhoria dos cuidados.

Os enfermeiros deparam-se diariamente com diversas situações, em que a dor é uma presença constante. O inadequado controlo da dor pode influenciar negativamente todo o processo de saúde-doença (OE, 2015c).

No âmbito das competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, e do desenvolvimento profissional, o controlo da dor torna-se foco de atenção da prática clínica do enfermeiro. A proximidade que estabelece com a pessoa doente permite de forma mais facilitadora obter ganhos em saúde. Compete ao enfermeiro reconhecer sintomas fisiológicos e emocionais, garantir o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do indivíduo e gerir ações farmacológicas e não farmacológicas de controlo e situações de sedo-analgésia (OE, 2008).

A dor é o principal motivo de procura dos cuidados de saúde no SU. Neste contexto, o contacto com o doente com dor tem início no momento da triagem. O enfermeiro que realiza a triagem torna-se o primeiro elemento que contacta com a pessoa com dor, devendo ser capaz de valorizar e interpretar a dor manifestada, de forma a atribuir-lhe prioridade. A continuidade da valorização da dor transmitida pela pessoa doente é essencial ao longo da permanência no SU. Deve ser avaliada, adequando uma escala às características da pessoa doente, em todos os turnos e sempre que se justifique (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012). A gestão diferenciada da dor releva a obrigatoriedade da sua avaliação, a existência de registos sistemáticos bem como a valorização da sua importância (Mota et al., 2020b).

Oliveira (2019) identifica inúmeras barreiras encontradas pelo enfermeiro do SU aquando da avaliação e monitorização da dor, nomeadamente, dificuldades da pessoa doente em abarcar o proveito de escalas da dor; dificuldades de comunicação entre a equipa multidisciplinar; obstáculos na monitorização da dor em pacientes com défice cognitivo, sedados, ventilados ou inconscientes; renitência das pessoas doentes na adesão terapêutica; inexistência de protocolos no SU; carência de tempo para adotar medidas não farmacológicas;

desvalorização da dor enquanto quinto sinal vital; a influência da presença de familiares na avaliação da dor e a estrutura e organização do SU. Almeida (2015) acrescenta a própria presença de dor, como barreira, uma vez que reduz o grau de atenção da pessoa e dificulta a comunicação. O estado de ansiedade da pessoa doente pode reduzir a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação, já a confusão, pode dever-se ao próprio estado fisiológico do doente (hipóxia, hipovolémia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central, alterações na alimentação e no estado de nutrição, transformações ao nível do ambiente e da rotina da pessoa doente). A escassez de tempo, o uso de linguagem técnica, o ambiente, (presença de ruído, interrupções frequentes, falta de privacidade), contribuem para a criação de dificuldade a gestão do processo de dor. Contudo, apesar destas barreiras, é imperiosa uma boa gestão e avaliação da dor das pessoas doentes, por parte dos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros (Almeida, 2015).

Na prestação de cuidados de enfermagem, as intervenções não farmacológicas são intervenções autónomas de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro. Estas podem ser divididas em três grandes grupos, as cognitivo-comportamentais, as físicas e as emocionais (OE,2008).

Nas intervenções cognitivo-comportamentais podemos recorrer ao uso de terapia cognitivo comportamental, à reestruturação cognitiva, ao treino de habilidades de *coping*, ao relaxamento com imaginação guiada e à distração que têm como objetivo ajudar a pessoa doente a alterar as suas perceções ou padrões de dor, diminuir os pensamentos negativos e aumentar a sensação de controlo, gerar pensamentos adaptativos e aumentar o foco das sensações de bem-estar, diminuindo a ansiedade, tensão e dor.

No caso das intervenções não farmacológicas físicas podemos recorrer ao uso da aplicação de frio e calor, de exercício, da imobilização, da massagem e da estimulação elétrica transcutânea (TENS). Na aplicação do frio e calor é pretendido a diminuição da inflamação e a promoção do relaxamento muscular. No uso de exercícios é desejado a promoção e recuperação muscular bem como o alongamento dos tendões. A massagem, por sua vez, facilita o relaxamento e diminui a tensão muscular. O TENS, ao aplicar corrente elétrica de baixa-intensidade, liberta substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor, com o objetivo de promover a mobilidade física. Ao contrário, a utilização da imobilização restringe os movimentos para manter o alinhamento apropriado para a recuperação pós lesão.

Por último, nas intervenções não farmacológicas de suporte emocional destacam-se podemos encontrar o conforto e o toque terapêutico. O primeiro consiste na transmissão da

sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal e o segundo trata-se de um toque sem toque corporal, onde o enfermeiro usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos. Ambas têm a finalidade de promover apoio, segurança e relaxamento através do contacto, assim como, reduzir a ansiedade e controlar a dor.

O objetivo desta *scoping review* foi mapear a evidência sobre as intervenções não farmacológicas que os enfermeiros, implementam em pessoas adultas no SU. A análise dos seis artigos incluídos permitiu identificar a relevância das intervenções não farmacológicas no controlo da dor no SU. É transversal a todos os artigos a ideia que a dor é ainda subtratada, sendo de extrema importância minimizar os efeitos negativos da mesma. O papel do enfermeiro torna-se crucial após a sua avaliação, ao aplicar as medidas farmacológicas e não farmacológicas mais adequadas a cada situação. Nos vários estudos, as intervenções não farmacológicas mapeadas integram-se nos três grandes grupos mencionados.

Os estudos de Kubsch et al. (2020), Scholten et al. (2014) e Gürdap et al. (2022) fazem alusão ao uso das intervenções não farmacológicas apenas no domínio físico, demonstrando eficácia do uso da estimulação cutânea, aplicação de frio/calor, tratamento da lesão, imobilização, elevação e compressão. Em contrapartida, nos estudos realizados em Portugal foram mapeadas intervenções não farmacológicas nos três domínios. As mais frequentes foram o suporte emocional, a promoção do conforto para o controlo da dor, a adequação do posicionamento e a aplicação de calor e frio. As menos utilizadas foram a técnica de relaxamento, a imaginação guiada e a massagem.

Apesar das intervenções não farmacológicas serem consideradas seguras, por reduzirem os efeitos secundários do uso excessivo de medicação analgésica, associadas a custos médicos menores e a uma diversidade e facilidade de uso, as intervenções farmacológicas continuam a ter mais destaque (António et al., 2019; Kia et al., 2021; Alves 2023). Este facto resulta da dificuldade na sua aplicação e na avaliação da dor que contempla a avaliação inicial, o planeamento, ensinamentos, registos e reavaliação (António et al., 2019; Becker et al., 2017; Dequeker et al., 2018). Para além desses fatores, somam-se a fadiga dos enfermeiros, a elevada afluência de pessoas doentes, a desvalorização das intervenções autónomas, a dificuldade de cooperação dentro da equipa multidisciplinar, a falta de tempo e a falta de formação como barreiras na aplicação das intervenções não farmacológicas (Zelege et al., 2021; Alves, 2023).

Mota et al. (2020) referem que a maioria dos enfermeiros relatam práticas adequadas e boas práticas na gestão da dor e apontam para a importância da formação contínua neste domínio. Contrariamente, na revisão integrativa de Afonso (2023) há evidência que os

enfermeiros não têm em conta o impacto emocional, espiritual e socioeconómico causado pela dor, baseando a sua avaliação no comportamento da pessoa doente, subestimando a sua dor.

A triagem é feita, não raras vezes, tendo por base a gravidade da patologia e não a intensidade da dor manifestada. Consideram, em boa verdade, que a estabilidade dos outros sinais vitais é indicativa de ausência da dor. A mesma autora refere que o uso de escalas validadas é essencial, sendo a mais aplicada a “Escala Numérica da Dor”, onde a pessoa doente é o principal avaliador. A reavaliação e os registos tornam-se também eles importantes para avaliar a eficácia das intervenções implementadas. A monitorização do nível de dor deve ser mantido ao longo da permanência da pessoa doente no SU e os resultados dessa reavaliação devem ser registados e transmitidos à equipa multidisciplinar. A falta de formação é considerada, também, uma barreira na aplicação de intervenções não farmacológicas. Alves (2023), em oposição a Mota et al. (2020), refere que cerca de metade da amostra do seu estudo referia não ter formação sobre a dor e a existente datava de há três anos. António (2017) descreve que, porém, 62% dos enfermeiros incluídos no seu estudo, apresentam formação específica em dor, embora, destes, 68,3% relatam que a sua formação tem mais de três anos (António, 2017).

A gestão da dor pode ser melhorada através de formação em serviço e com o envolvimento de toda a equipa, corrigindo ou minimizando as necessidades formativas dos profissionais (Uysal et al., 2021).

É fundamental para otimizar a gestão de dor no SU, a identificação e implementação de estratégias no âmbito da formação contínua e no treino de enfermeiros neste domínio. A formação deve dar primazia a questões como a avaliação da dor, utilizando-se a escala mais apropriada, caracterizar a dor quanto à intensidade, localização e duração e implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas. A sensibilização para a importância dos registos subjacentes à avaliação e controlo da dor é essencial para que os resultados positivos em saúde, afetos a este foco de atenção, sensíveis à intervenção autónoma dos enfermeiros, seja evidente.

António et al. (2017) referem que muitas pessoas doentes continuam a não ter a sua dor gerida de forma eficaz devido, essencialmente, ao não cumprimento das recomendações e a défices de formação dos profissionais de saúde na área.

Alves (2023) considera que o recurso a intervenções não farmacológicas devem ser consideradas como prioridades em coadjuvação com as intervenções farmacológicas. As

características de cada pessoa doente e a ambição de uma prática de cuidados humanizados devem ser tidas em linha de conta aquando da sua escolha.

Sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, torna-se indispensável realizar a monitorização e os registos sistematizados da mesma, numa abordagem de avaliação inicial e de reavaliação contínua, durante todo o tempo de permanência das pessoas com dor no SU.

A gestão da dor deve ser um foco de atenção na prática dos enfermeiros em geral. No particular, os enfermeiros especialistas, os cuidados de enfermagem baseados em conhecimento científico, técnico e humano aprofundado e atual, o que os torna mais capacitados para intervirem de forma mais eficiente perante a pessoa com dor no SU, ao valorizarem esferas que extravasam o corpo e, por isso, não ancorados ao modelo biomédico, e por suportarem o seu processo de conceção de cuidados, centrado nesta tipologia de pessoas, em conhecimento disciplinar de enfermagem.

A aposta na realização de estudos de investigação nesta área, desenvolvidos por enfermeiros, permitirão um contínuo crescimento da Enfermagem enquanto profissão e enquanto ciência. A atualização das suas práticas e comportamentos permite prestar mais e melhores cuidados de qualidade às pessoas doentes.

8. Conclusão

Os estudos analisados evidenciam a importância da implementação de intervenções de enfermagem não farmacológicas no controlo da dor em associação com as intervenções farmacológicas.

A dor tendo um carácter subjetivo, o seu controlo é complexo e exige um compromisso elevado por parte de todos os intervenientes. É um assunto largamente estudado, contudo a formação e a implementação de recomendações em alguns contextos ainda não se verifica. É inequívoco que os SU são as principais portas de entrada de pessoas com dor, no entanto esta é, ainda, subvalorizada e, conseqüentemente, subtratada.

A formação contínua relacionada com a avaliação e gestão da dor deve ser tida como prioritária nos planos de formação dos enfermeiros que trabalham no SU. Esta deverá ser atualizada de forma sistemática, para que os cuidados de enfermagem centrados neste foco de atenção se baseiem na melhor evidência científica.

Neste estudo de revisão foram incluídos seis artigos, tendo sido mapeadas as seguintes intervenções de enfermagem não farmacológicas: estimulação cutânea, repouso/imobilização, aplicação de ligadura, elevação, tratamento da lesão, aplicação de calor/frio, promoção de ambiente físico adequado, uso das técnicas de distração, imaginação guiada e relaxamento, ajuste do posicionamento, implementação de medidas simples de conforto e toque terapêutico.

O número de artigos incluídos no estudo não permite dar robustez ao mesmo, bem como o número reduzido de idiomas incluídos nos critérios de elegibilidade, a disparidade do número das amostras e o tipo de intervenções não farmacológicas em estudo.

Como contributo desta investigação, assume-se que a mesma possa constituir-se seja como uma mais-valia para encetar ou aprofundar a reflexão dos enfermeiros que trabalham no SU e assistem a pessoa com dor sobre a importância da implementação de intervenções não farmacológicas, além das clássicas intervenções farmacológicas. Resulta evidente que o papel do enfermeiro no controlo da dor na pessoa no SU está longe de se resumir a intervenções farmacológicas, sendo fundamental um olhar centralizado nas necessidades destas pessoas. Importa, para isso, uma correta e rigorosa avaliação da dor e a implementação, em conformidade, de intervenções de enfermagem, quer autónomas, quer interdependentes.

Os resultados poderão servir de base, ainda, ao planeamento de formação e protocolos de atuação neste domínio, com intuito de garantir a eficiência, qualidade e segurança dos cuidados prestados. Este estudo poderá constituir-se, ainda, o ponto de partida para outros desenvolvidos neste âmbito, como por exemplo, estudos centrados na eficácia das intervenções mapeadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão de enfermagem detém um corpo de conhecimentos em constante evolução, exigindo ao enfermeiro crescimento pessoal e profissional para alcançar a prestação de cuidados com a melhor qualidade e segurança.

Após a concretização da componente de estágio, a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC, foram conseguidas. A reflexão e o pensamento crítico-reflexivo foram uma constante durante o percurso de prática clínica. Os objetivos delineados e adequados a cada contexto de estágio foram alcançados, permitindo aprendizagens constantes com aumento de crescimento no âmbito pessoal e profissional. As práticas diferenciadas dos dois contextos de estágio contribuíram para várias oportunidades de aprendizagem e de partilha de experiências pessoais e profissionais.

A investigação torna-se importante, também, para o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem. O tipo de estudo desenvolvido revelou lacunas no conhecimento existente, apesar da prevalência da temática ser elevada. Neste sentido, a investigação desenvolvida pode ser benéfica para a mudança dos comportamentos dos enfermeiros que trabalham no SU, tornando a sua tomada de decisão segura, de qualidade e mais autónoma, promovendo o crescimento da profissão enquanto disciplina do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência RT14/2019*. Lisboa. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Afonso, O., & Veiga Branco, M. (2023). Intervenções de Enfermagem em Gestão de Dor no Serviço de Urgência: Revisão Integrativa da Literatura. *Servir*, 2(05). doi:10.48492/servir0205.30566
- Alvarez, B., Razente, D., Lacerda, D., Lothar, N., Von-Bahten, L., & Stahlschmidt, C.. (2016). Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vitima de trauma com mecanismos diferentes. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 43(05), 334-340. doi: 10.1590/0100-69912016005010
- Alves, S. (2023). *Intervenções não Farmacológicas de Enfermagem na Gestão da Dor em Doentes em Urgência Básica*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/28505>
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do Enfermeiro em Relação à Via Verde Trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3, 55-66. doi: 10.37914/riis.v3i1.74
- Almeida, V. (2015). A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3052/1/ALMEIDA%2C%20VeraLuciaB%20arbo%20DM.pdf>
- António, C. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1413748>
- António, C.A.S., Mota, Santos, E.J.F., Cunha, M., & Duarte, J.C. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, nº 22* 51-62. doi:10.12707/RIV19039
- Antunes, A., & Correia da Costa, M. (2022). A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Abordagem Inicial no Serviço de Urgência uma Revisão de Escopo. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE*, v.8.n.06. doi:10.51891/rease.v8i6.5946

- Arantes, R.B., Carreiro, M.A., Silva, T., Da Silva, T., Dos Santos, M., Da Silva, C., & Tavares, M. (2021). Métodos aplicados em Unidades Hospitalares para diminuir a contaminação/densidade microbiana de cortinas de privacidade. *Revista Pró-UniverSUS*, 12 (2) 21-26. doi.org/10.21727/rpu.v12i2.2700
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Internacional Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Aromataris E, M. Z. (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Bagorrihla, T. (2020). *Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico*. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Bayoumi, M., Khonji, L., & Gabr, W. (2021). Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? *PLoS One*, 16(10) doi: 10.1371/journal.pone.0258668.
- Beck, B., Smith, K., Mercier, E., Gabbe, B., Bassed, R., Mitra, B., Teague, Warwick., Siedenbug, Josine., McLellan, S. & Cameron, P. (2019). Differences in the epidemiology of out-of-hospital and in-hospital trauma deaths. *PLoS ONE*, 14(6). doi.org/10.1371/journal.pone.0217158
- Becker, W. C., Dorflinger, L., Edmond, S. N., Islam, L., Heapy, A. A., & Fraenkel, L. (2017). Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. *BMC Family Practice*, 18(1), 41. doi:10.1186/s12875-017-0608-2
- Boieiro, L., Machado, C., Aparecido, C., Conde, D., & Marques, M. (2020). Educação Sexual à Pessoa com Doença Cardíaca. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8 n^o3, 391 – 408. doi:10.24902/r.riase.2022.8(3).578.391-408
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP). https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebião, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23, 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Cartaxo, M. (2020). *Contenções mecânicas em cuidados paliativos: as perspetivas dos enfermeiros em relação ao seu uso*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de

- Medicina da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/51934/1/12708_Tese.pdf
- Costa, P. M. (2021). *Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/80838/1/Pedro%20Miguel%20das%20Neves%20Lounet%20Costa.pdf>
- Costalino, L. (2015). A Enfermagem e a Dor no Paciente na Sala de Recuperação PósAnestésica: Formas de Identificação e Contutas Interventivas. *SALUSVITA*, 34, n. 2, 231-250.
https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v34_n2_2015_art_04.pdf
- Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* 43 (1), 59-68. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31334/1/59-68.pdf>
- Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 160-171. doi:10.1111/ jan.13395
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/programa-nacional-de-controlo-da-dor-circular-pdf.aspx>
- Diário da República (2015). Despacho n.º 57/2014, de 21 de Março. Diário da República, I.ª Série - N.º 57. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Diário da República (2015). Despacho n.º 80/2015, de 14 de Maio. Diário da República, I.ª Série. <https://files.diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2015-67212743.pdf>
- Diário da República. (2017). Despacho 8977/2017, de 11 de Outubro. <https://dre.tretas.org/dre/3115692/despacho-8977-2017-de-11-de-outubro>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. *Revista Pensar em Enfermagem*, 23 (1), 21-40. doi:10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 007/2010. Guia de geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da>

dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/- orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série - N.º 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaudef.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf

Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Despacho n.º 9390/2021. Diário da República, 2.ª Série. 96-103. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/PlanoNacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Norma Via Verde do Trauma no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma 022/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A.P. & Freitas, P.T. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico – Pain and Analgesia em Critical Illness. *Revista Clínica Do Hospital Professor Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>

- Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 1-8. doi:10.12707/RIV19086
- Filus, W., Sampaio, J., Albizu, E., Marques, J., & De Lacerda, A. (2018). Percepção de equipas de trabalho sobre o ruído em pronto-socorro. *Audiology Communication Research*, 1-9. doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2014
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, Nº. 49, 32 - 48. doi: /DX.DOI.ORG/10.12795/AMBITOS
- Fortunatti, C. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm*, 306-16. doi:10.17533/udea.iee.v32n2a13
- Gonçalves, T. (2017). *O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Grupo de Trabalho Serviço de Urgência. (2019). *Relatório Grupo de Trabalho - Serviços de Urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>
- Gürdap Z, & Cengiz Z. (2022). Comparison of cold spray and shotblocker to reduce intramuscular injection pain: A randomized controlled trial. *J Clin Pharm Ther*. 47(8):1249-1256. doi: 10.1111/jcpt.13663.
- Gurrutxaga, M. (2018). Responsabilidad en los cuidados enfermeros: poniendo en el centro a la persona. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 17*, 161-170. doi.org/10.12707/RIV17108
- Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., & Azevedo, T. (2022). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular*. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/107474>
- IASP. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- International Council of Nurses (2019). Core competencies in disaster nursing: Version 2.0. <https://www.icn.ch/node/1285>
- Karnjuš, I., Prosen, M., & Ličen, S. (2021). Nurses' core disaster-response competencies for combating COVID-19—A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16 (6). doi:10.1371/journal.pone.0252934

- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). *Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. Complementary Therapies in Medicine, 58*, 102705. doi:10.1016/j.ctim.2021.102705
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydlowski, Ł., Zukowski, M., & Ely, E. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Via Médica, 49*, 66-72. doi: 10.5603/AIT.2017.0010
- Kubsch, S., Neveau, T., & Vandertie, K. (2000). Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in Emergency Department patients. *Complement Ther Nurs Midwifery, 6*(1), 25-32. doi: 10.1054/ctnm.1999.0429.
- Linders, M., Binkhorst, M., Draaisma, J., Van Heijst, A., & Hogeveen, M. (2021). Adherence to the ABCDE approach in relation to the method of instruction: a randomized controlled simulation study. *BMC Emergency Medicine 21*, 121. doi:10.1186/s12873-021-00509-0
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lopes, J., Marques, R., & Sousa, P. (2021). O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos De Saúde, 13* (2), 4-12. doi:10.34632/cadernosdesaude.2021.9565
- Marques - Reis, J., Morgado, P., & Rocha, J. (2022). Morbilidade e Mortalidade por Doenças Cardiovasculares: Revisão Sistemática dos Fatores de Risco. 81-89. Lisboa: CEG. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/57903/1/Geosaude2022_1.pdf
- Martins, D. (2017). *Cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica sob contenção física.* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Martins, A. (2018). *O Processo de Comunicação Confortador à Pessoa em Situação Crítica.* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33023/1/Ana%20Gon%C3%A7alves%20Martins.pdf>

- Martins, C. (2019). *O impacto dos cuidados especializados de enfermagem na promoção da qualidade de vida na pessoa em situação crítica*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa do Porto
- Mingote, C., Mingote, C., Ferreira, E., Sousa, M.B., & Rodrigues, M. (2024). Literacia em Saúde dos Utentes com Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. doi:10.58043/rphrc.113
- Morganheira, D., Silva, P., Pereira, R., & Ruivo, A. (2020). Preservação do Direito à Privacidade: Perceção do Doente Internado Revisão Integrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2). doi:10.24902/r.riase.2017.3(2).1000
- Mota, L., Príncipe, F., Cruz, A., & Melo, M. (2020a). Leadership roles of nurse managers from the Portuguese nurse's viewpoint. *Nursing Practice Today*, 8, 51-59. doi:10.18502/npt.v8i1.4491
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Rbeiro, R., Sobreira, S. & Pereira, S. (2020b). Gestão da Dor na Prática de Enfermagem no Serviço de Urgência. *Millenium*, 2, 269-279. doi:10.29352/mill0205e.29.00257
- Nascimento, S., Hirsh, G., Pretto, C., Colet, C., & Stumm, E. (2020). Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico no Manejo da Dor de Pacientes em Pós-Operatório Imediato. *Revista Contexto & Saúde*, 20, 102-117. doi: 10.21527/2176-7114.2020.40.102-117
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na Investigação em Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30021/1/1Relatorio%20EPIC_25set2019.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). Meio caminho andando: Relatório Primavera 2018. https://www.researchgate.net/publication/325903878_Relatorio_de_Primavera_2018_-_Meio_Caminho_Andado
- Oliveira, F. (2019). *Barreiras na monitorização da dor identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/64206>
- Oliveira, P. (2023). *A comunicação da equipa de cuidados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/46415>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). - *Guia Orientador de Boa Prática* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado e republicado pela lei n.º 156/2015 de 16 de setembro., 1-112. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf9.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril. 10087-10090. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento do Perfil de Competencias_enfermeiro_cuidados_gerais.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_enfermeiro_cuidados_gerais.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017c). Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atribuição de Responsável de Turno., 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdfM>.

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Parecer N.º 14/2018 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Alocação do

- Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de Trabalho nos Serviços de Urgência / Emergência., 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento número 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pacheco, M. (2018). *A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica Intervenção de enfermagem especializada*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27913>
- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., & Ramos, M. J. (2021). Atividade da Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos (PCIRA) do INEM, em contexto COVID-19, no ano 2020. *Life Saving*, 25-33. https://issuu.com/lifesaving/docs/revista_lifesaving_n20_redesign
- Pinto, C., Gomes, T., Pires, C., Duarte, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Fatores Preditivos de Descompensação da Pessoa em Situação no Serviço de Urgência. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde, Vol 4 Nº 2*, 19-27. doi:10.37914/riis.v4i2.147
- Pinto, A. (2022). Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada na Evidência. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43811/1/Relat%C3%B3rio_Mestrado_M%C3%A9dico-Cir%C3%BArgica_CatarinaPinto_2022_FinalPDF.pdf
- Peixoto, M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121–132. doi:10.12707/RIV16030
- Sá, F., & Henriques, H. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.26*. 109-123. doi:10.19131/rpesm.313
- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., De Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0621
- Salvador, P., Alves, K., Costa, T., Lopes, R., Oliveira, L., & Rodrigues, C. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*. pp. 01-08. doi: 10.5935/2446-5682.20210058

- Santos, P.A.F., Batista, R.C.N., Coutinho, V.R.D. & Rabiais, I.C.M. (2023). Simulación y cooperación interdisciplinaria e interinstitucional: desarrollo de competencias del estudiante de enfermería en desastres. *Escola Anna Nery* (27) 1-7. doi:10.1590/2177-9465-ean-2022-0077pt
- Scholten, A.C., Berben, S.A., Westmaas A.H., Van Grunsven, P.M., De Vaal, E.T., Rood, P.P., Hoogerwerf, N., Doggen, C.J., Schoonhoven, L. (2014) Emergency Pain Study Group. Pain management in trauma patients in (pre)hospital based emergency care: current practice versus new guideline. *Elsevier Journal Finder* 46(5):798-806. doi:10.1054/ctnm.1999.0429
- Severgnini, P., Pelosi, P., Contino, E., Serafinelli, E., Novario, R., & Chiaranda, M. (2016). Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. *Journal of Intensive Care*, 4. doi:10.1186/s40560-016-0192-x
- Soeima, S. (2021). Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76209/1/Sara%20Joana%20Ferreira%20Soeima.pdf>
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 21*, 151-158. doi:10.12707/RIV19014
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência Emocional do Enfermeiro na Abordagem ao Doente Crítico: Estudo Qualitativo. *Revista de Investigação*, 3 (2), 39-48. doi:10.37914/riis.v3i2.97
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://spci.p/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F.J., Mogil, J.S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X.J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Nacional Library of Medicine*, 1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.

- Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 12, 109-110. doi:10.34632/cadernosdesaude.2020.10287 8 Cad
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., Da Silva, J. M., & Forte, E. C. (2017). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi:10.1590/0034-7167-2017-0670
- Rodrigues, A., Gonzaléz, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção Mecânica: Perceção dos Enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 31-41. doi:10.37914/riis.v3i1.70
- Rossaint, R., Afshari, A., Bertil Bouillon, Cerny, V., Cimpoesu, D., Curry, N., Duranteau, J., Filipescu, D., Grottke, O., Grønlykke, L., Harrois, A., Hunt, B., Kaserer, A., Komadina, R., Madsen, M., Maegele, M., Mora, L., Riddez, L., Romero, C., Samama, C. M., Vivent, J. L., Wiberg, S., & Spahn, D. (2023). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. *Critical Care*, 27: 80. doi:10.1186/s13054-023-04327-7.
- Teixeira, J. M., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(10), 135-142. doi:10.12707/RIV16026
- Teixeira, A. (2022). Influência da Pandemia COVID-19 nas “Vias Verdes” AVC e Coronária no Serviço de Urgência. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141763/2/568442.pdf>
- Uysal, N. & Yilmazer, T. (2021). The Effect of Pain Management Training on the Nurses' Knowledge and Practices for Pain. *International Journal of Caring Sciences*. Vol14 581-588. https://eee.Internacionaljournalofcaringsciences.org/docs/61_yuysal_original_14_1.pdf
- Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Evidências em Saúde Mental: Da Conceção à Ação*. Escola Superior de Saúde de Leiria: Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4782/3/Texto_Fasc%C3%ADculo%20final_%20Atividade%20Psicomotora%20e%20Comportamento%20agressivo%20%281%29.pdf

Vieira, T., Sakamoto, V., Moraes, L., Blatt, C., & Caregnato, R. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(Suppl 5). doi:10.1590/0034-7167-2020-0050

WHO. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Zelege S, Kassaw A, Eshetie Y. Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PLoS One*. 2021 Jun 15;16(6) doi: 10.1371/journal.pone.0253086.

ANEXOS

**ANEXO I: Protocolo de administração de antipirético no posto de
triagem**

		Procedimento Técnico de Enfermagem	Protocolo _____
		Administração de antipirético por febre no posto de triagem	Página 1 a 5
Elaborado		Aprovado	
Data	Assinatura	Data	Assinatura

1. INTRODUÇÃO

A temperatura corporal é um dos cinco sinais vitais a avaliar pelos Profissionais da Saúde, de forma sistemática e correta, durante o processo de colheita de dados. Trata-se de uma variável fisiológica, que monitorizada com rigor, nos dá o estado térmico da pessoa. O conhecimento do seu valor orienta os profissionais de saúde para as medidas a tomar para a sua manutenção, prevenção e controlo da sua descida (AESOP, 2017).

A febre é um sinal e não uma doença, surge como resposta a variados tipos de agressões à homeostasia corporal e, em especial, à invasão por múltiplos agentes infecciosos, funcionando como um dos mecanismos de defesa contra essas infeções (DGS, 2018).

A maioria dos estados febris são autolimitados e de baixo risco. Contudo, a febre induz desconforto e pode acompanhar situações que requerem avaliação clínica. A monitorização da febre permite uma intervenção terapêutica precoce de forma a melhorar o estado da pessoa doente e a evitar complicações.

Nas últimas duas décadas, o tema da segurança tornou-se uma questão central em muitos países europeus e noutros a nível mundial (Mendes et al., 2014). Algumas organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *Joint Commission* (órgão responsável pela certificação da qualidade e segurança nos cuidados médicos de hospitais), têm desenvolvido iniciativas para apoiar as estratégias nacionais e internacionais com a finalidade de melhoria da segurança do paciente (Castro-Hernandez et al., 2013).

Assim, com o presente protocolo pretende-se adotar boas práticas de enfermagem como resultado de consenso técnico-científico, de forma a uniformizar a prática e tomada de decisão garantindo a segurança na assistência à pessoa doente e evitando incidentes.

2. OBJECTIVO

Definir a norma para a administração de antipirético no posto de triagem e outras áreas do Serviço de Urgência onde a pessoa doente ainda não tenha sido observada.

3. ÂMBITO

Este documento aplica-se a todos os profissionais de enfermagem que desempenhem funções no Serviço de Urgência, de forma a promover e assegurar o desenvolvimento de boas práticas clínicas no âmbito do Cuidados e Registos de enfermagem no que concerne à avaliação e monitorização da febre.

4. DEFINIÇÕES

A Temperatura, enquanto sinal vital, deve ser rigorosamente medida e registada. No indivíduo saudável a amplitude térmica individual ao longo da vida varia entre 1,0°C e 2,0°C (+1,0°C dum valor médio). A temperatura pode ser medida com termómetros digitais, de vidro com coluna líquida de galinstan (liga composta por gálio, índio e estanho – stannum em latim) ou de infravermelhos (à distância ou de contacto). A temperatura corporal varia ao longo do dia sendo mais elevada entre as 16 e as 21 horas e mais baixa (0,5-1°C) entre as 03 e as 08 horas.

A Febre é a elevação da temperatura corporal de $\geq 1^\circ\text{C}$ acima da média da temperatura basal individual. Na ausência do conhecimento sobre a temperatura basal individual, considera-se febre perante os seguintes valores medidos de temperatura:

- Retal $\geq 38^\circ\text{C}$
- Axilar $\geq 37,6^\circ\text{C}$
- Timpânica $\geq 37,8^\circ\text{C}$
- Oral $\geq 37,6^\circ\text{C}$

Por exemplo, se o indivíduo tem temperaturas axilares basais que variam de 36,1°C a 37,1°C (média 36,6°C), deverá considerar-se como febre um valor igual ou superior a 37,6°C. Deve fazer-se o mesmo raciocínio para os restantes métodos.

A Hipertermia resulta do aquecimento corporal por aquisição de calor proveniente de fontes externas, excessiva produção (exercício físico, hipertiroidismo,) ou remoção inadequada de calor (excesso de roupa), sem interferência no centro termorregulador (CTR). Na hipertermia apenas está indicado fazer-se arrefecimento físico (sem uso de antipiréticos).

Os Antipiréticos, são fármacos com propriedades farmacológicas capazes de baixar a febre, ao diminuírem o limiar da ativação do termostato biológico do CTR hipotalâmico, interferem com o ciclo da febre, diminuindo o pico máximo da temperatura, mas sobretudo acelerando a sua descida.

5. METODOLOGIA

Intervenções de enfermagem

- Monitorizar temperatura corporal;

Temperatura timpânica: avalia-se com termómetro de deteção de raios infravermelhos. A sonda deve ser orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo. Devem ser sempre realizadas 3 determinações seguidas e deve adotar-se o valor medido mais elevado.

- Administração Terapêutica

Admite-se como procedimento a seguir, a administração de paracetamol 1gr PO, a todos as pessoas doentes admitidas na triagem com temperatura timpânica \geq a 38°C.

Excetuam-se as seguintes situações:

- Pessoas doentes triadas para a área cirúrgica;
- História de vómitos ou via oral indisponível;
- História de alergia conhecida ao paracetamol;
- Toma prévia de paracetamol há menos de 6h.

Assegurar a inexistência de alergias e a toma prévia de antipiréticos.

Em caso de alergia conhecida e de toma de paracetamol há menos de 6h, poderá ser administrado Ibuprofeno 400mg PO.

- Iniciar medidas simples de arrefecimento corporal:
 - Executar técnica de arrefecimento natural;
 - Incentivar ingestão de líquidos.

- Registo de Enfermagem

Efetuar em notas de enfermagem a terapêutica administrada e todas as intervenções realizadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente protocolo poderá ser iniciado nas diferentes áreas, se a pessoa doente ainda não tiver sido observada e em situação de surgimento de febre. Neste caso deve ser dado conhecimento ao médico da área.

Na presença de qualquer dúvida quanto à adequação da administração do fármaco, deve-se consultar o Médico da respetiva área.

O presente documento é um protocolo específico que deverá ser enquadrado no protocolo Triagem de Manchester.

Para uniformização e continuidade de qualidade dos cuidados de manutenção, devem fazer-se registos sempre após cada avaliação de temperatura.

7. BIBLIOGRAFIA

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2017). Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. Disponível: <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>;
- Castro-Hernandez, F., Zavala-Suárez, E., Ramirez-Hernandez, C., & Villela-Rodriguez, E. (2013). Identificación de las medidas de seguridad aplicadas de por enfermería en un hospital segundo nivel. *Revista Conamed*, 18, 59-65;
- Ferreira, C. A., Pereira, C. O., Santos, D. H., Borges, J. D., & Batalha, L. M. (2022). Medição da temperatura corporal em crianças: Estudo comparativo entre o método de medição axilar e timpânico. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21008. Disponível: <https://doi.org/10.12707/RV21008>;
- Mendes, C., Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2):197–205;
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS), (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Norma nº 014/2018 de 03/08/2018. Disponível: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>;
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS), (2018). Febre na Criança/jovem - Folheto Informativo para Cuidadores e Cuidadores. Portugal; Disponível: http://criancaefamilia.spp.pt/media/128730/Folheto_febre_DGS.pdf;
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Orientação nº 004/2018, de 3 de agosto de 2018. Disponível: https://www.sip-spp.pt/media/rhlp2c3s/febre-definic-a-o-medic-a-o-e-ensino-aos-familiares_cuidadores-2018-dgs.pdf;
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Orientação nº 005/2018 de 3 de agosto de 2018. Disponível: <https://www.sip-spp.pt/media/ow3jjffa/febre-cuidados-e-registos-de-enfermagem-2018-dgs.pdf>;

- Pimentel, Maria Helena (2001). A febre como um sinal ou sintoma. Sinais Vitais. ISSN 0873-5689. 34, p. 40-44;
- Thomas, Clayton L.; Dicionário Médico Enciclopédico Taber Lusodidacta, Edições de Qualidade, 17' Ed., Lisboa, 2000;
- Walsh, K., & Schub, T. (2018). Tympanic (Ear) Temperature: Taking. NURSING PRACTICE & SKILL. Diane Pravikof.

ANEXO II: Instrução de trabalho: cuidados de Enfermagem na Colocação e Manutenção do Cateter Vascular Central

		CÓDIGO QR	TIPO DE DOCUMENTO: INSTRUÇÃO DE TRABALHO
5.4.2023 Analisado			CÓDIGO DO DOCUMENTO: IT.GCL-PPCIRA.007.00
NOME: Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central			
ELABORADO POR: Mariana Matias,	PARECER DE:		
REVISTO POR:	APROVADO POR: Conselho de Administração Reunião de C.A. N.º 133 de 06/04/2023 (Presidente do C.A.) (Vice-Prs. do C.A.) (Enfermeira Diretora)		
DATA: março 2023	(Enfermeiro Clínico)		
DATA PREVISTA DA PRÓXIMA REVISÃO: 2026			
RESPONSÁVEL: Direção de Enfermagem; PP-CIRA	Doc. Revogados:		

Palavras Chave: Cateter Vascular Central / Cuidados de Enfermagem / Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

Objetivo

- Uniformizar o procedimento dos cuidados de enfermagem na colocação e manutenção do cateter vascular central;
- Melhorar a qualidade da prestação de cuidados na perspetiva de prevenção e controlo de infeção;
- Padronizar os registos de enfermagem relativos ao cateter vascular central.

Âmbito

Aplica-se a todos os profissionais de Enfermagem que prestam cuidados na colocação e manutenção de cateter vascular central em doentes com idade superior a 2 anos.

Documentos de Referência

- CHBV - Instrução de trabalho IT.GCL-PPCIRA.006.00 – Antissépsia da pele e mucosas. 02/02/2023
- Dantas, G., Oliveira-Figueiredo, D., Nobre, A. & Pimentel, E. (2017). Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infeções de corrente sanguínea. Revista de enfermagem UFPE on line. 11(10). 3698-3706. doi:10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201701
- DGS, NORMA CLÍNICA: 022/2015 de 16/12/2015, atualizada 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções” para Prevenção da Infeção Relacionada com Cateter Vascular Central
- DGS, NORMA CLÍNICA: 007/2019 de 16/10/2019 – Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde
- Gorski, L., Hadaway, L., Hagle, M., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., ... Alexander, M. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice (Vol.44). Infusion Nurses Society. Doi: 10.1097/NAN.0000000000000396
- Kolikof, J., Peterson, K., & Baker, A. (2022). Central Venous Catheter. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). Obtido em Fevereiro de 2023, de www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557798/#lpo=97.8261
- Sousa, P., Lebre, A., Taborda, A., Bispo, A., Câmara, M., & Rodrigues, S. (2018). Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Resistência aos Antimicrobianos: Conhecer Mais Para Intervir Melhor. OPSS
- Uemura, K., Inoue, S., & Kawaguchi, M. (2018). A aplicação desnecessária de caracterização venosa central em pacientes cirúrgicos. 68 (4), pp. 336 – 343. Doi:https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.006

Definições e Abreviaturas

Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde e que pode, em simultâneo, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade.

CVC: Cateter Vascular Central

CDH: Clorohexidina



NOME: Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central no

IT.GCL-PPCIRA.007.00

DGS: Direção Geral da Saúde
 IACS: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
 INCS: Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
 SABA: Solução Antisséptica de Base Alcoólica

Descrição


As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento das resistências aos antimicrobianos são um problema de saúde pública a nível mundial. Estima-se que em cada cem doentes internados em hospitais, sete nos países desenvolvidos e dez nos países em desenvolvimento, adquiram pelo menos uma infeção no decurso do episódio de internamento, classificando este tipo de infeções uma das principais ameaças à segurança do doente e à qualidade dos cuidados.

A inserção de um cateter vascular central é um procedimento frequentemente utilizado em doentes críticos que permite a administração de volume, de medicação vasoativa bem como realização de diálise ou monitorização avançada. Porém, pode acarretar complicações quer locais quer sistémicas, de origem mecânica, química ou infecciosa, que tendem a aumentar o tempo de internamento dos doentes, consequentemente os custos associados ao tratamento e a mortalidade.

As Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), destacam-se nas IACS como sendo das infeções mais identificadas nos serviços de cuidados ao doente crítico, em muito justificado pelo uso frequente de dispositivos invasivos, nestas unidades. No entanto, podem ser reduzidas bastando para isso a aplicação de um conjunto de medidas, consideradas de baixa complexidade e baixo custo, tais como a uniformização de normas para a inserção e manutenção do cateter vascular central.

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A COLOCAÇÃO CATETER VASCULAR CENTRAL:

- ✓ Cateter vascular central com o número mínimo de lúmens adequado à situação do utente;
- ✓ Bata esterilizada;
- ✓ Luvas Esterilizadas (3);
- ✓ Touca;
- ✓ Máscara Cirúrgica;
- ✓ Kit Subclávia;
- ✓ Compressas esterilizadas 10*10 (2);
- ✓ Compressas esterilizadas 10*15 (1);
- ✓ Campo cirúrgico 220X280cm com orifício;
- ✓ Cobertura de mesa instrumental 150X190cm;
- ✓ Gel condutivo estéril;
- ✓ Cobertura estéril para cabo de ecógrafo;
- ✓ Ampola de Lidocaína 20mg/ml - 5ml;
- ✓ Cloreto de Sódio 0,9% 100ml;
- ✓ Transfer de soros;
- ✓ Taça esterilizada (1);
- ✓ Solução de CDH a 2% em álcool;
- ✓ Seda 2.0;
- ✓ Seringas de 10ml (2);
- ✓ Agulha Romba para preparação de fármacos sem filtro;
- ✓ Agulha Intramuscular;
- ✓ Resguardo (1);
- ✓ Obturador para cada lúmen;
- ✓ Penso impermeável para cateter;
- ✓ Campo esterilizado para proteção de lúmen;
- ✓ Contentor de resíduos do Grupo II, III e IV

		<p>NOME: Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central no</p>	<p>IT.GCL-PPCIRA.007.00</p>
COLOCAÇÃO CATETER VASCULAR CENTRAL			
Intervenções de Enfermagem		Observações	
Confirmar a identificação do utente através da pulseira de identificação;		De acordo com a IT.GRL.002.03.	
Explicar o procedimento ao utente, de acordo com a sua situação clínica (identificar barreiras à comunicação);		Procedimento esclarecido anteriormente pelo médico e assinado Consentimento Informado. Avaliar o conhecimento do utente sobre o procedimento e esclarecer dúvidas.	
Providenciar a preparação e transporte do material necessário;		Utilizar a mesa de procedimentos disponível para o efeito.	
Higienizar as mãos e colocar equipamento de proteção individual.		Utilizar bata, touca, máscara cirúrgica durante todo o procedimento e usar luvas de acordo com as orientações.	
Posicionar o utente de acordo com a área a ser puncionada e dispor a unidade por forma a facilitar o procedimento;		<p>Veia Subclávia – decúbito dorsal com a colocação de um rolo na região subescapular;</p> <p>Veia Jugular – decúbito dorsal e cabeça lateralizada para o lado contrário ao que vai ser puncionado;</p> <p>Veia Femoral – decúbito dorsal</p> <p>Devem ser retirados todos os materiais da unidade do doente que possam interferir com o procedimento (ex: equipamentos de infusão, suportes cama, ...)</p>	
Realizar tricotomia (se aplicável)		A remoção de pelos deve ser realizado com critério (sudorese intensa, excesso de pelos, entre outros), utilizando máquina de tricotomia.	
Expor a área a puncionar e colocar um resguardo sob o utente;		Selecionar como local de inserção a veia subclávia ou veia jugular interna de forma a minimizar o risco de infeção.	
Realizar antisepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool, com técnica assética, utilizando luvas esterilizadas		<p>Se a pele se encontrar visivelmente suja deve primeiramente ser lavada com água e sabão, de seguida passar compressa com soro fisiológico deixar secar e só depois aplicar a solução antissética.</p> <p>Deixar secar a solução antissética de acordo com as recomendações (<u>Jugular e subclávia</u> – 30 segundos; <u>femoral</u> – 2 minutos)</p> <p>Em caso de alergia à CHD pode-se utilizar propanol + cloreto de benzalcónio (Cutasept*), octenidina (Octiset*) ou iodopovidona.</p>	
Colaborar com o médico na colocação das precauções de barreira máximas (bata, luvas, touca e máscara)		Fricção das mãos e antebraços com SABA ou com sabão antissético, cumprindo a técnica de preparação pré-cirúrgica.	
Colaborar com o médico na preparação da mesa e na colocação dos campos cirúrgicos.		O campo cirúrgico deve cobrir a maior parte da superfície corporal do utente e deve ser fixo por forma a garantir que o mesmo fique confortável.	
Vigiar estado hemodinâmico do utente durante o procedimento			
Executar o tratamento ao local de inserção do cateter vascular central com uso de técnica assética, utilizando luvas esterilizadas ou utilizando kit de penso		<p>Limpar o local de inserção do cateter com a solução antissética de CHD 2% em álcool ou octenidina (Octiset*).</p> <p>Utilizar penso estéril transparente. Caso o utente se apresente diaforético ou se o local de inserção estiver sangrante usar um penso estéril com compressa.</p>	



NOME: Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central no	IT.GCL-PPCIRA.007.00
---	----------------------

Desinfetar os pontos de acesso por fricção durante 15 segundos, deixar secar e substituir as tampas dos lúmens por obturadores.	O antisséptico a utilizar deve ser a CHD 2% em álcool, octenidina (Octiset®) ou propanol + cloreto de benzalcónio (Cutasept®), utilizando técnica <i>no-touch</i> .
Conectar as perfusões de acordo com a prescrição	Todos os sistemas de perfusão já em uso em acessos venosos periféricos não poderão ser conectados ao CVC, terão de ser substituídos por novos sistemas.
Proteger os lúmens com o campo esterilizado	
Posicionar o utente confortavelmente	
Providenciar a recolha, arrumação do material e triagem de resíduos	Efetuar a triagem de resíduos de acordo com o PR.GAS.004.01 Enviar material cirúrgico para a esterilização.
Efetuar o registo no processo do utente	De acordo com a tabela de registos presente nesta instrução de trabalho.

MANUTENÇÃO DO CATETER VASCULAR CENTRAL	
Intervenções de Enfermagem	Observações
Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC	Documentar o motivo da manutenção do cateter através da validação da intervenção "Otimizar cateter venoso central", bem como o cumprimento da Norma Clínica 022/2015 atualizada a 29 agosto 2022
Inspecionar diariamente o local de inserção	Remover imediatamente o CVC em caso de sinais de infeção.
Desinfetar os pontos de acesso do CVC (face externa do(s) lúmen(s), conexões diretas do cateter, torneiras com tampas e conetores de infusão) com antisséptico diariamente e mudar o campo esterilizado que envolve os lúmens	Utilizar técnica <i>no-touch</i> nos pontos de acesso ao mesmo. Descontaminar com material de uso único e estéril, com CHD 2% em álcool, ou octenidina (Octiset®), por fricção durante 15 segundos e deixar secar antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril
Desinfetar por fricção durante 15 segundos, com CHD 2% em álcool, ou octenidina (Octiset®) todos os pontos de acesso ao sistema de perfusão, sempre que acedidos	O acesso aos sistemas de perfusão só poderá ser feito com dispositivos estéreis; No caso dos pontos de acesso com tampa, remover a mesma e aplicar sempre uma nova tampa estéril.
Manter a permeabilidade do acesso vascular através da utilização de uma infusão contínua.	Nos doentes que não apresentam soroterapia prescrita manter o CVC com cloreto de sódio 0,9% a 3ml/h.
Realizar uma vez por turno <i>flush</i> no lúmen utilizado para infusão contínua de soroterapia	Técnica "Push-Pause": utilizar uma seringa com 10ml de cloreto de sódio 0,9% e administrar em impulsos (lentamente) de 1ml, intervalando com pequenas pausas. Terminado este procedimento clampar o lúmen e só depois remover a seringa, garantindo pressão positiva no lúmen.

NOME: Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central no	IT.GCL-PPCIRA.007.00
--	----------------------

Nos lúmens salinizados sempre que utilizados de forma intermitente realizar a técnica "Push-Pause" após a sua utilização.	Salienta-se que após colheitas de sangue, administração de sangue e hemoderivados ou emulsões lipídicas, a técnica "Push-Pause" deve também ser realizada.
Proceder à substituição dos componentes dos sistemas de perfusão de acordo com o recomendado.	<u>Conjuntos</u> utilizados em perfusão contínua: a cada 96h; Sistemas para administrar sangue, hemoderivados, ou emulsões de gordura: a cada 24h; Sistemas de administração de propofol: a cada 6 a 12h
Realização do penso com técnica asséptica, se justificável	O local de inserção deve ser mantido limpo e sem sangue. Mudar o penso se este se apresentar visivelmente sujo, com sangue ou descolado ou de 7 em 7 dias no caso do penso transparente e 2 em 2 dias no caso do penso com compressa.
Realizar registos no processo do utente	De acordo com a tabela de registos presente nesta instrução de trabalho.

Subentenda-se que durante a realização de todas as intervenções acima descritas está inerente a Higienização das Mãos de acordo com a Norma 007/2019 "Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde".

Registos de Enfermagem

Atitude Terapêutica	Intervenções associadas / Horários
Cuidados ao cateter venoso central	<ul style="list-style-type: none"> Remover cateter central (SOS) Otimizar cateter venoso central (s/horário) <i>Especificação: Localização</i> <i>Definir Normas: Selecionar o motivo da colocação/manutenção do CVC e a NORMA CLÍNICA:022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 "Feixes de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central</i> Vigiar local de inserção do cateter (s/horário) <i>Especificação: CVC Localização</i> Vigiar penso do cateter (s/horário) <i>Especificação: CVC Localização</i> Executar tratamento ao local de inserção do cateter central (Penso transparente: 7 em 7 dias às 10h; Penso com compressa: 2 em 2 dias às 10h) <i>Especificação: Localização</i> Trocar dispositivos de perfusão (4 em 4 dias às 10h)

Indicadores

Por forma a dar resposta aos indicadores de qualidade no que aos cuidados de enfermagem na colocação e manutenção do cateter vascular central diz respeito, é essencial a aplicação de um instrumento de auditoria interna. Este instrumento encontra-se em anexo (Anexo I).

O enfermeiro designado pelo Enfermeiro Gestor, realiza a auditoria trimestralmente, o que implica a observação direta e a análise dos registos em SClínico, aplicando a lista de verificação para os critérios definidos. A avaliação é obtida através da taxa de conformidade, em que:

$$\text{Taxa de conformidade} = (\text{n}^{\circ} \text{ de respostas SIM} / \text{total de respostas aplicáveis}) \times 100$$

Os resultados são comunicados à equipa, através da pasta partilhada/formação e email, caso seja necessário serão implementadas medidas de melhoria.

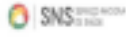
Responsabilidades

Equipa de Enfermagem do Serviço

Anexo I – Instrumento de Auditoria Clínica Interna

Colocação do cateter vascular central			
Serviço de Cardiologia			
Equipa de Auditoria:	Data:		
Critérios	SIM	NÃO	NA
Há evidência de que é avaliada a necessidade de colocação de CVC, selecionado o CVC com número mínimo de lúmens adequado à situação do utente			
Há evidência de que é realizada Higiene das Mãos nos momentos preconizados durante a colocação do CVC (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde)			
Há evidência de que é cumprida a barreira de proteção máxima na colocação do CVC			
Há evidência de que foi realizada antisepsia da pele com clorexidina (CHD) a 2% em álcool (nas situações em que não há contraindicação clínica), com o tempo de fricção e secagem recomendadas, utilizando luvas esterilizadas			
Há evidência de que é evitado o acesso Femoral (justificação em diário da escolha pelo femoral caso ocorra)			
Existe evidência de que é utilizada técnica assética na realização do penso			
Subtotal			
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE			

Manutenção do cateter vascular central			
Serviço de Cardiologia			
Equipa de Auditoria:	Data:		
Critérios	SIM	NÃO	NA
Há evidência de que é avaliada diariamente a possibilidade de remoção do CVC			
Há evidência de que é realizada Higiene das Mãos antes de manipular o CVC			
Há evidência de que são descontaminados os pontos de acesso com octenidina ou álcool a 70º, por fricção de 15 segundos e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril			



NOME: Cuidados de Enfermagem na colocação e manutenção do Cateter Vascular Central no	IT.GCL-PPCIRA.007.00
---	----------------------

Há evidência de que é mantida a permeabilidade do acesso vascular através da utilização de uma infusão contínua			
Há evidência de que é realizada uma vez por turno um flush utilizando a técnica "Push-Pause"			
Há evidência de que se procede à substituição dos componentes dos sistemas de perfusão de acordo com o recomendado.			
Existe evidência de que é utilizada técnica asséptica na realização do penso			
Existe evidência do registo do motivo de cateter vascular central Orientação: Critério auditado através das intervenções de enfermagem "Otimizar cateter venoso central"			
O processo tem evidência do cumprimento da NORMA CLÍNICA:022/2015 atualizado 29 de agosto de 2022 "Feixes de intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionado com Cateter Venoso Central			
Subtotal			
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE			

