



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

Joana Isabel Trindade Carvalho

Orientação: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

Joana Isabel Trindade Carvalho

Orientação: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



A dúvida é o princípio da sabedoria.

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Quero deixar o meu profundo agradecimento a todos os que me ajudaram na realização deste trabalho, nomeadamente:

Ao Hospital Infanta Cristina, à ULSNA, EPE, e aos enfermeiros Óscar Rina, João Meira e Luís Rodrigues pela disponibilidade e colaboração nos estágios;

À minha equipa de Enfermagem, Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, ULSNA, EPE, por colaborarem, ajudarem e encorajarem;

Ao professor Doutor Adriano Pedro pela dedicação e tutoria, pelas horas que despendeu, pelas conversas e pela ajuda;

À minha família e amigos pela ausência enquanto fui estudante;

Aos colegas de turma pelas experiências partilhadas, pelo convívio e jantares. Ao João, à Mila e ao Ricardo por se terem tornado amigos.

Aos meus pais, Ana e João, por nunca me deixarem cair e pelo seu amor incondicional, e ao André por fazer do longe perto, por acreditar em mim e estar sempre presente;

Agradeço ainda e especialmente a todas as pessoas a quem prestarei cuidados, são elas que me fazem continuar.

Obrigado!

RESUMO

A DGS define a dor como o 5º sinal vital e afirma que um controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais, um direito dos doentes e fundamental para a humanização dos cuidados. Pela subjetividade que apresenta, a avaliação da dor torna-se um dos maiores desafios profissionais dos enfermeiros. A Behavioral Pain Scale é uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo e avalia a dor pela observação comportamental do doente.

Atendendo a uma metodologia de projeto, através de formação em serviço à equipa de Enfermagem, pretende-se implementar a BPS no serviço UCIDEM. Verifica-se que a contribuição do enfermeiro é fundamental na melhoria contínua dos cuidados e do exercício profissional da classe, pela capacidade de identificação de necessidades e de desenvolvimento de planos estratégicos.

A certificação de competências pretende atestar a aquisição de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades mobilizadas ao longo deste projeto.

Palavras-chave: Metodologia de projeto; Enfermagem; Avaliação da Dor; Behavioral Pain Scale

EVALUATION AND MONITORING OF PAIN IN VENTILATED AND SEDATED PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT: BEHAVIORAL PAIN SCALE

The DGS defines pain as the 5th vital sign and affirms that effective pain control is a duty of the professionals, a patients right and fundamental for the humanization of care. By its subjectivity, the evaluation of the pain becomes one of the greater professional challenges of the nurses. Behavioral Pain Scale is a numerical scale for assessing pain in the noncommunicative patient and evaluates pain from behavioral observation of the patient.

Based on a project methodology, through training in service to the Nursing team, it is intended to implement the BPS in the UCIDEM service. It is verified that the contribution of the nurse is fundamental in the continuous improvement of the care and the professional exercise of the class, the ability to identify needs and develop strategic plans.

The competency certification aims to attest to the acquisition of a set of knowledge, skills and abilities mobilized throughout this project.

Key-words: Project methodology; Nursing; Pain Assessment; Behavioral Pain Scale

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AACN – American Association of Critical-Care Nurses

APA – American Psychological Association

BIS – Bispectral Index System

BPS – Behavioral Pain Scale

BPS-IP – Behavioral Pain Scale-Intubated patients

CESE - Curso de Estudos Superiores Especializados

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

ECTS – European Credit Transfer System

EEEMPCPS – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica

FC – Frequência Cardíaca

GOBPD – Guia orientador de boa prática acerca da dor

IASP – International Association for the study of Pain

INVOS – In vivo Optical Spectroscopy

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da dor

PQCEOE – Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPQCEEPSC – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SES – Servicio Extremeño de Salud

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TISS28 – Therapeutic intervention scoring system-28

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI2 – Unidade de Cuidados Intensivos 2

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

ULSNA – Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano

ULSNA, EPE – Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano, Entidade Público Empresarial

VAS – Visual Analog Scale

VMER – Viatura médica de emergência e reanimação

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. Teorias de Enfermagem	18
1.2. Modelo de Sinergia	24
1.3. Teoria do Conforto.....	33
1.4. A dor.....	37
1.5. Behavioral Pain Scale	43
1.6. Evidência Científica na área da avaliação da dor.....	45
2. ESTÁGIOS	56
2.1. Estágio 1.....	56
2.1.1.UCI2: Caracterização do local de estágio – Hospital Infanta Cristina, Badajoz.....	57
2.1.2. UCI2: Espaço físico	57
2.1.3.UCI2: Funcionamento do serviço	68
2.1.4.UCI2: Recursos humanos e metodologia de trabalho	58
2.1.5. UCI2: Objetivos de estágio	61
2.2. Estágio Final	61
2.2.1.UCIDEM: Caracterização do local de estágio – Hospital Doutor José Maria Grande, Portalegre	62
2.2.2.UCIDEM: Contexto global.....	64
2.2.3.UCIDEM: Espaço Físico.....	65
2.2.4.UCIDEM: Funcionamento do serviço	66
2.2.5.UCIDEM: Recursos humanos e metodologia de trabalho.....	66
2.2.6.UCIDEM: Objetivos de estágio	67
2.2.7.SU: Caracterização do local de estágio	68
2.2.8.SU: Espaço físico.....	69
2.2.9.SU: Funcionamento do serviço	71
2.2.10.SU: Recursos humanos e metodologia de trabalho	71
2.2.11.SU: Objetivos de estágio	72
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO UCIDEM	74
3.1. Diagnóstico de situação	76
3.2. Definição de objetivos	81

3.3. Planeamento.....	82
3.4. Execução e avaliação	85
3.5. Divulgação de resultados.....	89
4. REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS	94
4.1. Competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista.....	96
4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica.....	109
CONCLUSÃO	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

ÍNDICE DE ANEXOS

	p.
ANEXOS	CXXVI
ANEXO 1 – Comprovativo de autorização ao projeto pela Comissão de Ética da ULSNA	CXXVII
ANEXO 2 – Comprovativos de autorização ao projeto pela Comissão de Ética da Universidade de Évora	CXXXI
ANEXO 3 – Comprovativo de participação no evento “Doente Crítico 2017”	CXXXIII
ANEXO 4 – Comprovativo de participação no simpósio “20º Simpósio Anual de Doenças Renais”	CXXXV
ANEXO 5 – Comprovativo de participação nas “III Jornadas da Urgência”	CXXXVII
ANEXO 6 – Comprovativo de participação no workshop “Interpretação de traçados de ECG”	CXXXIX
ANEXO 7 – Comprovativo de apresentação de poster “Triagem de Manchester – a afluência desmedida aos serviços de Urgência”	CXLI
ANEXO 8 – Comprovativo de apresentação de poster “Suporte Básico de Vida com DAE”	CXLIII

ÍNDICE DE APÊNDICES

	p.
APÊNDICES	CXLV
APÊNDICE 1 – Tabelas descritivas dos artigos obtidos	CXLVI
APÊNDICE 2 – Objetivos de estágio UCI2	CLII
APÊNDICE 3 – Objetivos de Estágio Final entregues durante o estágio UCIDEM	CLXVII
APÊNDICE 4 – Plano de Intervenção do projeto	CXCVI
APÊNDICE 5 – Artigo científico realizado durante o Estágio Final	CXCVIII
APÊNDICE 6 – Pedido de autorização à enfermeira-chefe do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas	CCXVI
APÊNDICE 7 – Pedido de autorização ao diretor do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas	CCXVIII
APÊNDICE 8 – Pedido de autorização à Administração da ULSNA, EPE, para realização do projeto nesta instituição de saúde	CCXX
APÊNDICE 9 – Pedido de parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora para realização de projeto	CCXXII
APÊNDICE 10 – Cronograma de atividades do projeto	CCXXVI
APÊNDICE 11 – Plano de sessão de formação.....	CCXXVIII
APÊNDICE 12 – Apresentação utilizada na sessão de formação.....	CCXXX
APÊNDICE 13 – Questionário de avaliação da sessão de formação e formador.....	CCXLV
APÊNDICE 14 – Folheto entregue na sessão de formação.....	CCXLVII
APÊNDICE 15 – Resultados da avaliação dos questionários	CCXLIX
APÊNDICE 16 – Estudo de caso elaborado durante o estágio 1, UCI2, Badajoz	CCLI

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Características das necessidades do doente e seus níveis segundo o Modelo da Sinergia	XXVI
Tabela 2 – Características do enfermeiro e seus níveis segundo o Modelo da Sinergia	XXVIII
Tabela 3 – Versão portuguesa da BPS-IP/PT	XLIV
Tabela 4 – Critérios de inclusão e exclusão.....	LI
Tabela 5 – Produções Científicas: Níveis de Evidência.....	LII
Tabela 6 – Sumário da formação.....	LXXXVII

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Proposta de inclusão da PBS na folha de registo de Enfermagem.....	LXXXVIII

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, referente aos anos letivos 2016/2017 e 2017/2018, foi-nos solicitada a realização de um relatório final sobre o percurso desenvolvido durante o curso com vista à aquisição do grau de Mestre em Enfermagem e na aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Este relatório é executado sob orientação do professor Doutor Adriano Pedro e assenta na metodologia de projeto.

Com a conclusão deste curso, pretende-se:

- ✓ desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada no domínio de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- ✓ promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- ✓ capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica;
- ✓ contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Durante este processo de transformação pessoal e profissional, os estudantes foram envolvidos de forma significativa no processo de ensino aprendizagem, promovendo o autoconhecimento e focando a aprendizagem na procura pelo conhecimento e no saber procurar esse conhecimento, apostando no incremento do conhecimento resultante da evidência científica, no sentido de alcançar a máxima qualidade assistencial, com ênfase nos vários aspetos que configuram os resultados de aprendizagem definidos.

O relatório de projeto “consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo (...). A elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto. A principal vantagem da realização do relatório reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento.” (Schiefer *et al*, 2006, citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010, p.32). É um documento científico que tem a

missão de informar acerca, não só das conclusões obtidas, como do processo que foi desenvolvido para obter essas mesmas conclusões.

“Durante a realização do relatório é necessário ter em conta o público-alvo da leitura do mesmo (...), o documento deve ser adaptado aos conhecimentos e características a quem este se destina (Schiefer *et al*, 2006, citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010, p.32). Pretende-se elucidar com clareza o percurso percorrido, bem como os objetivos traçados e o produto final que comprova o alcance dos mesmos.

Com esta produção escrita pretende-se que seja evidenciada a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas levadas a cabo; que se fundamentem as escolhas tendo em conta a teoria e a evidência científica; descrever e avaliar o desenho e a implementação do projeto de intervenção; e que seja suporte da prova pública para os objetivos a que nos propomos. Que seja o reflexo da articulação e integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares desenvolvidas ao longo deste caminho de aprendizagem e que demonstre a mobilização e produto de conhecimento nas atividades desenvolvidas.

Assim, pretende-se refletir acerca dos conteúdos práticos e teóricos abordados, aplicados nos contextos em que estivemos inseridos onde foram desenvolvidas as competências especializadas da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial enfoque na área da pessoa em situação crítica. De forma a conseguir intervir ativamente na aquisição de competências foi utilizada a metodologia de projeto de intervenção e que se fará, neste relatório, através de uma crítica reflexiva para justificar cada etapa delineada com base na evidência, nas necessidades e nas intervenções previstas.

As metas específicas desta área de especialidade conseguem ser atingidas através de:

- ✓ integração dos princípios das teorias e modelos conceituais de Enfermagem Médico-Cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ desenvolvimento de uma prática clínica fundamentada em padrões sólidos de conhecimento;
- ✓ saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ que se demonstre colaboração em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- ✓ a participação na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ a participação no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;

- ✓ demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua de modo auto-orientado e autónomo.

Foi seguida uma linha orientadora entre Unidades Curriculares, Estágios e Relatório Final de forma a que seja demonstrado o trilha percorrido ao longo destes quase dois anos de insistente busca pelo aperfeiçoamento e descoberta.

Tal como definido, foi a Investigação que nos permitiu ligar cada ponto deste trilha, fundamentado pelas competências comuns e competências específicas do enfermeiro especialista, tornando possível o alcançar da meta.

Cada ramo de especialidade indica a direção que devemos tomar e o percurso formativo a seguir. Neste caso específico optámos por incidir a nossa investigação na área da “Segurança e Qualidade de Vida”. De forma a articular todas estas componentes (Unidades Curriculares, Estágios e Relatório Final) a temática incide na «Dor» e na abordagem à dor no doente crítico. Esta temática escolhida possibilitou a vontade de focar e produzir acerca da «Avaliação e monitorização a dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos através da Behavioral Pain Scale». Esta temática tem origem na etapa do diagnóstico das necessidades e reúne características para desenvolver investigação pertinente na aquisição de capacidades e desenvolvimento de conhecimento para atingir competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Ainda, a utilização e implementação de uma escala evidencia que o conhecimento é transformado e reciclado através de pesquisa. Este vai buscar conhecimento existente e aplicando-o onde ainda não exista, buscando aperfeiçoar cada vez mais o que já existe sempre com vista à melhoria e à qualidade.

Este relatório tem início no ponto primeiro com um sucinto enquadramento teórico que suporta todos os conceitos e teorias que se aplicam à nossa intervenção, bem como a relação existente entre estes, onde se abordará a produção de investigação com descritivo da metodologia de base científica.

No segundo ponto deste relatório faz-se uma breve descrição e caracterização dos locais de estágio, dos objetivos traçados e das atividades desenvolvidas. Aqui, serão caracterizados os três estágios práticos realizados ao longo deste curso e os ganhos obtidos.

O terceiro ponto debruça-se sobre o projeto de intervenção que foi delineado e executado, bem como as suas etapas. Apresenta-se o projeto de intervenção levado a cabo no segundo estágio realizado e que foi alvo de produção de conhecimento e maior incidência de atuação. Este projeto é o produto central e eleva o conhecimento acerca da temática da dor com vista à qualidade dos cuidados prestados e dos ganhos obtidos, bem como, a satisfação de doentes e profissionais.

O quarto ponto evidencia uma reflexão e análise crítica das competências no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e das competências de Mestre em Enfermagem.

Terminaremos com uma conclusão que permita aferir a produção de conhecimento e desenvolvimento de competências, o cumprimento dos objetivos traçados e o contributo deste relatório para o término de uma etapa que apenas é o início de outra. Serão abordados ainda aspetos facilitadores de aprendizagem, expectativas, agentes de mudança e perspetivas futuras.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Teorias de Enfermagem

A produção de conhecimento resulta na combinação de processos de investigação, na abordagem a conceitos já definidos e na reflexão de ambos em cada situação.

O enquadramento revela ser o seio da construção onde a investigação toma lugar. Neste capítulo apresentam-se conceitos necessários à produção de conhecimento de forma a servir de base ao pensamento, esclarecer o conteúdo de partida e catalisar a ambição do investigador bem como a curiosidade do leitor.

Essencialmente, serão reunidos os contextos teóricos onde se quer investir conhecimento, de forma a enriquecer a produção feita. Far-se-á a ponte entre teorias e modelos concetuais na relação com a avaliação diagnóstica e intervenção ao doente crítico.

As perceções individuais de cada um acerca da realidade afetam todos os fundamentos que possam ser construídos. Na mesma proporção, perspetivas filosóficas diferentes afetam de forma distinta o modo como o processo de investigação se desenrola.

“Um paradigma é um esquema fundamental que orienta a perspetiva que o investigador dá ao seu estudo” (Fortin, 1999, p.21). Esta problemática segue essencialmente uma filosofia que aposta na realidade, que se define como múltipla e natural. A problemática da dor em contexto de doente crítico, não se assume como um fenómeno exato, mas como um processo dinâmico, na medida em que não é independente, estática, nem tem lugar num conhecimento absoluto.

No entanto, e como dinâmico que é, é um processo de conhecimento múltiplo, que açambarca traços das ciências físicas e exatas, mas que ao mesmo tempo tem de envolver um conhecimento mais aprofundado acerca dos contextos e acerca da compreensão da situação.

“A construção do conhecimento na Enfermagem apresenta quatro períodos caracterizados pela ênfase nos procedimentos técnicos, sua fundamentação em princípios científicos, a utilização do método científico como estrutura para a assistência e, por último, o desenvolvimento de teorias de Enfermagem como base teórico-filosófica para o processo de cuidar” (Pimenta, *et al.*, 1993, enunciado por Truppel, 2008, p.23).

Aborda-se ainda Fawcett, e insere-se o nosso contexto de pesquisa numa teoria que poderia ser descritiva pela descrição que faz dos fenómenos em si, ou expeável, na medida em que poderia ser desenvolvida pela teoria preditiva. No entanto, acredita-se que se insere numa teoria explanatória por apresentar a relação entre duas ou mais dimensões ou características, e toda a elação existente (Fawcett, 2005).

Seguiremos a abordagem Holárquica de Fawcett que nos permite, acima de tudo, suportar o processo de prestação de cuidados a ser implementado. Assim, foi abordada a teoria que melhor nos permitiu compreender os fenómenos de interesse para a profissão, manifestando crenças e valores dos profissionais. Através da utilização de uma teoria em Enfermagem, no que ao doente crítico diz respeito, é possível desenvolver formas diferenciadas de compreender os conceitos nos quais se centra esta profissão. Segundo Truppel (2008) enunciado por Nunes (2016), as teorias funcionam essencialmente para servirem de base para o modo como um enfermeiro atua, demonstrando a relação existente entre conceitos e modo como a assistência é prestada. Neste caso, todo o *modus operandi* assenta numa teoria que vai por a realidade em modo teórico para melhor ser estudada e compreendida.

A autora Fawcett acredita que o pensamento em Enfermagem se estrutura segundo uma sucessão de construções de conhecimento que iriam do mais simples e abrangente ao mais complexo e direcionado. Assim, todas as estruturas do conhecimento teriam valor por si só, mas fariam parte de um todo maior e mais completo. “Cada componente do conhecimento em Enfermagem contemporânea é um conjunto completo, mas também parte de um todo” (Fawcett, 2005, segundo Nunes, 2016, p.8). Desta forma o início da produção de conhecimento é um processo distinto, mas faz parte de todo este processo de Enfermagem.

Segundo a estrutura Holárquica criada por Fawcett, a obtenção de conhecimento em Enfermagem passa por então por 5 patamares individuais e que fazem parte de um mesmo processo: metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos.

O metaparadigma sendo o nível mais geral sobre uma temática, aborda os conceitos base da Enfermagem como disciplina: pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem.

Há que primeiramente identificar conceitos para que se possam incluir estes conceitos em cada modelo concetual em Enfermagem. “Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.” (Fortin, 1999, p.39). Assim, inicia-se este processo identificando os conceitos que tomam importância no arranque do mesmo.

“A maioria dos conceitos em Enfermagem são relativamente abstratos. Portanto, as múltiplas dimensões e características desses conceitos devem ser especificadas e precisas nos seus significados” (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010, citados por Alslman *et al*, 2015, p.64).

✓ Pessoa

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros [PQCEOE] (2001, p.8), pessoa é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseado nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”. É uma unidade que determina, segundo os seus próprios padrões, o seu comportamento. Este pode ser influenciado “pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve” (PQCEOE, 2001, p.9). Este documento afirma que todas as pessoas interagem com o ambiente: modificando-o e sofrendo a sua influência durante o processo de obtenção de equilíbrio e harmonia pessoal. “Cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual (...)” (PQCEOE, 2001, p.9). Assim, afirma-se que cada pessoa “vivencia um projeto de saúde” (PQCEOE, 2001, p.9). Desta forma, a singularidade de cada um vai definir quando a pessoa se encontra num estado de saúde ou de doença consoante a inclusão deste processo no seu projeto pessoal, pelas alterações às suas expectativas de vida, de acordo com aquilo em que acredita. A pessoa decide assim quando está doente ou saudável mediante a integração das alterações ao seu projeto de vida. Da mesma forma que a pessoa pode incluir e integrar processos no seu quotidiano, é também alvo de casualidade e incidentes. “A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico” (PQCEOE, 2001, p.9). A unicidade de cada pessoa transforma-a num ser que deve ser abordado de forma holística e indivisível porque cada processo é parte integrante afetando e influenciando largamente o todo.

Já a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica [RPQCE-EPSC, 2011, p.2). Da mesma forma, este conceito faz parte de um todo: isto é, insere-se o conceito de pessoa num ambiente hostil pela quebra de harmonia accidental e súbita ao seu estado de

equilíbrio. Esta pessoa, pelo contexto crítico que se insere, num lugar temporal afetado pela casualidade e acontecimento súbito, vai ainda padecer de características que a distinguem pela situação inesperada de desequilíbrio existente no seu projeto de vida e necessidade de adaptação.

✓ Saúde

Os PQCEOE (2001, p.8) definem saúde como sendo a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Documentam que a saúde se trata de “uma representação mental”, portanto de “um estado subjetivo”. De facto, desde que a OMS definiu saúde como «situação de perfeito bem-estar físico, mental e social», (em Ferraz e Segre, 1997, p.538) que o conceito de saúde se entende como sendo uma situação complexa não sendo apenas a ausência de doença. “A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo: toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.” (PQCEOE, 2001, p.8). A saúde torna-se, portanto, o atingir de todo este estado de equilíbrio que a pessoa define para si.

✓ Ambiente

O ambiente traduz-se pelo meio envolvente à pessoa e ao seu estado bio-psico-social. É afetado por esta e na mesma medida a pessoa pode deixar nele a sua marca pessoal. Nos PQCEOE (2001), o ambiente vem definido como sendo constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.

Tal como a própria pessoa e o seu estado de equilíbrio, o ambiente tem influência extrema nos conceitos anteriores e este também os influencia. Assim, e por serem conceitos que se afetam a si mesmos e entre eles, os cuidados de Enfermagem que recaem sobre a pessoa no seu estado de não equilíbrio têm de ter em conta o ambiente, ou seja, o contexto em que se inserem.

✓ Enfermagem

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], “a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (REPE, OE, 2015, p.99). O enfermeiro é, portanto, “o profissional habilitado com curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem

foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (REPE, OE, 2015, p.99). Este profissional foi desenvolvendo ao longo dos tempos a forma como desempenha a sua função, o que se traduz no conceito de cuidar. Cuidar em Enfermagem, segundo os PQCEOE (2001), é o exercício da Enfermagem e centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Como pessoas que são, tanto os enfermeiros como os doentes “possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (PQCEOE, 2001, p.10). A Enfermagem tem então os seus profissionais, que, habilitados de competências técnicas e teóricas estabelecem parceria com o seu doente de forma a que ambos consigam atingir o equilíbrio do doente, respeitando capacidade, maximizando competências e valorizando os papéis. Estabelecendo uma relação terapêutica, assente num quadro de valores, podendo envolver terceiros significativos, o enfermeiro presta cuidados de Enfermagem, através de método científico, assente em teorias e modelos, e no conhecimento. Assim estes cuidados prestados “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (PQCEOE, 2001, p.11).

Neste relatório é descrito como foco de atenção a própria equipa de profissionais, que como grupo, também tem as suas necessidades diagnósticas. E da mesma forma estas necessidades serão alvo de intervenção e os resultados se traduzirão em ganhos profissionais. Ainda, se possibilitará com esta intervenção produzir ganhos em saúde para o doente.

Assim, os PQCEOE (2001, p.11). apontam para objetivo primordial “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, (...) satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização de atividades de vida, (...) a adaptação funcional aos défices e a adaptação múltiplos fatores (...) através de processos de aprendizagem (...)”.

Também na área da Enfermagem existe todo um processo pelo qual o enfermeiro presta os seus cuidados. A tomada de decisão em Enfermagem vai orientando o profissional que identifica as necessidades, identificando a problemática, definindo as intervenções da sua área de competência a realizar, implementando as intervenções delineadas, atuando segundo os resultados da investigação e produzindo conhecimento baseado em evidência.

A contribuição do enfermeiro é fundamental na melhoria contínua da qualidade do exercício profissional da classe. Pela sua formação e experiência o enfermeiro tem capacidade de, não só, delinear planos estratégicos das suas intervenções, como também, atuar segundo “os princípios humanistas de

respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico (...)” (PQCEOE, 2001, p.12), como também adequar os cuidados às pessoas, famílias, grupos, comunidades e contextos.

Através da definição de conceitos é possível abordá-los dentro de um contexto que se torna a base conceitual de uma profissão. No caso da Enfermagem, esta aborda os conceitos descritos, relacionando-os entre si, e pelas diferentes abordagens que vai tendo, vão sendo criadas novas ideias acerca desses mesmo conceitos e da sua interação. A transformação do pensamento e do conhecimento pelas diferentes visões e relações que se criam vai originando teorias e modelos teóricos.

Na estrutura Holárquica de Fawcett que concebe a estrutura do pensamento em Enfermagem, a filosofia segue-se à etapa do Metaparadigma.

Santos (2009, p.13) considera que “a determinação da ação a tomar e considerada moralmente certa depende das nossas crenças de base acerca do que é certo ou errado, bom ou mau, ou seja depende de uma filosofia da ética, filosofia esta que guia a avaliação das ações, funcionando como enquadramento e referencial para a ação”. A autora enuncia ainda Meleis (1991, por Santos, 2009, p.13) que resume que a filosofia “pretende explicitar os valores e crenças da disciplina, bem como os valores e crenças partilhados pelos membros dessa disciplina”. Assim pode-se constatar que a filosofia dentro de uma profissão como a Enfermagem vai norteando os seus profissionais nas questões e nas respostas que efetivam.

No entanto, e com o desenvolvimento da Enfermagem, Santos (2009) afirma ainda que há que ter em conta todas as correntes e escolas de pensamento que foram sendo criadas e evidenciadas. Distinguindo essencialmente três paradigmas: o paradigma da categorização (escola das necessidades), o paradigma da integração (escola da interação) e paradigma da transformação (escola de resultados de Enfermagem).

Para Fawcett (2005), os fenómenos de Enfermagem estudados vão sendo alvo de todas estas formas de pensar que nos leva a perceber as necessidades de cuidados existentes, os fenómenos no seu contexto específico e a englobar as necessidades e os fenómenos como uma unidade geral num determinado contexto. Não descartando formas de pensar, a autora engloba-as e aplica-as na sua estrutura de pensamento.

Dentro da Enfermagem foram sendo criadas várias teorias e modelos teóricos, que pelo seu foco de atenção foram sendo direcionados às áreas de abrangência da Enfermagem. Existem vários modelos teóricos que norteiam tanto o foco de atuação do enfermeiro como o fenómeno de interesse para a profissão. “As teorias conferem sustentabilidade e especificidade às ações de Enfermagem (...)” (Truppel, 2008, p.26) existem por isso vários modelos que são direcionados à Enfermagem Médico Cirúrgica.

1.2 Modelo de Sinergia

No início dos anos noventa a American Association of Critical-care Nurses [AACN], liderada pela Dr.^a Martha Curley embarca no desafio de definir um novo modelo e guia de orientação da prática de Enfermagem para enfermeiros em cuidados críticos, no sentido de valorizar a prática de Enfermagem. A fim de evidenciar os cuidados de Enfermagem ao doente crítico, este modelo pretendia essencialmente obter grandes ganhos em saúde bem como obter resultados passíveis de mensurar a nossa prática.

Ao apresentar-se como um modelo, este toma-se como uma estrutura abstrata, podendo moldar-se a várias teorias e podendo abraçar o Processo de Enfermagem. Desempenha, assim, uma linha orientadora da prática.

Sinergia aponta para a existência de uma relação benéfica entre partes e, concomitantemente, na conversão de esforços. Esta relação torna-se forte e produtiva, originando uma resposta adequada e benéfica. Assim, a linha que separa as duas partes existentes nesta relação, estreita-se, originando uma nova mais forte e mais capaz.

Este modelo reconhece como fundamental a relação enfermeiro-doente numa premissa de que os resultados são otimizados quando as características dos doentes correspondem às competências dos enfermeiros. Foca-se essencialmente nas necessidades e características dos clientes e suas famílias, conduzindo a prestação de cuidados de Enfermagem para que haja uma combinação enfermeiro-doente ou enfermeiro-família, otimizada pela correspondência entre ambas as partes.

O Modelo da Sinergia da AACN assenta nas necessidades dos doentes, nas competências dos enfermeiros e nos resultados obtidos pela interação das duas premissas anteriores. Assim, o grande enfoque é a interligação que é criada entre as necessidades dos doentes e as competências dos enfermeiros. Este modelo vem demonstrar a sinergia que se estabelece entre prestador de cuidados e doente através do que ambos têm para oferecer na relação terapêutica que se estabelece.

Enquanto o doente detém a posição vulnerável da relação de ajuda estabelecida, e, portanto, contribui com as suas necessidades; o enfermeiro, acompanha a relação estabelecida com as suas competências. Foi com base nesta sinergia e relação, bem como na maximização de resultados obtidos, que a AACN definiu a Teoria do Modelo Sinérgico para a prática da Enfermagem. Esta, pela sua versatilidade e adaptação pode ser aplicada em diversas situações. No entanto, ganha grande destaque no cuidado ao doente crítico.

Todos os doentes que experienciam a situação de doença e de procura pelo cuidado de saúde, demonstram o mesmo tipo de necessidades perante situações semelhantes. No entanto, a unicidade de

cada ser torna cada situação ímpar. Cada doente, bem como a sua família e o seu meio envolvente, trazem para o seio do seu contexto de doença as suas características pessoais. Estes, sendo individualidades multifacetadas trazem à situação o seu cunho e a sua presença, bem como as suas crenças, valores, as suas decisões e vontades.

Assim, as necessidades de cada doente estão intimamente ligadas com as suas características e estas estão no centro das atenções do enfermeiro visto que as suas competências se adequarão às mesmas. Desta forma, quanto mais comprometido estiver o doente, mais complexa será a sua necessidade. No entanto, as suas características pessoais farão direcionar os cuidados que receberá.

Foram então definidas 8 características fundamentais pelas quais cada doente se vê envolvido e as quais determinam a ação do enfermeiro. Estas características definem não só o doente como também determinam a sua capacidade de saúde e vulnerabilidade à doença. Assim sendo, cada doente permite que a sua situação de cuidados específica seja influenciada pelas suas características pessoais e que o desenrolar dessa situação tenha como centro a sua pessoa e a sua individualidade.

- ✓ Resiliência – capacidade para retornar a um nível restaurador de função usando mecanismos de compensação e enfrentamento, capacidade de recuperar após um insulto;
- ✓ Vulnerabilidade – fatores de stress reais ou potenciais que podem afetar negativamente os resultados do doente;
- ✓ Estabilidade – a capacidade para manter um estado estacionário de equilíbrio;
- ✓ Complexidade – a potencial interligação criada por dois ou mais sistemas (corpo, família ou terapias);
- ✓ Disponibilidade de recursos – os recursos que o doente e a sua família ou comunidade podem disponibilizar para a situação;
- ✓ Participação nos cuidados – o envolvimento que o doente e a sua família têm e disponibilizam para a situação em relação aos cuidados;
- ✓ Participação na tomada de decisão – o envolvimento que o doente e a sua família têm e disponibilizam para a situação em relação à tomada de decisão;
- ✓ Previsibilidade – característica que permite esperar um determinado curso de eventos durante a situação de doença.

No entanto, cada doente é único e, apesar de responder de forma semelhante entre pares, nem sempre possui as mesmas necessidades no mesmo nível de carência. Este modelo evidencia ainda, três níveis para cada necessidade do doente identificada, podendo repartir a «quantidade» da nossa atenção na medida em que a sua necessidade precisa.

A forma como os autores do modelo apresentaram os níveis em que cada necessidade se pode quantificar foi ainda sugestiva de mensuração pela sua disposição em níveis. A pretensão de inclusão de níveis, possibilitando scores, potencia ainda este modelo na área da gestão, na medida em que permite mensurar as necessidades dos doentes e, desta forma, mensurar características dos Enfermeiros levando à conseqüente mensuração dos cuidados prestados. Assim, torna-se possível a efetivação e quantificação dos cuidados de Enfermagem pela correspondência às necessidades dos doentes.

A cada nível da necessidade identificada corresponde um score, pelos níveis que apresentam: nível 1, nível 3 ou nível 5. Estes níveis correspondem ao desequilíbrio existente num doente relativamente à característica a analisar. Assim, um doente pode estar estável, mas carecer de alta vulnerabilidade, enquanto que outro estando estável e não carecendo de vulnerabilidade pode apenas não ter poder de atuação na tomada de decisão.

A tabela seguinte apresenta sucintamente as oito necessidades apontadas ao doente, bem como os níveis em que estas poderão existir. Sendo que cada doente detém um determinado nível de cada característica, e que a sua individualidade será determinante para a atuação do enfermeiro. Espelha-se a individualidade e diferença entre pares em contextos semelhantes.

Tabela 1- Características das necessidades do doente e seus níveis segundo o Modelo de Sinergia, adaptado de Kaplow e Hrdin, 2007 (elaborado pelo próprio autor)

Características do doente	Estas características espelham o contínuo saúde/doença do doente		
Resiliência	Capacidade para retornar a um nível restaurador de função usando mecanismos de compensação e enfrentamento, capacidade de recuperar após um insulto.		
	Nível 1 - Resiliência mínima	Nível 3 - Resiliência moderada	Nível 5 -Alta resiliência
Vulnerabilidade	Fatores de stress reais ou potenciais que podem afetar negativamente os resultados do paciente		
	Nível 1- Alta vulnerabilidade	Nível 3 -Vulnerabilidade moderada	Nível 5 - Mínima vulnerabilidade
Estabilidade	Capacidade para manter um estado estacionário de equilíbrio		
	Nível 1 – Instável	Nível 3 – Alguma resposta a terapias	Nível 5 – Estável, baixo risco de morte
Complexidade	A potencial interligação criada por dois ou mais sistemas (corpo, família, terapias)		
	Nível 1 – Dinâmicas complexas	Nível 3 – Dinâmicas moderadas	Nível 5 – Dinâmicas simples
Disponibilidade de recursos	Os recursos que o paciente a sua família ou comunidade pode disponibilizar para a situação		
	Nível 1 – baixos recursos disponíveis	Nível 3 – Alguns recursos disponíveis	Nível 5 – Recursos disponíveis
Participação nos cuidados (paciente e família)	O envolvimento que o paciente e a sua família têm e disponibilizam para a situação em relação aos cuidados		
	Nível 1 – Relutantes, não participa	Nível 3 – Necessitam de assistência	Nível 5 – Participantes nos cuidados
Participação na tomada de decisão	O envolvimento que o paciente e a sua família têm e disponibilizam para a situação em relação à tomada de decisão		

(paciente e família)	Nível 1 – Sem capacidade	Nível 3 – Capacidades moderadas, recebem conselhos	Nível 5 – Capacidade de tomar decisões
Previsibilidade	Característica que permite esperar um determinado curso de eventos durante a situação de doença		
	Nível 1 - Imprevisível	Nível 3 – Moderadamente previsível, hesitante	Nível 5 – Previsível, certo

Da mesma forma que o doente possui as suas próprias necessidades e que são estas que vão determinar as competências do enfermeiro, foram também definidas as competências dos enfermeiros.

O Modelo Sinérgico aponta oito competências para criar o perfil do enfermeiro capaz de prestar cuidados ao doente no seu contínuo saúde/doença. Assim, os cuidados de Enfermagem vão ser uma incorporação do conhecimento obtido, das suas habilidades, da sua experiência e das suas atitudes para poder reconhecer e identificar as necessidades de cada doente e de cada família num determinado contexto. As necessidades anteriormente evidenciadas vão produzir as seguintes competências:

- ✓ Julgamento clínico – Compreende o raciocínio clínico, incluindo a tomada de decisão clínica, o pensamento crítico e a compreensão global de uma situação, juntamente com as competências de Enfermagem adquiridas através de um processo de integração do conhecimento formal e informal experiência e orientações baseadas em evidências;
- ✓ Co-defensor e figura moral - Representa as preocupações do doente e da sua família servindo como um agente moral na identificação e resolução de questões éticas e clínicas, bem como no auxílio para resolver problemas éticos e preocupações clínicas dentro e fora do próprio ambiente;
- ✓ Práticas do Cuidar – Atividades de Enfermagem que criam um ambiente compassivo, de suporte e terapêutico para os doentes e para a equipa, com o objetivo de promover o conforto e cura, prevenindo o sofrimento desnecessário. Inclui vigilância, compromisso e responsabilidade no cuidar, não de forma limitadora, abrangendo também a família e a própria equipa;
- ✓ Colaboração – trabalha com os outros, nomeadamente com o doente, com a família e com a equipa multidisciplinar a fim de promover e encorajar a contribuição de cada pessoa para alcançar resultados realísticos, reais e maximizados. Envolve também, equipa de Enfermagem e equipa multidisciplinar e a comunidade;
- ✓ Sistemas de Pensamento - Conjunto de conhecimentos e ferramentas que permitem ao enfermeiro gerir os recursos ambientais e de sistema existentes para o doente, para a família e para a equipa, dentro de sistemas de saúde e fora desse âmbito;

- ✓ Resposta à diversidade - Sensibilidade para reconhecer, apreciar e agregar diferenças na prestação de cuidados. Essas diferenças podem ser culturais, espirituais, de género, de raça, étnicas, estilo de vida, socioeconómicas, idade e valores;
- ✓ Facilidade de aprendizagem - Capacidade de facilitar a aprendizagem para doentes e para as famílias, para outros membros da equipa de saúde e para a comunidade. Poderá ser um facilitador de aprendizagem tanto formal como informal;
- ✓ Inquérito clínico - Processo onde se questionam e avaliam as práticas e prestação de cuidados. Cria mudanças na prática através da investigação e da aprendizagem experimental.

Tal como acontece para o doente, também o enfermeiro é um ser profissional único e apesar de ter uma formação inicial igual entre pares, tem a sua personalidade e tem as suas experiências pessoais e profissionais que influenciam a sua individualidade.

Assim, apesar do curso base, este profissional adota características que o definem, aprimora-se numas áreas e destaca-se nelas. Torna-se um profissional mais qualificado para certas áreas de competências, sendo focado e vocacionado a certos doentes que detêm determinadas características. Da mesma forma, existem também três níveis para cada competência identificada, que, de igual modo se distribuem de forma quantitativa em níveis. Cada enfermeiro possui uma característica numa proporção que lhe é pessoal. Não descurando da sua prática, um enfermeiro é sempre completo, apenas detém características diferentes entre si e em diferentes medidas. Pode então, através do conhecimento destes níveis, melhorar as suas lacunas e fortalecer as características mais fortes. Resumiram-se em tabela, as oito competências apontadas e os níveis existentes.

Tabela 2- Características do enfermeiro e seus níveis segundo o Modelo da Sinergia, adaptado de Kaplow e Hrdin, 2007 (elaborado pelo próprio autor)

Características do enfermeiro	Estas características espelham o contínuo saúde/doença do doente		
Julgamento clínico	O julgamento clínico inclui a tomada de decisões clínicas, o pensamento crítico e uma compreensão global da situação.		
	Nível 1 – Colhe dados de nível básico	Nível 3– Colhe e interpreta dados complexos	Nível 5 – Sintetiza e interpreta dados de múltiplas fontes
Co-defensor e figura moral	Representa as preocupações do doente/família servindo como um agente moral na identificação e resolução de questões éticas e clínicas		
	Nível 1- Trabalha em nome do doente	Nível 3 - Trabalha em nome do doente e da família	Nível 5 - Trabalha em nome do doente, da família e da comunidade
Práticas do Cuidar	Atividades de Enfermagem que criam um ambiente compassivo, de suporte e terapêutico para doentes e família, com o objetivo de promover conforto e cura, prevenindo sofrimento desnecessário		
	Nível 1 – Concentra-se nas actuais necessidades do doente	Nível 3 – Responde às alterações das necessidades do doente	Nível 5 – Antecipa as necessidades do doente
Colaboração	Trabalhar com outras pessoas (famílias, outros prestadores de cuidados de saúde) de forma a que com o contributo de cada um, o doente/família possa atingir objectivos pretendidos		

	Nível 1 – Aberto a contribuições de vários membros da equipa	Nível 3 – Reconhece e sugere a participação de outros membros	Nível 5 – Procura oportunidades para ensinar, treinar e orientar
Sistemas de Pensamento	Conjunto de conhecimentos e ferramentas que permitem ao enfermeiro gerenciar os recursos ambientais e de sistema existentes para o doente/família e para a equipa		
	Nível 1 – Utiliza um conjunto limitado de estratégias	Nível 3 – Desenvolve estratégias baseadas nas necessidades e forças do doente/família	Nível 5 – Desenvolve, integra e aplica uma variedade de estratégias que são impulsionadas pelas necessidades e pontos fortes do paciente/família
Resposta à diversidade	A sensibilidade para reconhecer, apreciar e incorporar diferenças na prestação de cuidados		
	Nível 1 – Avalia a diversidade cultural, prestando cuidados baseados no seu próprio sistema de crenças	Nível 3 – Investiga sobre as diferenças culturais e considera o seu impacto nos cuidados	Nível 5 – Responde, antecipa e integra as diferenças culturais no cuidado do doente/ família
Facilidade de aprendizagem	Capacidade de facilitar a aprendizagem para a doentes / famílias, outros membros da equipa de saúde e da comunidade de forma formal ou informal		
	Nível 1 – Acompanha os programas educacionais planeados	Nível 3 – Adapta os programas educacionais ao doente/ família	Nível 5 – Modifica ou desenvolve criativamente programas de educação do doente/ família
Inquérito clínico	Processo em que se questionam e avaliam as práticas e prestação de cuidados;		
	Nível 1 - Segue padrões e diretrizes;	Nível 3 – Questiona a adequação das políticas e diretrizes	Nível 5 – Melhora e individualiza padrões e diretrizes para situações ou populações particulares de doentes

Neste ponto a formação contínua do enfermeiro permite-lhe que se torne mais capaz numa área e que também, metodologicamente, reconheça mais facilmente todas as correntes de pensamento e teorias na sua área de intervenção. Neste ponto específico, o Enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, reconhece as teorias e modelos que servem de base à sua prática e declara a prestação dos cuidados que efetua assente em conhecimentos teóricos sólidos.

Na prática clínica diária de cada profissional mostra-se cada vez mais a adequação de cada um na relação que cria com o doente. De forma sinergista formal ou informal, cada profissional tenta identificar as características do seu doente e perceber as suas necessidades. O Modelo Sinérgico encaixa no Processo de Enfermagem, abraçando-o de forma subtil, em que é possível a sua utilização científica de forma sinérgica.

No entanto, este modelo permite-nos ainda que, da mesma forma que o enfermeiro adequa e direciona a sua prestação de cuidados, também é possível de ser utilizada na pessoa do líder. O líder como sinergista acontece de forma inata sempre que um enfermeiro designa outro para a prestação de cuidados a um determinado doente.

O Modelo Sinérgico assume assim outra dimensão e outro patamar. Detém também uma posição de destaque na prática clínica diária, antes do contacto com o doente, destinando e fazendo corresponder as competências de cada enfermeiro às necessidades de cada doente.

Para que isto seja possível, o líder tem que ter desenvolvidas capacidades de liderança e grande conhecimento acerca não só do contínuo saúde-doença, dos seus profissionais, das características de cada doente, como também do contexto e envolvimento de cada situação e do próprio serviço. Situações exclusivas e excecionais fazem parte dos pontos onde o líder é fundamental, e onde as suas competências de liderança se devem situar num nível máximo e maximizado de desenvolvimento. O líder deve ainda evidenciar o seu conhecimento teórico acerca deste modelo e naturalmente possuir um score sinérgico alto.

Na nossa prática diária, exercendo funções num serviço de Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], nos estágios realizados em contexto de UCI e Serviço de Urgência [SU], o Modelo Sinérgico toma forma não só no modo como abordamos cada doente, pela convergência das nossas próprias competências profissionais, como também em cada posto de trabalho que ocupamos. Tanto no serviço de UCI como no SU a distribuição é feita pelo líder (chefe de serviço ou responsável de turno).

O líder, enfermeiro chefe ou responsável de turno atribui doentes a cada enfermeiro ou designa cada enfermeiro para um posto específico, tentando adequar as características e competências de cada profissional às necessidades esperadas de cada doente. Dependendo se nos encontramos num contexto de internamento em UCI ou em contexto de SU distinguem-se as capacidades de alto conhecimento sobre os doentes do serviço, dinâmicas e contextos, ou ainda a predição do que será expectável em cada posto definido.

Como enunciado anteriormente, se o enfermeiro sinérgico tem de ter uma desenvolvida capacidade de interpretação das necessidades do doente a quem vai prestar cuidados para adequar a sua prestação, o líder sinérgico necessita de grande capacidade de armazenamento de conhecimento sobre os seus profissionais, o seu leque de doentes e todo o seu contexto envolvente. Este torna-se muitas vezes determinante no contacto direto entre enfermeiro e doente, porque deposita a confiança no seu profissional, maximiza-lhe competências; ou, ao invés, pode inibir deliberadamente potenciais situações que podem levar a momentos de tensão. O líder sinérgico torna-se então, uma peça fundamental na deposição de confiança neste modelo na prática clínica, e no seu desenvolvimento enquanto modelo teórico. Importa acima de tudo, que o Modelo da Sinergia da ACCN consiga sair do papel e da teoria e passe para a prática, seja posto no terreno e se faça no dia-a-dia profissional. Há que conhecer este modelo, as suas mais-valias e torná-lo executável no seio de cada equipa.

Sendo que a prática clínica assume um maior destaque na prestação de cuidados diretos ao doente, há que não descurar de todas as abrangências da Enfermagem. A área da investigação, da formação e mesmo da gestão podem ser influenciadas sinergeticamente e este modelo, muito mais do que um pensador da prática torna-se a prática do pensar, do investigar, do formar e do gerir.

As necessidades dos doentes interligam-se com as competências dos enfermeiros na prática e essa interligação é a base para pensar sobre todas as áreas de abrangência desta disciplina. “Tem sido utilizado como modelo para desenvolvimento curricular (Zungolo, 2004), e como modelo para a reestruturação organizacional (Cohen, Crego, Cuming, & Smyth, 2002). Tem sido também usado como base para estudos qualitativos; por exemplo Wysong e Driver (2009) usaram o Modelo Sinérgico como ferramenta para mensurar e avaliar a confiança que o doente tem no enfermeiro.” (Herrington, sd, p.8).

Certifica-se a relevância deste modelo através destes estudos que possibilitam compreender a aplicação deste modelo. “Em particular, a prática do cuidado e a facilitação da aprendizagem são competências que distinguem a prática de Enfermagem. De fato, em estudos qualitativos descritos por Wysong e Driver (2009) estas duas características são as mais importantes nos enfermeiros especializados citadas pelos doentes que participaram no estudo” (Herrington, sd, p.9-10).

O Modelo Sinérgico, pela aposta e confiança que tem merecido por parte da Enfermagem, detém hoje importante significado na área. “O Modelo Sinérgico tem desempenhado um papel importante no desenvolvimento curricular em Enfermagem e em pesquisa”, segundo Herrington (sd, p.12).

Needleman, *et al.* (2006), conduzem a uma ideia de que os hospitais precisam de considerar não só os custos com o pessoal, mas também a parte social do cuidado e a qualidade da prestação de cuidados para reduzir mortes, tempo de internamento e maus resultados em ganhos de saúde. Adequar o profissional ao doente reduz a indiferença no cuidar e aperfeiçoa a relação terapêutica que se tem de instituir.

Equipas inadequadas aumentam a taxa de *burnout*, a insatisfação no trabalho e acidentes em serviço (McGills-Hall, 2005). Desta forma, equipas capazes permitem evitar o desgaste e dar motivação ao profissional o que se traduz em cuidados mais competentes.

Estudos levados a cabo pela SUN (Saskatchewan Union of Nurses), enunciaram o estudo da Canadian Federation of Nurses Unions – Research to Action Nurse-Patient Ratio Project (Longmoore, 2012), estudo de abordagem sinérgica onde é distinguido este modelo bem como sua aplicabilidade. Este permite-nos relacionar o modelo da sinergia com as dotações enfermeiro-doente. Uma nova valência

deste modelo ainda na área da gestão. São enunciadas as bases teóricas do modelo em que as variáveis-base – necessidades do doente e competências do enfermeiro, se envolvem num sistema circular e que permite uma envolvimento de fatores. Ao nível do profissional de Enfermagem são consideradas as mudanças psicológicas, ausência ou presença de complicações e cada cuidado ou tratamento atingido ou esperado. Ao nível do doente considera as mudanças funcionais, de comportamento, a relação de confiança, satisfação, conforto e qualidade de vida. São ainda consideradas as recidivas, os custos e os recursos utilizados.

Este sistema sinérgico inclui um inventário de tarefas e a quantidade necessária de tempo requerido pelos enfermeiros para realizar cada tarefa (segundo Curley citada no estudo Research to Action Nurse-Patient Ratio Project de 2012). Permite ter em consideração números e adequar dotações de serviços. A capacidade de contabilizar tempos de tarefas executadas, bem como atribuição de valores a esse investimento, permite uma mensuração. Essa mensuração permite adequar enfermeiros a doentes em números, levando a um cálculo que permite prever uma dotação necessária. Esta intervenção vem demonstrar que um modelo teórico, é a expectativa da realidade posta num plano de estudos, mas que com o seu desenvolvimento dá frutos na prática clínica diária a vários níveis e em várias áreas da Enfermagem.

Devido à extrema complexidade, vulnerabilidade, imprevisibilidade e estabilidade, e ainda a uma resiliência mínima, na prestação dos cuidados, torna-se necessária a extrema atenção sobre dotações, nomeadamente acerca do doente crítico, e em contexto de UCI e SU. Hartigan (2000) afirma que o modelo Sinérgico é adaptável a todas as áreas da prática de Enfermagem incluindo precisamente a determinação de dotações de Enfermagem.

O que vem sendo a ser revelado é que a proporção de 1:1 (um enfermeiro para um doente) é deixado ao critério das chefias. Se em contexto crítico no que ao SU diz respeito, é bastante difícil utilizar a previsibilidade de procura mas também de ocupação, pela constante adequação dos espaços físicos na ocupação máxima e atendimento de doentes, que muitas vezes existe em capacidades sobre máximas (Hartigan, 2000). Em contexto de UCI existem camas em número inalterável e um número de ocupação máxima definido, bem como uma disponibilidade de recursos materiais existentes constante.

Tal como outras teorias e modelos, também o Modelo Sinérgico carece de lacunas e pontos fracos que vão emergindo ao longo do tempo enquanto este vai sendo posto em prática e se desenvolve. Apesar deste modelo ser efetivo em todas as suas valências, permitindo uma articulação importante no desenrolar da prestação de cuidados de Enfermagem, o termo «sinergia» ainda não foi tornado um conceito provido de definição.

Ainda existe um longo caminho de pesquisa e de estudo que permitam passar este modelo à prática apesar de todos os estudos já existentes. Existe ainda a necessidade de o iniciar precocemente no curso base em Enfermagem, e identificá-lo nos cuidados prestados por enfermeiros já em funções. Também é necessário que as chefias e as administrações percebam não só a sua significância como a sua importância. Este traz mais-valias a curto prazo, tanto para profissionais como para doentes, e a médio/longo prazo para chefias e administrações.

É um caminho possível de trilhar por todas as áreas de Enfermagem adequando-se não só ao doente crítico, mas também ao crónico, nas áreas da prevenção em cuidados de saúde primários, pesquisas e investigação e aquisição de conhecimentos e, como já provado, na área da gestão.

Neste relatório evidenciou-se o Modelo da Sinergia pela importância que confere à Enfermagem, pela inclusão na prática desenvolvida e pelos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico. Este permitiu-nos desenvolver e aperfeiçoar as competências necessárias para um cuidar holístico de modo a satisfazer as necessidades de doentes e famílias. No entanto, incluiu-se também uma teoria particular que nos permitiu conhecer a realidade dos acontecimentos e das situações experienciadas. Incluiu-se o nosso foco de atenção e guiou-se o nosso percurso pela inclusão da teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

“O conhecimento gerado na disciplina é organizado através da atividade conceptual em teorias que caracterizam determinado fenómeno” (Riegel e tal., 1995, segundo Santos, 2009, p.24). Surge outro nível na estrutura de conhecimento em Enfermagem: a teoria. Estando praticamente no cume da estrutura de conhecimento de Fawcett, a teoria possibilita entender a verdade e conhecê-la na sua essência. A ideia de uma teoria passa por encontrar uma explicação que permita entender e saber mais sobre o fenómeno em estudo, e no caso específico da Enfermagem sobre os fenómenos que lhe dizem respeito. Fawcett (2005) enunciada por Santos (2009) define a teoria como um ou mais conceitos específicos e relativamente concretos, que derivam de um modelo conceptual, proposições que pouco descrevem esses conceitos e proposições que declaram, de modo relativamente concreto e específico, relações entre dois ou mais dos conceitos.

1.3 Teoria do Conforto

De entre as teorias de Enfermagem Médico-cirúrgica, a que mais enquadra o conceito alvo deste relatório e que mais aborda a temática é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, pela sua incidência

no conceito de conforto. A dor surge então como conceito incluído nesta teoria pelo surgimento de um estado oposto ao conforto.

Oliveira (2013, p.5) diz que sobre o conforto existem vários significados. A autora enuncia Merriam-Webster Dictionary (2000), que aponta conforto como “(...) ajuda fortalecedora; assistência, socorro, suporte (...) consolação na aflição; (...) uma pessoa ou uma coisa que traz ajuda, suporte ou satisfação.”

A teoria do Conforto de Katharine Kolcaba vem no sentido de perceber o fenómeno do conforto do ponto de vista da necessidade do doente e na visão holística que permite ao enfermeiro na sua prestação de cuidados. Esta teoria vem ainda demonstrar os resultados obtidos na aplicabilidade como indicador tanto dos cuidados como da satisfação obtida.

A teoria do Conforto foi desenvolvida primeiramente nos anos noventa e apresenta-se como uma teoria de médio alcance na prática de Enfermagem. Utiliza o conforto como foco principal enquanto resultado desejado. Enquadra-se na Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, na medida em que foca um dos principais problemas com que se depara um enfermeiro em cuidados críticos – a prestação de cuidados de Enfermagem que permitam incluir o conforto como sendo um dos principais focos tal como o motivo principal de doença. Esta teoria revê o conforto com um resultado desejável imediato dos cuidados de Enfermagem (Kolcaba, 2001).

Segundo Oliveira (2013, p.5), o conceito de conforto é definido como “o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental” de acordo com a própria autora da teoria. Confortar é muito mais do que tirar a dor ou evitá-la, é fazer entender o doente que existe um profissional capaz de suportar consigo a sua dor, dando-lhe a tranquilidade necessária para enfrentar o momento crítico em que se encontra. E para atingir o seu equilíbrio, incluindo o período de doença no seu projeto pessoal atual, com vista restabelecer o seu equilíbrio.

Citando Kolcaba (1997 e 2003), Oliveira (2013, p.5) resume que “muito mais do que a ausência de dor ou de outros desconfortos físicos (...) o alívio representa (...) um estado de calma, sossego ou satisfação (...) no qual é possível superar problemas ou dor”.

Kolcaba descreveu o seu conceito primordial em três fatores: o alívio, a facilidade e a transcendência. Assim, constatou que se as necessidades de conforto de um doente forem colmatadas, mesmo que não satisfeitas completamente, este experiencia o efeito de alívio.

A facilidade emerge no sentido de possibilitar que esse alívio se efetive e a transcendência é descrita como um estado de conforto em que os doentes podem superar os desafios a que estão sujeitos e, portanto, mais perto do seu equilíbrio e mais capazes dentro do seu projeto pessoal de saúde. Estes fatores são influenciados pelo contexto, sendo que se aplicam ao conforto físico, psicossocial, ambiental e sociocultural. Kolcaba (2001, p.90-91) aponta como pressupostos à teoria que “os seres humanos tem respostas holísticas a estímulos complexos; que o conforto é um resultado holístico desejável pertinente para a disciplina de Enfermagem; que os seres humanos se esforçam para encontrar ou atender as suas necessidades básicas de conforto, sendo um esforço ativo e contínuo; e que também a integridade institucional possui uma componente normativa e descritiva baseado num sistema de valores orientado para o doente”.

A teoria do Conforto, segundo Oliveira (2013, p.5) evoca o conforto como um “fenómeno intersubjetivo” na medida em que pressupõe o encontro e ajuda de outra pessoa. Esta autora resume que o conforto é a ajuda ou suporte; o estado subjetivamente percebido de quem sente alívio, encorajamento ou de quem se percebe satisfeito com o estar física ou mentalmente bem, liberto de dificuldade, ansiedade ou dor, de quem se percebe satisfeito, cómodo ou com prazer; a experiência de ser ajudado; e ainda um estado imediato e multidimensional.

Esta teoria permite que o seu âmbito recaia sobre o doente, mas também permite a sua aplicabilidade em famílias, instituições ou comunidades sobre as quais recaiam cuidados de saúde. Na mesma medida também o ambiente é tido em conta e considerado em cada âmbito, tanto onde atue o profissional de Enfermagem ou prestador informal de cuidados. Sendo que o ambiente se torna qualquer aspeto da envolvente do doente ou família que possa ser manipulado por um profissional ou prestador de cuidados na aquisição de conforto ao alvo em questão.

A própria autora da teoria, Kolcaba, citada por Oliveira (2013) afirma que o conforto é o resultado essencial do cuidado de saúde. Assim, conclui-se que ao prestar cuidados de saúde, o conceito de conforto deve estar presente em cada situação, pois este é um dos resultados esperados e não só uma medida isolada.

No entanto, a autora consciencializa que o resultado esperado pode não ser pleno, “dado o conforto (total) poder ser raro em situações stressantes de cuidados, onde as necessidades de conforto são elevadas” (Oliveira 2013, p.6, citando Kolcaba 2003). De facto, em cenários críticos, o doente exposto a esta condição de desequilíbrio, pode não atingir a plenitude do seu conforto esperado. Apesar disto, a percepção com que este fique de ter sido ajudado, encorajado e suportado por parte de quem presta

cuidados garante a manutenção do conforto e possibilita que a relação terapêutica, na obtenção de conforto, foi possível e efetiva. Sentir-se ajudado fortalece o doente e estreita a relação de cuidados.

Há ainda que salientar que, contrariamente ao conceito de bem-estar, este conforto remete-nos para um estado eminente e instalado, e ao invés de ausência de sintomatologia remete no sentido de alívio e de esforço conjunto para que tal aconteça. O doente deve perceber que os cuidados prestados passam não só pelos resultados como também pelo esforço para os atingir. É ainda importante, do ponto de vista do profissional, que este perceba o quão importante se torna neste alívio, e o seu esforço profissional entendido como cuidado efetivo. Com vista a motivação profissional, incentivo do conjunto profissional e motor de aperfeiçoamento.

Kolcaba (2001) sintetiza assim, que o seu conceito central é o conforto e este torna-se na essência da Enfermagem e do cuidar em Enfermagem. Este conceito é facilmente posto em prática, pela sua aplicabilidade em vários cenários e pela aplicabilidade noutras áreas.

A teoria do Conforto assume-se como sendo holística e as necessidades são baseadas teoricamente em capacitar o doente a envolver-se na relação terapêutica com vista a adotar comportamentos que busquem ganhos em saúde. Aqui, a sinergia existente leva a que a relação terapêutica seja o envolvimento entre doente e profissional na busca de obtenção de conforto, o que se traduz em ganhos em saúde e satisfação de profissional, doente e instituição.

Contudo, e com vista alargada sobre esta teoria, foi-nos ainda possível, enquanto futuros enfermeiros especialistas debruçar-nos acerca do conceito do conforto como um dos melhores indicadores sensíveis à prática de Enfermagem. Esta teoria torna-se assim relevante na investigação e na mensuração da prática.

Com o desenvolvimento na área do conforto e estudo aos próprios doentes, tornou-se possível entender que são estes quem reconhece a importância dos profissionais de Enfermagem como o profissional mais adequado para o cumprimento dos objetivos e das suas necessidades de conforto. E, sendo o conforto um resultado importante para os doentes, quando este é atingido existe o reconhecimento do profissional e da sua prática, nos cuidados prestados. Dentro das contingências que possuem, tornam-se os doentes os próprios testemunhos de que o profissional de Enfermagem é o profissional mais adequado para o cumprimento dos objetivos nas suas necessidades de conforto.

Assim, são os próprios doentes que querem e precisam que seja o enfermeiro tanto a entender as suas necessidades de conforto como a suprimir as suas necessidades pelo maior entendimento e estreita relação que criam com estes.

É aqui evocada a possibilidade de que o resultado desta relação terapêutica, o cumprimento deste objetivo, a satisfação desta necessidade, possa ser utilizado como indicador sensível à Enfermagem. Assim torna-se exequível demonstrar que o objetivo primordial da Enfermagem em dar conforto ao doente foi cumprido e que o próprio doente quer que seja um enfermeiro a desempenhar este papel. O que se traduz, a nível da gestão, na possibilidade de confirmar a integridade institucional pela qualidade dos cuidados e ainda certificar um vínculo entre prestador de cuidados e doente constante nos resultados obtidos.

Mensurar cuidados é difícil, na medida em que existem intervenções que o ser humano profissional tem que não lhe é possível muitas vezes de quantificar. No entanto, o conforto espelhado nesta teoria é um resultado esperado. É traduzido como um objetivo e o seu cumprimento pode ou não efetivar-se. Oliveira (2013, p.6) enuncia mesmo autores que afirmam que “o conforto surge, timidamente, como um dos (sub)resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, associado que à gestão e controlo de sintomas (na perspetiva de alívio do desconforto (Sidani, 2011), quer à satisfação com os cuidados e com os seus resultados (Laschinger, Gilbert e Smith, 2011)”. Já Kolcaba afirmava em 2001 que a integridade institucional poderia ser avaliada pela utilização desta teoria na prestação dos cuidados de Enfermagem.

Conhecer a relação entre conceitos, modelos e teorias possibilita compreender o que já foi feito para melhor formular investigação sobre o tema. A ideia primária que moveu esta engrenagem foi o pensamento de invisibilidade aos olhos que é a experiência da dor. A dor como foco central desta investigação permitiu iniciar a mesma investigando sobre esse conceito. Aborda-se assim o conceito de dor no doente crítico, a avaliação e monitorização da dor em doente crítico, em contexto de UCI, nomeadamente o doente submetido a sedação e ventilação mecânica invasiva.

1.4 A dor

A Direção Geral da Saúde [DGS], define desde o ano de 2003 (DGS, 2003) a dor como sendo o 5º sinal vital. Atende que a dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Diz ainda que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.

A American Pain Society (1995) citada por Mularski, *et al.* (2006), estabeleceu diretrizes que apontam para que o primeiro passo na melhoria do tratamento da dor é avaliação e registo dos relatos

de dor por parte dos doentes. Berry, *et al.* (2001), afirmam que os doentes têm direito à avaliação adequada e gestão da dor e que esta deve ser avaliada em todos os doentes.

A dor aguda constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral, sendo um dos sintomas mais relevantes na definição de um diagnóstico médico correto (DGS, 2008). No entanto, excluindo a sua função de alarme relativamente a estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, a dor por si só não constitui qualquer outra vantagem ou outra mais-valia para quem a experiencia.

Barr, *et al.* (2013), cita a Associação Internacional para o Estudo da Dor que a define como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos. Esta definição destaca a natureza subjetiva da dor e sugere que ela só pode estar presente quando relatada pela pessoa que a experimenta. A DGS (2008) conclui ainda que, ao invés, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida provoca também alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e psicológico podendo conduzir a estados permanentes do fenómeno doloroso. Go, Cole e Broglio (2013), completam com o fato de que clinicamente, é também importante, que os profissionais de saúde sejam sensíveis e respeitadores de variações culturais, educacionais, étnicas e outras ao avaliar e tratar a dor de cada doente.

No Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor (2008, p.7), desenvolvido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Nunes afirma que “(...) cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados.” Desta forma, a dor e todo o fenómeno doloroso é um complexo em que o doente se encontra no seu centro e o enfermeiro detém capacidades e competências capazes de atuar determinadamente nesse fenómeno.

Ainda no GOBPD (2008, p.7), se inclui que “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional”.

Desta forma a temática da dor surge tão incisivamente neste projeto de intervenção. Não só pela sua extrema importância, mas acima de tudo pela determinação na constante afirmação da sua importância, no lembrar que o enfermeiro é determinante no combate à dor, e que dentro das instituições de saúde, a dor, é um dos sentimentos mais experienciados.

Barr, *et al.* (2013), afirmam que a capacidade de avaliar a dor do doente com fiabilidade é a base para um tratamento eficaz da mesma. Desta forma, é imperativo que se pesquise e se aposte numa investigação científica que tenha interesse no estudo da dor.

Pela subjetividade que apresenta, a dor torna-se um dos maiores desafios que persiste nos cuidados de saúde, no entanto o desenvolvimento e a constante busca pelo aperfeiçoamento do conhecimento permitem-nos combater a dor de forma mais diferenciada.

Focalizando nos profissionais de saúde há que instigar a conotação dolorosa da nossa prática diária, envolvida em qualquer procedimento executado. Aceitar que a nossa prática é causa de dor, apesar do objetivo primordial ser curativo e atenuador, torna-se o ponto de partida para que os profissionais cada vez mais aceitem que a dor não é inerente aos cuidados nem um mal necessário. A premissa de que «o que arde, cura» não é apenas antiga, está cientificamente errada, e a dor torna-se não uma consequência como uma doença quando existente nos dias que correm.

Torna-se imperativo “valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (GOBPD, 2008, p.8).

A DGS no Programa Nacional de Controlo da Dor (2008, p.8), afirma perentoriamente que “deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal”.

Impera ainda a visão holística de 1993 da International Association for the Study of Pain [IASP] que conclui que se deve “avaliar a pessoa, não apenas a dor” (IASP, 1993, p.1).

Numa UCI estima-se que a grande maioria dos doentes experienciem o fenómeno doloroso e muitos, após a alta, consigam admitir que esse processo não foi corretamente aliviado. Go, Cole e Broglio (2013, p.1) afirmam que “o fenómeno da dor em UCI interage com processos como a disfunção pulmonar, cardíaca e até o desmame do ventilador”.

“O controlo e gestão da dor na pessoa em situação crítica, envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) para o seu tratamento” (Ferreira *et al.*, 2014; Internacional Council of Nurses, 2010, citado por Teixeira e Durão, 2016, p.136).

Avaliar e monitorizar a dor no doente crítico em UCI torna-se um desafio porque estes são alvo de um processo saúde-doença caracterizado por uma enorme instabilidade e porque os profissionais que trabalham nesta área estão muitas vezes focados no problema inicial e não na dor que daí advém, tornando todo o tratamento mais moroso.

O desafio da avaliação da dor neste tipo de doentes passa por entender que muito mais do que um fenómeno subjetivo e multidimensional, a dor é um fenómeno sob o qual a pessoa não consegue expressar-se nem exteriorizar sentimentos.

Go, Cole e Broglio (2013), evidenciam que a avaliação da dor em UCI pode tornar-se uma tarefa complicada devido à instabilidade dos doentes, à falta de atenção dos profissionais de saúde em relação ao impacto da dor sobre o estado geral do doente, juntamente com as exigências de cuidados físicos no ambiente de UCI. Os autores acrescentam ainda que os fatores que contribuem para o sub-tratamento geral da dor em UCI incluem desafios de avaliação da dor no que diz respeito a doentes não-verbais e priorização de necessidades médicas complexas.

O desafio que se cria na relação terapêutica entre profissional e doente não-verbal, torna-se uma constante busca de ferramentas que possibilitem o desenvolvimento de capacidade e competências na arte de cuidar o doente em processo de dor.

Ainda, Batalha (2016, p.4) declara que “o desenvolvimento de mais uma tarefa (avaliação e registo da intensidade da dor), as dificuldades na sua execução com especial relevo no grupo pediátrico, geriátrico, com multideficiência e em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) têm ditado o insucesso” da determinação da dor.

Berry, *et al.* (2001), definem que as abordagens de avaliação da dor devem incluir ferramentas que sejam apropriados para a população alvo sob a qual se pretende aferir a dor, neste caso concreto os doentes incapazes de comunicar. Ainda, os membros da família devem ser incluídos no processo de avaliação, sempre que possível, não permitindo enviesamento destes na relação terapêutica instalada.

Surge a necessidade de encontrar ferramentas que permitam aos profissionais de saúde, que diariamente lidam com este tipo de doente não-verbal, avaliar a dor, monitorizando-a de forma a prestarem cuidados de saúde de qualidade, holísticos e diferenciados, e aumentando a humanização dos cuidados em UCI.

Rijkenberg, *et al.* (2014, p.1) é perentório na sua introdução que inicia com a sentença que “os doentes críticos experienciam frequentemente dor e desconforto durante o internamento em unidades de cuidados intensivos”. E ainda explica que as consequências de um controlo da dor inadequado são significativas, mas que por outro lado, o uso excessivo de analgesia e sedação se torna prejudicial com efeitos de hipoventilação, efeitos gastrointestinais como a diminuição da motilidade gastrointestinal, hemorragias gástricas ou disfunção renal. Desta forma conclui-se que não é apenas necessária uma

avaliação da dor, há que avaliá-la corretamente utilizando as ferramentas adequadas à população alvo de cuidados, inserida no contexto inerente.

A DGS emitiu em 2003 uma circular normativa (N.º 09/DGCG de 14/06/2003) afirmando que a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança de todos os outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e a fim de melhorar a qualidade de vida do doente. Considera ainda que uma boa prática engloba a avaliação sistemático da intensidade da dor bem como a sua inclusão na folha de registo dos sinais vitais.

Barr, *et al.* (2013), afirmam que a maioria dos doentes críticos provavelmente experimentará dor em algum momento durante sua permanência em UCI e identificá-la-á como uma fonte de stress. No entanto, muitos doentes críticos podem ser incapazes de auto-relatar a sua dor devido a um nível de consciência alterado, uso de ventilação mecânica ou altas doses de agentes sedativos ou bloqueadores neuromusculares.

Como a IASP (1993, p.2) também afirma "a incapacidade de se comunicar verbalmente não nega a possibilidade de um indivíduo sentir dor e necessitar de um tratamento apropriado para aliviar a dor ". Portanto, os profissionais de saúde devem ser capazes de eliminar de forma confiável a dor, usando métodos de avaliação adaptados às capacidades de comunicação diminuídas do doente. A especificidade de uma UCI permite-nos encontrar um ponto de investigação na situação de debilidade em que os doentes se encontram e na impossibilidade de cumprir a alínea d) da circular Normativa da DGS nº9 de 2003 (DGS, 2003, p.2) supracitada: "As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios".

Barr, *et al.* (2013), acreditam que nas situações em que os doentes não conseguem comunicar a sua dor, os profissionais devem considerar as reações comportamentais dos doentes como medidas de substituição para perceção da dor, desde que sua função motora esteja intacta. A deteção, a quantificação e a gestão da dor em adultos criticamente doentes são prioridades importantes e têm sido objeto de pesquisa. Apesar disto, ainda existe dor significativa na maioria dos doentes internados em contexto de UCI (Barr, *et. al.*, 2013).

Batalha (2016, p.10) confere que "os estudos realizados para identificarem os indicadores da dor mais utilizados pelos profissionais de saúde demonstram que os enfermeiros utilizam preferencialmente

variáveis comportamentais e fazem uma utilização mínima de equipamentos para as variáveis fisiológicas enquanto, os médicos tendem a avaliar mais as variáveis fisiológicas.”

Além de experimentar dor em repouso e dor relacionada a cirurgia, trauma, queimaduras ou neoplásica, os doentes também experimentam dor processual. Isto é, dor associada à receção de um cuidado de saúde. A dor relacionada aos procedimentos é omnipresente, e o tratamento inadequado da dor processual continua a ser um problema inerente a muitos doentes em UCI.

Herr *et al.* (2011) defende que deve existir um procedimento para avaliação da presença da dor bem como de resposta ao tratamento instituído em cada contexto de cuidados de saúde.

Uma das estratégias desenvolvidas para avaliar e monitorizar a dor no doente não verbal em UCI é a utilização de escalas criadas e apropriadas para este tipo de doente. Ingressou-se numa busca acerca das ferramentas existentes e mais competentes nesta área, que permitissem não só a correta avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em contexto de UCI, como também que demonstrassem confiança aos profissionais.

Batalha, no seu Manual de estudo (versão 1) acerca da Avaliação da dor (2016), apresenta sucintamente os indicadores que mais frequentemente são associados à dor. São respostas comportamentais e fisiológicas enunciadas que ficam evidentes no adulto quando este experiencia dor. A expressão vocal, facial, corporal e as modificações comportamentais são tidas em conta. Considera ainda os sinais físicos e as alterações endócrino-metabólicas.

Pelo estudo e análise comportamental aos doentes sujeitos a experiências de dor, considerou-se desde a primeira instância ter em conta uma escala de avaliação comportamental do doente, indicada para doentes incapacitados de verbalizar a sua dor.

E, atendendo que o projeto de intervenção seria implementado num serviço de UCI em Portugal, incidiu-se pesquisa primária sobre artigos portugueses que evidenciassem escalas capazes de avaliar e monitorizar a dor em doentes ventilados e sedados em contexto de UCI.

Teixeira e Durão (2016, p.135) no seu artigo *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura*, concluem perentoriamente, que “As escalas BPS, BPAS e CPOT são apontadas como as escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico”. O Plano Nacional de Avaliação da Dor [PNAD] da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos no seu Relatório Final do Grupo de Avaliação da Dor, elaborou um diagnóstico da situação que procurou conhecer como se avaliava a dor do doente crítico internado nas UCI portuguesas, e concluiu que a maior percentagem dos enfermeiros inquiridos “escolheram a BPS como a escala preferencial como instrumento a utilizar na

avaliação da dor do doente em fase crítica” e “após a utilização de ambas as escalas, os profissionais quando questionados de forma direta e objetiva sobre a escolha de uma delas para utilização na avaliação da dor nos doentes críticos, adultos, sedados e que não comunicam de forma verbal motora, a escolha maioritária foi pela BPS”, (2016, p.38).

Ainda no PNAD da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016, p.40) emana a diretriz que afirma que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS).”

Visto que vários estudos portugueses fiáveis indicavam a Behavioral Pain Scale como uma das mais utilizadas nas UCI portuguesas, demonstravam o seu valor e fiabilidade, e ainda pela existência da sua tradução para português já validada, incidiu-se o nosso estudo acerca da BPS.

1.5 Behavioral Pain Scale

Esta é considerada uma ferramenta para avaliar a dor em pacientes criticamente doentes, sedados e ventilados mecanicamente, incapazes de transmitir o seu sentimento de dor. A BPS avalia a dor através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e do cumprimento da ventilação mecânica. Herr, *et al.* (2011, p.240) citando Puntillo, afirma que “as expressões faciais, como caretas, carrancas e cócegas são muitas vezes observadas em pacientes criticamente doentes com dor”. “Movimento físico, a imobilidade e o aumento do tônus muscular podem indicar a presença de dor. O rasgamento e a diaforese no paciente sedado, paralisado e ventilado representam respostas autonómicas ao desconforto” (Hamill-Ruth & Marohn, 1999 citados por Herr, *et al.*, p.240).

A Behavioral Pain Scale é uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo. Utiliza essencialmente três itens postos em avaliação observacional a cada doente. Rahu, *et al.*, (2015) identificam sinteticamente os itens: Expressão facial, movimentos dos membros superiores, e a adaptação à ventilação mecânica.

A avaliação da escala utiliza scores de 1 a 4 atribuídos a cada item observado em que 1 corresponde à menor afeção observada em detrimento de uma pontuação que aumenta até ao score 4 pela maior manifestação observada. Assim a escala pode variar entre 3 a 12 pontos, onde a pontuação mais baixa corresponde a uma menor dor.

Tabela 3- Versão Portuguesa da BPS-IP/PT – (adaptado de Batalha et al., 2013)

Indicador	Item	Pontuação
Expressão Facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Careta = esgar facial	4
Movimento dos Membros Superiores (em repouso: verifique o tónus mobilizando o membro)	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao Ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

A escolha primária sobre uma escala debruçou-se sobre a BPS pela sua larga divulgação e por ser uma das mais utilizadas escala na avaliação da dor no doente crítico incapaz de comunicar (Rahu, *et al*, 2015). Este autor afirma que esta escala é mais comumente utilizada pelas suas propriedades psicométricas. Afirma também, no entanto, que existe uma carga subjetiva na avaliação que executa podendo naturalmente implicar um supertratamento ou tratamento insuficiente da dor. Uma das diferenças mais notadas por quem utiliza a escala é que a não existência de dor, que os profissionais de saúde consideram como a «dor zero» é aqui retratada como uma dor 3, ou a não existência de dor num doente incapaz de afirmar a sua dor. (Rahu, *et al*, 2015).

Ahlers, *et al*. (2010), definem a BPS como uma escala observacional a ser aplicada de preferência pela enfermeira responsável pelo doente, sendo esta validada para ser utilizada em doentes sedados e mecanicamente ventilados. O autor afirma que é fácil de usar e bem aceite na sua generalidade pelas equipas de Enfermagem. A BPS intermedeia-se em valores aceitáveis que tendo um score igual ou superior a 6 e é considerada uma dor inaceitável.

Existe uma tabela de apoio com os itens constantes da avaliação observacional (ver Tabela 3, Batalha *et al.*, 2013, p.11) já validada e traduzida para português de Portugal, que serve de base ao enfermeiro aquando da avaliação da dor. Assim, pela sua observação, o enfermeiro preenche e atribui cada item ao seu indicador fazendo no final o somatório dos itens observados. Quanto maior o score obtido maior a dor experienciada pelo doente avaliado, tendo em conta que esta escala transmite o nível

de dor em que o doente se encontra, partindo da noção de que a grande maioria dos doentes em UCI estão com dor, mesmo que essa possa ser mínima ou apenas um «desconforto».

Barr, *et al* (2013), afirmam que o doente em UCI experiencia a dor por rotina, tanto em repouso como aquando da prestação de cuidados, e recomendam que a dor seja monitorizada como uma tarefa a realizar de forma sistemática em todos os doentes adultos em UCI. Barr, *et al* (2013), nas suas investigações concluíram que a BPS como a Critical-Care Pain Observation Tool [CPOT] são as escalas mais válidas e confiáveis para monitorização da dor em UCI em doentes críticos incapazes de auto reportar a sua dor, com função motora aparentemente intacta e observável, tanto em doentes médicos, pós-operatórios ou traumatizados, excetuando apenas em casos de lesão cerebral.

Recentemente traduzida para português e validade para Portugal (Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro, 2013), a BPS constitui uma escala válida e confiável (Rijkenberg *et al*, 2017 e Batalha, Figueiredo, Marques, Bizarro, 2013) e é uma ferramenta adequada para doentes que não possuem ao momento da avaliação de capacidade de comunicar, tanto por sedação como por ventilação mecânica (Hsiung, *et al* 2016).

Barr, *et al* (2013), concluem que a utilização destas escalas exige mais investigação, mas que já se fizeram avanços significativos nesta área com o intuito de gerir melhor tanto os doentes como os resultados das intervenções não farmacológicas. Os autores acrescentam ainda que a utilização de guidelines e o planeamento de rotinas pode facilitar os profissionais perante casos de dor visto que a prática do processo leva à melhoria da sua aplicação.

1.6 Evidência científica na área da avaliação da dor

A revisão da literatura é, segundo Fortin (1999), um processo que consiste em fazer inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. Assim parte-se do princípio que há que proceder a uma busca por publicações e obras já constituídas. É, desta forma, um modo de fazer pesquisa, de catalogar e fazer uma crítica a publicações realizadas por outros autores. Pretendeu-se realizar uma sistematização da literatura existente para responder à problemática que se impunha a fim de ter em conta uma prática centrada na evidência existente. Pretendeu-se cultivar o conhecimento na área da dor, atingindo o conhecimento mais recente sobre o assunto de forma a poder produzir novo conhecimento sobre o assunto.

Através de uma leitura prévia sobre a temática da dor, supracitada no subcapítulo anterior, e de se poder concluir sobre a importância da sua avaliação, foi necessário não só reconhecer a importância e a necessidade de avaliar e monitorizar a dor, como também incidir sobre uma escala fiável que permitisse avaliá-la.

Segundo a Tomada de Posição, relativamente à Investigação em Enfermagem, parecer de 2006 da OE, (2006, p.1) “considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.”

Assim, considera-se que os enfermeiros possuem ferramentas capazes de gerar todo um processo através do qual se tomam decisões e se caminha no conhecimento utilizando a melhor evidência disponível à prática de investigação. Neste campo da investigação, também a experiência do pesquisador são tidas em conta pelo conhecimento que geram e as características das populações alvo são decisórias para o processo.

“ «Baseado na evidência» é um dos mais usados e, talvez, o menos compreendido adjetivo dos cuidados de saúde de hoje. (...) Os enfermeiros, o maior grupo profissional que presta cuidados de saúde, têm estado na vanguarda ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica” (Craig e Smith, 2002, p. prefácio).

Ferrito (2002, p.36) afirma que “(...) os enfermeiros confrontam-se com a necessidade de adotar estratégias para garantir uma aprendizagem contínua e atingir um nível de excelência na prestação de cuidados.” Assim é necessário que o enfermeiro seja cada vez mais um investigador que utilize a ferramenta da prática baseada na evidência para que aplique a mobilização de conhecimentos e aquisição de novos saberes na prática.

Craig e Smith (2002, p.4), defendem que (...) “se atuarmos de forma certa, a prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas (...). Os autores apontam ainda, relativamente ao conhecimento gerado que a meta passa por “ser-se capaz de gerir aquele conhecimento de forma a que profissionais demasiado ocupados possam ter acesso a ele e estarem atentos à sua qualidade”.

A investigação em Enfermagem surge como ferramenta na produção do conhecimento e utiliza uma base científica na condução da prática profissional da Enfermagem e credibilidade enquanto disciplina.

Primeiramente apenas aplicada à medicina e não diretamente aos cuidados de saúde, a prática baseada na evidência, definiu-se como “o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes” (Craig e Smith, 2002, p.8, citando Sackett *et al*, 1997).

Ferrito (2002, p.37) define a Enfermagem Baseada na Evidência como sendo “um novo movimento que se apoia nas bases conceptuais de Medicina Baseada na evidência (...), como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência clínica disponível para tomar decisões sobre os cuidados a prestar a cada doente”. A autora considera que a Enfermagem baseada na evidência serve então para tomar decisões sobre os cuidados de Enfermagem a prestar tendo como base a pesquisa científica que existe sobre essa temática. Utiliza assim a pesquisa científica sobre um tema que por já ter sido «pesquisado» já foi alvo de mais pensamento e revelado em maior conhecimento. Torna-se assim no melhor resultado científico para se ter em conta nos cuidados a prestar aplicando-o à prática diária.

Craig e Smith (2002) explicitam que, relativamente à Enfermagem, o desafio passa por ser o desenvolvimento e delineamento de uma base bem focalizada de evidência relativamente a tratamentos clínicos específicos para melhorar a qualidade de procedimentos clínicos e ao mesmo tempo, o delineamento de uma base mais diversa de evidência, para um conceito mais alargado de cuidados que se prestam.

Destacamos várias vantagens na utilização deste método, tais como atribuir consistência à prática da Enfermagem; justificar decisões e cuidados prestados; praticar cuidados atualizados no saber mais atual; despertar curiosidade no investigador e possibilitar novas pesquisas; despertar curiosidade nas equipas e grupos profissionais na adoção de práticas novas e comportamentos baseados no rigor científico existente, mobilizar toda uma equipa a adotar uma prática de cuidados de qualidade e consequentemente toda uma mudança no paradigma na aquisição de conhecimentos.

Craig e Smith (2002) reconhecem ainda que uma prática baseada na evidência requer tempo e recursos e que existem ainda grandes lacunas na imensa prática diária de Enfermagem a expor ao conhecimento. Ainda afirmam a parca existência de enfermeiros investigadores. Assim existe ainda um longo caminho a percorrer no banco de conhecimento que gere conhecimento.

Sendo que este conhecimento deve ser dirigido e esclarecedor, importante e relevante para a prática. Os autores anteriores apontam ainda que o enfermeiro investigador deve deter competências de apreciação crítica e saber selecionar o conhecimento mais competente.

Da mesma forma, a rápida evolução no conhecimento gera que o profissional tenha de se manter atento à emergência de novos conhecimentos e de ter em conta a experiência profissional confrontando-a com novos conhecimentos existentes.

Portanto, todo este processo pressupõe integrar a evidência na tomada de decisão relativamente à nossa prática, através da inclusão da investigação, da perícia clínica, da interpretação das necessidades e perspetivas dos doentes.

Assim, considera-se que, através de um método sistematizado é-nos possível recorrer a uma estrutura que reúne todo o conhecimento acerca de uma temática e que, através de uma pesquisa correta e exaustiva, nos proporciona também a deter o conhecimento mais atual e mais aprimorado. Deve-se ainda reconhecer a importância de outras disciplinas do saber e ir beber do conhecimento que geraram e inclui-lo nos cuidados de Enfermagem. Desta forma, o enfermeiro investigador torna-se um ser profissional mais amplo capaz, não só de incluir processos derivados da psicologia ou sociologia, como também pensar sobre toda a área organizacional e gestão.

De forma a iniciar todo o processo de busca pela evidência pretendida, tentou-se perceber inicialmente os passos importantes para a sua aquisição. Aferiu-se que primeiramente se devem converter as necessidades de informação em questões claras (Craig e Smith, 2002) e procurar evidência para responder às primeiras questões.

Leite, Malpique e Santos (1991) afirmam que formular um problema permite descrevê-lo, conhecer o seu enquadramento, as suas características, desmontá-lo e saber os seus limites.

Posto isto, e no sentido de adequar a necessidade identificada conforme o diagnóstico da situação, foi feita uma breve pesquisa, no sentido de primeiramente identificar:

- ✓ *Qual a forma mais correta de avaliar e monitorizar a dor em doentes ventilados e sedados em contexto de UCI?*

Considerou-se que, fazendo um trabalho prévio de identificação de qual seria a forma mais correta de avaliar e monitorizar a dor em doentes ventilados e sedados em contexto de UCI, se daria um largo passo para atingir o objetivo primordial que se impunha:

- ✓ *Implementar uma escala de avaliação e monitorização da dor nos doentes ventilados e sedados no serviço UCIDEM.*

Assim, pode-se afunilar a pergunta de partida e criar um objetivo mais capaz de ser cumprido, no sentido em que, quando todo este processo foi desenvolvido foram já reunidos esforços no sentido de

não dispersar a analisar escalas, mas a convergir no sentido de demonstrar a uma equipa de Enfermagem (população alvo do projeto) que este seria um caminho correto, benéfico e que traria ganhos para profissionais e para doentes.

Gerou-se aqui a conversão das necessidades de informação numa determinada questão focalizada. Passou-se para uma fase interrogatória que se tentou perceber:

- ✓ Qual a melhor maneira de avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado e sedado em contexto de UCI?

Foram integrados os resultados da pesquisa e, com base neste objetivo, preconizou-se a sistematização do conhecimento mais atualizado, baseado na evidência sobre a problemática da avaliação e monitorização da dor em doentes incapazes de comunicar, sedados e ventilados mecanicamente, em contexto de UCI.

Pela leitura de documentos existentes acerca da temática, pela abordagem inicial de escalas existente, pela inclusão de estudos sobre a preferência dos profissionais na sua utilização, pela adequação e fiabilidade e confiabilidade conferida, incidiu-se a nossa investigação sobre a escala de avaliação comportamental da dor – BPS.

Chaga-se assim à seguinte pergunta final:

- ✓ *Qual a eficácia da Behavioral Pain Scale na avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em unidade de cuidados intensivos?*

Enquanto investigadores, sentimos necessidade de começar a fazer perguntas a nós e ao que queríamos fazer, de forma a direcionarmo-nos para um caminho que se focalizasse. Confirmamos ainda por autores, que as nossas necessidades de foco se incluíam numa necessidade do investigador de orientação. Assim, compreendemos que estas questões:

- ✓ “Facilitam a pesquisa da evidência relevante;
- ✓ Possibilitam a triagem da melhor evidência da que é mais fraca;
- ✓ Ajudam a decidir se a evidência é aplicável aos nossos doentes”; (Craig e Smith, 2002, p.29).

Foi utilizado o esquema de referência PICO elaborado por Sackett *et al* (1997) e explicado por Craig e Smith (2002, p.31) que consideramos como um método que tem a sua relevância na focalização de questões a seguir.

Assim, a formulação da pergunta de partida seguiu a metodologia PICO:

- ✓ Participantes – Doentes sedados e ventilados;
- ✓ Intervenção – Monitorizar a Avaliar a dor;
- ✓ Comparação – comparação entre os diversos estudos;
- ✓ *Outcomes* – Behavioral Pain Scale;

Sabemos que identificar evidência nem sempre é fácil e que requer experiência e compreensão do processo. Esta revisão integrativa da literatura foi realizada através da pesquisa de publicações científicas existentes nas bases de dados SciVerse ScienceDirect, ScienceDirect, BMC Health Services Research, utilizando o motor de busca 'B-On', tendo em conta a questão de investigação acima descrita.

Para tal, foram definidos três conceitos-chave aferidos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): 'Nursing'; 'Intensive Care Unit'; 'Pain Measurement'. Adicionou-se o termo 'Behavioral Pain Scale' de forma a focalizar a pesquisa pelos motivos anteriormente justificados. Assim sendo obteve-se:

- ✓ A pesquisa para a palavra 'Nursing' deu origem a 9,626,653 artigos;
- ✓ Colocando a palavra 'Intensive Care Unit' acompanhada pelo operador booleano 'AND' obtivemos 555,386 artigos;
- ✓ Dado o elevado número de artigos, adicionou-se o descritor 'Pain Measurement', acompanhada pelo operador booleano 'AND', resultando em 121,733 artigos;
- ✓ Para reduzir o número de artigos presentes, excluiu-se 'Paediatric or Pediatric or Neonatal' com o operador 'NOT' resultando em 55,202 artigos;
- ✓ Adicionou-se a designação da escala pretendida no estudo 'Behavioral Pain Scale or BPS' e resultou em 27,515 artigos;
- ✓ Incluíram-se apenas resultados onde constasse apenas no título 'TI Título' e resultou em 22 artigos;
- ✓ Foi aplicado o limitador: Texto Integral que resultou em 17 artigos;
- ✓ Foi aplicado o limitador: Data de Publicação entre 2013-2018 que resultou em 10 artigos;
- ✓ Foi aplicado o limitador: Idioma em Inglês e Português que manteve o resultado em 10 artigos;
- ✓ Foi aplicado o limitador: Tipos de Fontes apenas Revistas Académicas que excluiu 1 artigo resultando em 9 artigos.

Procedeu-se a uma apreciação dos artigos obtidos e remeteu-se o resultado obtido a três questões de apreciação crítica para a prática baseada na evidência:

- ✓ "São os resultados aplicáveis ao meu contexto?"
- ✓ É a qualidade do estudo suficientemente boa para usar os resultados?

- ✓ O que significam os resultados para os meus doentes?” (Craig e Smith, 2002, p.115).

Assim, dos obtidos foram excluídos quatro artigos:

- ✓ Resultado número 3, porque após leitura do resumo constatámos que se refere explicitamente à versão/tradução/validação a versão chinesa da BPS;
- ✓ Resultado número 6, porque após leitura do resumo constatámos que incide numa escala que não é a BPS;
- ✓ Resultado número 8, porque após leitura do resumo constatámos que se refere explicitamente à tradução/adaptação/validação da versão da BPS para o Taiwan;
- ✓ Resultado número 9, porque após leitura do resumo constatámos que é o mesmo artigo que já obtivemos no resultado número 7, um é a versão em inglês do original que é em Português;

Seguem-se os critérios de inclusão e exclusão utilizados no decorrer da pesquisa, bem como todos estes passos dados até à obtenção de apenas cinco artigos.

Tabela 4 - Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão (elaborada pelo próprio autor)

Critérios de Inclusão		Critérios de Exclusão	
Limitadores da Pesquisa			
Texto Integral		Desenquadrados da temática Repetição de artigo	
Data de Publicação (20130101-20181231)			
Idioma: Inglês e Português			
Tipos de Fontes: Revistas Académicas			

Comumente designada, a evidência é uma qualidade do que é evidente, do que está claro, algo objetivo que se torna visível a todos. Segundo o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada em Evidências (2014, p.8), a evidência científica é “formada pelo conjunto de informações utilizadas para confirmar ou negar uma teoria ou hipótese científica”, decorrendo através de pesquisas científicas.

Quando selecionado determinado estudo, deve-se averiguar os resultados encontrados de forma a perceber se a intervenção foi, ou não, a mais adequada, se foi experienciada positivamente pela pessoa ou população-alvo ou se teve os efeitos anteriormente analisados. Em apêndice nº1 encontram-se as tabelas descritivas dos artigos (Apêndice 1).

De forma a comprovar a evidência dos artigos selecionados, foi utilizada a tabela de Stillwell *et al* (2010) evidenciada pelo Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada em Evidências (2014). Aferiu-se que:

Tabela 5 - Produções Científicas: Níveis de Evidência (elaborada pelo próprio autor)

Artigos	Tipo de Evidência	Nível de Evidência
Artigo 1	Estudo prospetivo e de coorte observacional	Nível IV
Artigo 2	Estudo prospetivo e de coorte observacional	Nível IV
Artigo 4	Estudo Transversal	Nível III
Artigo 5	Estudo de caracter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica	Nível IV
Artigo 7	Estudo prospetivo observacional	Nível IV

O artigo número 1 realizou uma comparação da confiabilidade, consistência interna e validação discriminante da BPS e da CPOT simultaneamente em doentes ventilados após cirurgia cardíaca. Teve como objetivo perceber se a BPS e a CPOT são ferramentas de avaliação comportamental da dor fiáveis em doentes críticos e inconscientes. Para tal, elaborou um estudo prospetivo e de coorte observacional utilizando uma amostra retirada de uma UCI com 20 camas, com doentes médicos, cirúrgicos e de cirurgia cardíaca num hospital universitário em Amsterdão, na Holanda. Participaram 72 doentes entubados e ventilados após cirurgia cardíaca incapazes de auto-reportar dor. Assim, para levar a cabo este estudo 2 enfermeiros avaliaram a BPS e a CPOT simultaneamente e independentemente durante 4 momentos: repouso, procedimento não doloroso – higiene oral, novamente em repouso e procedimento doloroso – posicionamento. Obteve-se que ambos os scores, tanto BPS como CPOT, mostraram um aumento significativo de 2 pontos entre repouso e posicionamento. Apresentou que o score médio da BPS no enfermeiro 1 mostrava um aumento significativo de 1 ponto entre o repouso e o procedimento não doloroso – higiene oral, enquanto que na avaliação com a CPOT o score médio não se alterou.

Os autores deste estudo concluíram que ambas as escalas, BPS e CPOT, são ferramentas de avaliação válidas e confiáveis num cenário clínico diário, no entanto, a validação discriminante de ambos os scores parece menos satisfatória em doentes sedados ou agitados. O artigo número 1 evidencia ainda que os seus autores remetem que o tópico em questão requer mais investigação.

O artigo número 2 realizou uma comparação discriminante e de confiabilidade entre a BPS e a CPOT simultaneamente em doentes ventilados numa UCI mista de adultos. Este estudo tentou perceber se tanto a BPS como a CPOT são ferramentas de avaliação comportamental da dor em doentes não

comunicantes e sedados, em UCI. Foi elaborado um estudo prospetivo e de coorte observacional utilizando uma amostra retirada de um serviço de UCI misto de adultos em Amsterdão, na Holanda. Neste estudo participaram 68 doentes ventilados incapazes de auto-reportar dor. Para proceder a este estudo, 2 enfermeiros avaliaram simultaneamente e independentemente a BPS e a CPOT em 4 momentos distintos: em repouso antes de um procedimento não doloroso, durante o procedimento não doloroso – higiene oral, em repouso imediatamente antes de um procedimento doloroso e durante um procedimento doloroso – posicionamento. Este estudo mostrou que ambos os scores, tanto o score da BPS como o score da CPOT mostraram um aumento significativo de 2 pontos entre o repouso e o procedimento doloroso (posicionamento). Mostrou também que a média de score da BPS entre o repouso e o procedimento não doloroso mostrou um aumento significativo de 1 ponto enquanto que a CPOT se mantinha inalterada. Concluiu-se que ambas as escalas mostraram ter uma confiabilidade interavaliador aceitável. Os autores concluíram que este estudo mostrou que a BPS e a CPOT são ambas confiáveis e válidas para uso num cenário clínico diário. No entanto, apesar de ambos os scores aumentarem com presumíveis estímulos de dor, a validação discriminante do uso da BPS é menos suportada porque o seu score aumenta durante estímulos não dolorosos. Os autores afirmam que a CPOT parece ser preferível neste grupo de doentes especialmente tendo em conta a sua validação discriminante.

O artigo número 4 realizou um estudo preliminar fazendo uma análise psicométrica da Behavioral Pain Scale versão Brasil em doentes adultos sedados e mecanicamente ventilados. Pretendeu traduzir a BPS para português do Brasil verificando as suas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade e capacidade de resposta) bem como verificar a correlação entre dor avaliada e a frequência cardíaca, tensão arterial, escala de Ramsey e escala de RASS. Neste estudo transversal participaram 15 indivíduos adultos sedados e mecanicamente ventilados em modo controlado com doença neurológica traumática. Teve lugar numa UCI de um hospital público universitário em Aracaju (Sergipe/Brasil), hospital de Urgências de Sergipe. Dois investigadores inferiram acerca da intensidade da dor usando a versão brasileira da BPS, a FC e a TA em 3 momentos diferentes: repouso, durante a lavagem ocular e aspiração de secreções traqueal, registando a gravidade da doença, o uso de sedativos e os analgésicos.

Os autores concluíram que houve um alto coeficiente de resposta e a dor foi significativamente mais alta durante a aspiração de secreções traqueal e a lavagem ocular do que em repouso. Ficou evidente uma baixa confiabilidade e nenhuma correlação significativa entre o score da BPS traduzida e parâmetros fisiológicos durante a aspiração de secreções traqueal, escalas de sedação, perfusão de sedativos ou com o estado geral de saúde.

O artigo número 5 realizou um estudo acerca da precisão da CPOT e da BPS para avaliar a dor em doentes críticos conscientes e inconscientes. Teve como objetivo comparar as duas escalas usadas comumente para avaliação da dor: CPOT e BPS, em doentes conscientes e inconscientes. Pretendeu ainda identificar os parâmetros mais relevantes para determinar alterações nas escalas da dor durante os procedimentos de Enfermagem, comparar ambas as escalas com a Visual Analog Scale (VAS) e ainda identificar a melhor combinação de escalas para avaliar a dor em doentes incapazes de comunicar. Para tal, os autores levaram a cabo um estudo prospetivo observacional com 101 doentes, num total de 303 avaliações durante 3 dias após a admissão destes em UCI. Destes 101 doentes, consideraram 41 doentes conscientes e 60 doentes inconscientes.

O procedimento passou por realizar avaliações com ambas as escalas 1 minuto antes, durante e 20 minutos após procedimento de Enfermagem em doentes conscientes e inconscientes. Foi ainda feito o registo da VAS quando possível nos doentes conscientes. Foi calculado para ambas as escalas o critério e a validação discriminante, avaliando a exatidão das escalas individualmente, a sensibilidade e a especificidade, concordância entre as duas escalas e calculou-se o tamanho do efeito para identificar a força de um fenómeno.

Os autores obtiveram que tanto a CPOT como a BPS mostraram um bom critério e validade discriminante. Consideraram a BPS como mais específica que a CPOT, no entanto menos sensível. Tanto os scores da CPOT como da BPS foram significativamente correlacionados com a VAS. E a combinação da CPOT com a BPS resultou numa melhor sensibilidade. Os autores consideraram a expressão facial como o principal parâmetro para determinar mudanças no tamanho do efeito das escalas da dor.

Os autores concluíram que em doentes críticos mecanicamente ventilados a CPOT e a BPS podem ser usadas para a avaliação da intensidade da dor com diferente sensibilidade e especificidade. A combinação de ambas pode resultar na melhoria da precisão para detetar a dor em comparação com a utilização das escalas sozinhas.

O artigo número 7 realizou um estudo que levou a cabo a adaptação cultural e das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Behavioral Pain Scale em doentes entubados. Este estudo pretendeu adaptar a semântica e culturalmente para português a escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patients (doentes entubados) e avaliar as suas propriedades psicométricas em doentes internados em UCI em ventilação mecânica e com patologia médica e/ou cirúrgica. Este estudo de carácter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica da escala referida, que decorreu em duas fases: validação semântica e cultural da BPS-IP/PT e estudo das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade)

Foi levado a cabo pela aplicação da escala por dois observadores de forma simultânea e independente a 60 doentes de uma amostra selecionada de forma acidental. Estes 60 doentes estavam internados em UCI em ventilação mecânica. Efetuou-se assim um processo onde na primeira fase um painel composto por cinco elementos: três enfermeiros que trabalham em UCI e com formação específica na avaliação da dor, um professor de Enfermagem perito em avaliação da dor e um tradutor, validaram semântica e culturalmente uma versão de consenso. Este painel inferiu acerca da equivalência cultural e semântica dos conceitos, sua relevância para os profissionais de saúde e sobre a coerência gramatical. Na segunda fase procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas da BPS-IP/PT, através da colheita de dados de três enfermeiros com idades entre os 28 e 30 anos que frequentaram com aproveitamento uma formação sobre avaliação da dor com duração de 60 horas e que já tinham experiência na utilização da escala numa versão traduzida. Foi aplicada a escala BPS de forma independente e em simultâneo por dois enfermeiros, dos três que participaram na recolha de dados, da qual resultaram 120 observações.

Os autores, na primeira fase obtiveram uma versão de consenso que foi posteriormente comparada com a versão original para se obter a equivalência. Na segunda fase obteve-se uma variância explicada entre 67.96% 68.14%. A consistência interna calculada pelo Alpha de Cronbach variou entre 0.65 e 0.73. O nível de concordância entre observadores variou para cada item entre um valor de Kappa de 0.2 e 0.66. O coeficiente de concordância intraclasse entre observações para o score total foi de 0.79

Concluíram que a versão portuguesa a BPS-IP/PT quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica internados em UCI revelou ser válida e fiável.

2. ESTÁGIOS

Este capítulo apresentará os estágios realizados ao longo do segundo e terceiro semestre do curso, compreendidos entre 2 de maio de 2017 e 27 de janeiro de 2018. Estes foram divididos em Estágio 1 e Estágio Final, o qual se divide em dois estágios em locais distintos.

2.1 Estágio 1

O Estágio 1 pertenceu à Unidade Curricular Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, integrada no 2º semestre. Teve uma duração de 6 semanas com uma carga horária de 24 horas semanais correspondendo a 8 ECTS o equivalente a 130h de contacto direto. O Estágio 1 realizou-se no período compreendido entre 2 de maio e 17 de junho de 2017 e teve local no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos 2 [UCI2] do Hospital Infanta Cristina, na cidade espanhola de Badajoz. Foi docente responsável a professora Maria da Graça F. da Gama Pereira Antunes de Carvalho, docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Este primeiro estágio teve como objetivos de aprendizagem propostos em planeamento da Unidade Curricular:

- ✓ Prestar cuidados à pessoa/família em situações de urgência;
- ✓ Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em situações de urgência;
- ✓ Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em situações de urgência;
- ✓ Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situações de urgência;
- ✓ Identificar os focos de instabilidade;
- ✓ Assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes da situação de urgência;
- ✓ Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de urgência;
- ✓ Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação de urgência.

Preconizava-se o ingresso num SU o que não veio a acontecer pela oportunidade de experienciar um serviço além-fronteiras e uma realidade profissional, que pelas diferenças expectáveis, pudesse ser uma mais-valia na aprendizagem.

2.1.1 – UCI2: Caracterização do local de estágio – Hospital Infanta Cristina de Badajoz

O Hospital Infanta Cristina de Badajoz pertence ao *Servicio Extremeño de Salud* [SES] e faz parte do Complexo Hospitalar Universitário de Badajoz, na província da Extremadura, juntamente com Hospital Perpetuo Socorro, Hospital Materno Infantil e o Centro de Especialidades.

É um hospital central, polivalente, que abrange uma população de cerca de 270 mil pessoas (segundo informação da *Memoria de actividad y científica del área de Salud de Badajoz*, 2016), e que pela diversidade de meios materiais e humanos nos possibilitou uma aprendizagem diversificada e uma observação específica de contextos. Este tem instaladas cerca de 913 camas de hospitalização possuindo uma residência de familiares. Tem como missão relativamente ao serviço eleito atender todo o tipo de paciente médico ou cirúrgico prestando assistência aos doentes de todas as idades em situação crítica com patologia de qualquer tipo em íntima colaboração com os demais serviços hospitalares.

2.1.2 – UCI2: Espaço físico

A UCI2 no Hospital Infanta Cristina dispõe de uma vasta área dimensional que inclui espaços confinados a âmbitos distintos. Divide-se em zona de balneários, zona de arrumações e arrecadações, zona de gabinetes e áreas de chefias e dos responsáveis clínicos, zona de familiares e visitas, zona de informação médica a familiares e a zona de atuação clínica onde se diferenciam duas UCI: 1 e 2. De salientar que existe um circuito próprio de entrada de profissionais e visitas onde se possibilita o fardamento dos profissionais e a colocação de equipamento de proteção individual por parte das famílias e visitantes.

Na zona clínica afeta à UCI2, onde só é possível permanecer com fardamento próprio, existem 15 boxes (designação dada a cada unidade do doente) com possibilidade de se criarem quartos de isolamento em sete dessas boxes por terem estruturas físicas com portas, sendo uma específica para transplantes hepáticos. Destas sete boxes é possível realizar tratamento de substituição renal de Hemodiálise em duas, e nas restantes boxes tratamento de Hemodiafiltração.

Existe uma sala de médicos, dois armazéns de material, uma sala de terapêutica com gasómetro, uma sala de sujos e limpeza, uma copa, duas centrais de telemetria com bancada de computadores, uma zona de cadeirões e uma grande área de circulação que deve estar sempre desimpedida. Neste serviço existem dois carros de emergência chamados de «carros de parada», semelhantes aos existentes nos serviços portugueses e dois «maletins de emergência» que são malas de emergência que acompanham

os doentes a cada deslocação dentro do hospital ou fora dele. Estes «maletins» para além de terapêutica e material consumível estavam dotados de laringoscópio e material de entubação traqueal.

Cada box do doente dispõe de uma cama, material consumível e aparelhagem própria de bombas infusoras, rampa de vácuo, rampa de oxigénio e de ar, e material adequado a monitorização específica necessária. Dispõe de um ventilador, um computador com o sistema informático, bancada de trabalho para preparação de terapêutica e zona de roupa limpa. Existem dois contentores de lixo e um contentor de cortantes e perfurantes.

2.1.3 – UCI2: Funcionamento do serviço

Como hospital universitário que é, recebe estudantes de todas as áreas da saúde e os seus profissionais estão familiarizados e vocacionados a trabalhar com e em prol destes. A escolha desta unidade hospitalar prendeu-se não só pela proximidade de Portalegre, como também pela mais-valia em conhecer uma realidade diferente, dotada de tecnologia moderna com a qual nunca foi possível o contacto. Este serviço é uma UCI de referência pelo que na maioria das vezes apenas recebe doentes, não realizando transferências visto que os recursos mais diferenciados existem aqui. Recebe doentes provenientes do serviço de emergência médica externo, do SU e reanimação, do bloco cirúrgico e de todos os outros serviços existentes. É uma unidade polivalente com predominância dos doentes neurológicos, politraumatizados, transplantados e em casos de preparação de dadores de órgãos em assistolia.

Atendendo à classificação portuguesa, esta UCI é de Nível III, correspondendo a uma UCI que deve “ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de Enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; detém acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade e tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (Penedo *et al*, 2013, p.399).

2.1.4 – UCI2: Recursos humanos e metodologia de trabalho

O serviço UCI2 tem um enfermeiro supervisor, um enfermeiro chefe, uma equipa de Enfermagem com 24 enfermeiros, recebendo ainda enfermeiros de uma bolsa de substituição, de forma esporádica para colmatar as necessidades diárias do serviço. Fazem ainda parte deste serviço a equipa de Celadores (profissão que não existindo em Portugal, assemelha-se a um assistente operacional mas apenas auxilia

nos posicionamentos e mobilizações dos doentes, executa tarefas dependentes de enfermeiros e auxiliares de Enfermagem e realiza transferência de documentos ou materiais entre serviços), de Auxiliares de Enfermagem, um equipa médica com um diretor clínico, auxiliares de limpeza e armazém, e um administrativo que não estando fisicamente no serviço acompanha-o através de uma central telefónica disponível no edifício. Participaram também neste cenário de estágio todos os alunos do curso de Enfermagem da Universidade da Extremadura, os enfermeiros que realizaram práticas do Curso de Complemento do Sindicato de Enfermagem da Extremadura (correspondente a Cursos de Pós-Graduação) possibilitando uma maior complexidade e diversidade nas aprendizagens obtidas.

O contacto com todos estes profissionais trouxe um contributo benéfico a esta prática clínica tanto no contexto pessoal como profissional, na medida em que a diversidade nos permite desenvolver características que a paridade muitas vezes nos impossibilita. A diversidade cultural existente abriu-nos horizontes na prestação de cuidados multiculturais, holísticos e abertos à diferença. Apesar da curta distância entre duas cidades, a sua realidade cultural é distinta e os problemas que a afetam sendo semelhantes tornam-se diferentes na sua abordagem. Experimentar doentes com efemeridades habituais em contextos diferentes leva-nos à superação da adaptação profissional no meio em que nos inserimos.

Cada enfermeiro realiza cerca de 35 a 40 horas semanais, dependendo do tipo de contrato. A equipa de Enfermagem tem dois enfermeiros a realizar apenas manhãs e tardes, 21 enfermeiros em horário de *roulement* e uma responsável de serviço que, não estando na prestação direta de cuidados, tem horário fixo. Os turnos das manhãs e das tardes são de 7 horas, com início às 8 horas e às 15 horas, respetivamente, e os turnos da noite de 10 horas, com início às 22 horas.

Na realidade espanhola não existem as especialidades tal como se apresentam em Portugal. No entanto, existem também especialidades de Enfermagem e a obtenção de grau de Mestre. Apenas dois enfermeiros do serviço eram detentores do grau de mestrado, nenhum possuía alguma especialidade, mas muitos já tinham realizado cursos de práticas em UCI realizados pelo sindicato de Enfermeiros.

O método de trabalho utilizado é o do enfermeiro responsável, pelo que cada enfermeiro realiza todas as atividades ao seu doente conjuntamente com o auxiliar de Enfermagem e o auxílio do celador. Cada profissão tem as suas funções distintas e por isso mesmo é impossível comparar a atuação de cada profissional com o Enfermeiro português. No entanto, os rácios Enfermeiro-doente são praticamente iguais quando comparados com a realidade portuguesa. Neste serviço cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados a, no máximo, 3 doentes, sendo que na maioria das vezes cada enfermeiro era responsável por dois doentes.

A passagem de turno neste serviço é um momento de comunicação em Enfermagem por excelência tal como em Portugal, no entanto, este é feito junto do doente e apenas realizado entre o enfermeiro que recebe o doente e aquele que lhe prestou cuidados. Neste serviço o período de visitas é diário e compreende-se entre as 17 horas e as 18 horas, e no máximo duas visitas alternadamente com equipamento de proteção individual.

O sistema informático de apoio à prática clínica chama-se Sistema Innovian® Solution Suite – do fabricante Draeger e possibilita que todos os profissionais de saúde façam os seus registos a cada momento num único programa. Este sistema informático reúne informações clínicas médicas, de Enfermagem, registos de auxiliares de Enfermagem e relatórios de Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Possibilita a reunião de toda a informação no processo do doente, passível de ser consultada por cada prestador de cuidados, centralizando-se num sistema único, compreensível por todos e adaptado a cada área. Possibilita ainda a conexão com o gasómetro na introdução de codificação de colheitas sanguíneas realizadas ao doente. Torna-se central e, tal como na realidade da prestação de cuidados de cada profissional a cada doente, holístico na visão integrativa da informação e da sistematização que reúne. A comunicação entre equipa, doentes e famílias foi um ponto fundamental. A barreira linguística foi contornada com a boa vontade de quem nos recebeu desde o primeiro momento e o esforço por nós feito, auxiliados pela consulta de dicionários na internet.

O enfermeiro orientador deste Estágio 1 é espanhol, enfermeiro há mais de 15 anos, tendo trabalhado 10 anos em Lisboa e com um português fluente, capaz de facilitar a comunicação e quebrar barreiras entre toda a equipa. O espírito de curiosidade com que se partiu para este estágio em muito facilitou a barreira linguística. O enfermeiro orientador Trabalha na UCI2 há cerca de 2 anos e em exclusivo. Exerce um horário de escala de 5 manhãs, duas folgas, 5 tardes, numa carga semanal de 35 horas, pertencendo aos quadros do Hospital Infanta Cristina.

Visto que no serviço UCI 2 não existe um plano de formação de serviço, nem um modelo de integração de novos profissionais, os objetivos que se definiram tenderam a adequar-se ao local de estágio de acordo com o orientador, com a docente responsável pelas indicações do documento orientador da UC, com os documentos existentes no serviço que designam as funções dos profissionais e com as competências gerais do enfermeiro especialista e das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

2.1.5 – UC12: Objetivos de estágio

Os objetivos definidos para este estágio 1 foram:

- ✓ Mobilizar conhecimentos sobre doentes em situação crítica nas suas diferentes dimensões (fisiopatologia, biopsicossocial, espiritual e cultural);
- ✓ Compreender os processos fisiopatológicos, biológicos e sociais do doente crítico nas circunstâncias proporcionadas;
- ✓ Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo como base cuidados de Enfermagem atualizados e de maior evidência.

Estes foram definidos durante a primeira semana deste estágio e entregues à docente responsável enunciando as atividades desenvolvidas para cumprir estes objetivos (Apêndice 2). No final do estágio foi ainda realizado um estudo-caso com o tema «Dador de órgãos em assistolia». Este estágio permitiu a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas UC que o antecederam, desenvolvendo uma prática de cuidados à pessoa e família que experienciam situações de urgência, agudização da situação de doença crítica ou falência orgânica. Contribuiu largamente para a aquisição e consolidação das UC prévias ao mesmo e permitiu desenvolver e adquirir competências de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

2.2 Estágio Final

O Estágio Final pertenceu à Unidade Curricular Estágio Final, integrada no 1º semestre do 2º ano de curso. Teve duração entre o período compreendido de 18 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018, uma carga horária total de 336 horas, perfazendo 388 horas de contacto direto, correspondendo a 24 ECTS. Foi docente responsável pela UC a professora doutora Maria Dulce dos Santos Santiago e o docente orientador o professor doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro.

Dividiu-se este período de Estágio Final em dois estágios distintos, um com 256 horas (32 turnos de 8 horas) designado neste relatório como Estágio Final 1, e o segundo com 80 horas (10 turnos de 8 horas) designado neste relatório como Estágio Final 2. Durante este período, e de forma a potenciar as atividades desenvolvidas neste estágio, foram proporcionadas atividades extra campo de estágio, como a participação em Jornadas, Simpósios e colaboração prática na implementação dos projetos de colegas de Especialidade.

Foram propostos em planeamento da UC os seguintes objetivos deste Estágio Final:

- ✓ Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em Enfermagem Médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- ✓ Saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- ✓ Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- ✓ Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Pretendeu-se que este estágio fizesse a articulação e integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares já desenvolvidas e que permitisse a mobilização de saberes já adquiridos nas diferentes atividades a realizar durante esta prática clínica.

Preconizava-se a realização deste estágio em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes; Unidades de Cuidados Intensivos Específicas; Unidades de Pré-Hospitalar ou Bloco Operatório. Assim sendo, o Estágio Final 1 realizou-se no serviço de UCI Doutor Emílio Moreira e o Estágio Final 2 no SU Geral, ambos no Hospital Doutor José Maria Grande, em Portalegre, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Definiu-se que esta prática clínica decorresse sob orientação de um enfermeiro preferencialmente especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica com supervisão pedagógica do docente orientador, Professor Doutor Adriano Pedro.

2.2.1 – UCIDEM: Caracterização do local de estágio – Hospital Doutor José Maria Grande, Portalegre

O Hospital Doutor José Maria Grande foi o cenário do Estágio final. Foi eleito por ser o hospital onde realizamos a nossa atividade profissional diária de forma a conciliar turnos de estágio com turnos profissionais. No entanto, o nosso serviço de origem foi eleito pela vontade de ver erguer um projeto de

intervenção no seio deste, possibilitando a utilização deste percurso formativo de especialização e mestrado para também contribuir no desenvolvimento deste local e destes profissionais.

Este hospital serve a população do distrito de Portalegre e presta cuidados a cerca de 92 mil habitantes. (dados de 1999, acedido em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/> a 20/02/2018). Está integrado na área de cobertura hospitalar do país e viu o seu início de trabalhos em janeiro de 1975. Dispõe atualmente de 141 camas de internamento.

O Hospital Doutor José Maria Grande faz parte da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, uma entidade pública empresarial [ULSNA, EPE]. Para além deste hospital, fazem ainda parte o Hospital de Santa Luzia na cidade de Elvas e o Agrupamento de Centros de Saúde S. Mamede. A ULSNA, EPE foi constituída em 2007 (pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007), e é uma “entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre” (acedido em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>). Ainda com a mesma fonte é possível compreender que a sua missão passa por “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde”. Rege-se segundo o “respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; a excelência técnica; a acessibilidade e equidade dos cuidados; a promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; a motivação e atuação pró-ativa; a melhoria contínua; o trabalho de equipa; e o respeito pelas normas ambientais.” (acedido em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>).

O objeto primordial desta unidade local de saúde passa pela “prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, (...) bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, (...) desenvolver atividades de investigação, formação e ensino (...)”. (acedido em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>). Desta forma, e atendendo à missão, valores e objetivos, a ULSNA, EPE, revelou-se uma instituição capaz de fornecer disponibilidade e compreensão na integração de alunos em contexto de especialidade nos seus serviços e equipas, tendo demonstrado interesse nos projetos desenvolvidos desde o primeiro contacto. Como profissionais da ULSNA tentámos desde o primeiro momento que houvesse uma relação de transparência e de entajuda recíproca, de forma a que a nossa presença pudesse ser sentida como benéfica tanto aos profissionais dos serviços eleitos como à instituição.

A demonstração de implementar nesta unidade local de saúde projetos e programas que visassem em primeira instância ganhos em saúde e a melhoria dos cuidados prestados, cativou a curiosidade por parte dos órgãos de gestão da instituição nos projetos o que também nos fez sentir mais motivados. O interesse comum, entre instituição e estudantes provocou deste o primeiro momento estímulo positivo num diagnóstico de necessidade, na implementação de algo que fosse útil e que deixasse todas as partes visadas mais ricas.

2.2.2 – UCIDEM: Contexto geral

A UCI do Hospital Doutor José Maria Grande foi fundada em 1977 pelo médico Dr. Emílio Moreira, primeiramente no piso 4 do atual hospital, recebendo doentes críticos adultos e agudizados provenientes de outros serviços deste hospital. Em 1993 recebe a designação de UCI polivalente passando a ter a sua designação com o nome do médico que a fundou. No entanto, só dois anos mais tarde esta veria reconhecida como tal com a permanência médica 24 horas por dia.

No ano de 2004 este serviço acomoda-se nas atuais instalações, criadas de raiz para este efeito e nasce em julho de 2004 a Unidade de Cuidados Intermédios [UCINT]. Esta partilha o mesmo espaço envolvente funcionando na sala anexa à sala de intensivos. Assim, atualmente, a UCIDEM detém duas valências: UCI e UCINT, que partilham a mesma equipa multidisciplinar, material técnico e recursos.

A ocupação total da UCIDEM é de 10 doentes, sendo que existem 5 unidades de doente na UCI e 5 na UCINT. Na UCI, existe um quarto de isolamento com antecâmara e uma cama permanentemente ocupada com uma doente crónica ventilada. Na UCINT existe uma cama exclusiva a tratamento de substituição renal – Hemodiafiltração.

Cada unidade do doente da UCI tem uma cama, uma calha com aparelhagem de bombas e seringas infusoras, monitorização cardíaca com telemetria, rampa de vácuo, rampa de oxigénio e de ar e um ventilador. Local específico de lixos e de contentores de cortantes. Na UCINT cada unidade do doente tem uma cama, uma calha com aparelhagem de bombas e seringas infusoras e monitorização cardíaca com telemetria. Existem ainda dois ventiladores que servem todas as unidades da UCINT.

Tanto a UCI como a UCINT têm um carro de emergência com desfibrilhador, uma bancada de trabalho e posto de Enfermagem com computador e central de telemetria. Para toda a UCIDEM existe uma mala médica de transporte.

Existem ainda 3 ventiladores de ventilação não invasiva, um gasómetro, ecocardiógrafo, eletrocardiógrafo e duas máquinas de técnicas de substituição renal.

Neste serviço os registos de Enfermagem são realizados à mão em impressos próprios para o efeito, é utilizado o sistema informático de apoio à terapêutica CPC HealthCare Solutions®, sistema SClinico® (apenas utilizado para a requisição de dietas à cozinha do hospital) e processos clínicos em papel ou consultado diário clínico em SAM - Sistema de Apoio ao Médico.

Está instituído neste serviço, como apoio à gestão de recursos da equipa de Enfermagem, a avaliação da carga de trabalho em Enfermagem pelo score TISS-28 (Intervention Scoring System).

2.2.3 – UCIDEM: Espaço físico

O complexo espacial que envolve a UCIDEM está organizado em áreas distintas. Possui:

- ✓ entrada de profissionais
- ✓ gabinete de administrativo;
- ✓ copa;
- ✓ balneários de homens e de mulheres com respetivas casas de banho;
- ✓ sala de sujos e despejos;
- ✓ entrada de familiares com zona de higienização e lavagem das mãos e zona de equipamentos de proteção individual;
- ✓ gabinete medico/sala de reuniões;
- ✓ quarto médico;
- ✓ gabinete de Enfermagem;
- ✓ sala de armazém, onde está o material consumível, roupa limpa e aparelhos de ventilação mecânica não invasiva;
- ✓ sala de Enfermagem onde se realiza a passagem de turno e ainda existem materiais de monitorização, consumíveis e fluidoterapia, bem como o frigorífico da medicação e o gasómetro;
- ✓ sala de intensivos e respetivos postos de Enfermagem com computador e telemetria;
- ✓ sala de cuidados intermédios e respetivos postos de Enfermagem com computador e telemetria;
- ✓ quarto de isolamento com antecâmara;
- ✓ corredor/área de circulação
- ✓ armazém externo, que é no edifício anexo, mas que pertence a este serviço.

2.2.4 – UCIDEM: Funcionamento do serviço

Este serviço recebe doentes provenientes do SU, do Bloco Operatório em processo de recobro, agudizações de restantes serviços do hospital e doentes internados em programa de diálise impossibilitados pelas suas condições médicas de se deslocarem às clínicas de hemodiálise. Recebe ainda doentes provenientes do hospital de Santa Luzia em Elvas em casos em que este não consegue dar resposta pela não existência de medicina intensiva. Ainda recebe doentes de hospitais centrais que venham para a área de residência. São efetuadas transferências de serviço sempre que necessárias, de acordo com a indicação médica e necessidade do doente.

2.2.5 – UCIDEM: Recursos humanos e metodologia de trabalho

A equipa multidisciplinar da UCIDEM é constituída por equipa de Enfermagem, equipa médica, diretor clínico e chefe de Enfermagem, equipa de assistentes operacionais, administrativo, equipa de limpeza, serviço de copa e todos os profissionais que se deslocam ao serviço para realização de prestação de cuidados aos doentes como sendo fisioterapeutas, fisiatras, psicólogos, técnicos de diagnóstico e terapêutica. A equipa de Enfermagem é constituída atualmente por 26 enfermeiros e uma enfermeira chefe. Destes, 24 elementos estão em roulement, um elemento que só faz manhãs e tardes, um elemento apenas faz manhãs e a enfermeira chefe está de horário fixo. Existem 23 enfermeiros a realizar uma carga horária de 35 horas semanais e 3 enfermeiros a realizar 40 horas semanais, dependendo do seu contrato com a instituição, no entanto todos pertencem aos quadros da instituição.

Neste serviço o turno da manhã é das 8 às 16 horas, o turno da tarde das 16 às 23:30 horas e o turno da noite das 23:30 às 8 horas. Sendo considerado em comum acordo de equipa que cada turno possui 8 horas.

A passagem de turno, tal como já referido neste relatório, é o momento de comunicação por excelência e realiza-se a toda a equipa na passagem de turno da noite para a manhã, na sala de Enfermagem. Nos restantes turnos, a passagem de turno acontece na sala onde cada enfermeiro fica a desempenhar funções, sendo feita apenas aos dois enfermeiros aí distribuídos.

O rácio enfermeiro-doente é de, no máximo, de 2,5 doentes por enfermeiro, sendo que estão escalados para o turno da tarde e da noite 4 enfermeiros para as duas valências, e 6 enfermeiros no turno da manhã.

A equipa de Enfermagem da UCIDEM tem apostado largamente na sua formação, assim existem no serviço:

- ✓ 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica;
- ✓ 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação;
- ✓ 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária.

O método de trabalho utilizado é o método de trabalho por enfermeiro responsável, de acordo com processo de Enfermagem e tal como instituído na ULSNA.

Atendendo à classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a UCIDEM é considerada uma UCI polivalente de nível II, isto é, tem “capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, etc.), pelo que deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior; e deve ter acesso permanente a médico com preparação específica. Neste tipo de UCI preconiza-se que o rácio enfermeiro/doente seja de 1/1,6” (DGS, 2014, p.8).

Neste serviço o período de visitas é diário e compreende-se entre as 14 e as 15 horas. Podem entrar na visita no máximo duas pessoas alternadamente desde que equipadas com equipamento de proteção individual.

2.2.6 – UCIDEM: Objetivos de estágio

A prática clínica na UCIDEM decorreu sob orientação de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, e com supervisão pedagógica do professor doutor Adriano Pedro. O enfermeiro orientador é enfermeiro há cerca de 10 anos e trabalha na UCIDEM há 5 fazendo 35 horas semanais em horário de *roulement*.

Foram consultados vários documentos com vista à preparação do projeto a implementar: o Plano de Integração de novos profissionais na UCIDEM; de normas e circulares normativas existentes; documentação interna da instituição e o plano de formação em vigor. Em conjunto com o orientador de estágio e o docente orientador, atendendo às orientações obtidas pela enfermeira chefe e diretor clínico do serviço, foram sendo investigadas as necessidades existentes, fazendo um diagnóstico prévio da situação.

Na primeira semana de estágio foram definidos os objetivos de estágio final e propostas atividades para os cumprir, de forma à aquisição de competências com vista a construir um projeto ajustado à tipologia e organização da realidade onde o estágio decorre (Apêndice 3).

- ✓ Mobilizar conhecimentos sobre os doentes em situação crítica nas suas diferentes dimensões (fisiopatológica, biopsicossocial, espiritual e cultural);
- ✓ Compreender os processos fisiopatológicos, biológicos e sociais do doente crítico nas circunstâncias proporcionadas;
- ✓ Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo como base cuidados de Enfermagem atualizados e de maior evidência.

No decorrer deste estágio foi elaborado um plano de intervenção do projeto a implementar após ser efetivado o diagnóstico da situação (Apêndice 4).

No final deste estágio foi elaborado um artigo de revisão de literatura para posterior publicação (Apêndice 5).

Com este estágio foi possível não só um desenvolvimento profissional especializado como uma evolução na forma como o pensamento articula tudo o que até então foi aprendido. Houve uma concreta mobilização dos conhecimentos adquiridos levando a uma prática diária, aos doentes e às famílias, baseada na evidência após investigação. Foram consolidados saberes e postas em prática competências que pertencem a Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

2.2.7 – SU: Caracterização do local de estágio

O SU do Hospital Doutor José Maria Grande é uma urgência médico-cirúrgica e divide-se em dois serviços distintos em espaço físico, mas que partilham equipas e recursos: o SU Geral e o Serviço de Observação [SO]. O primeiro ocupa-se da prestação de cuidados de saúde urgentes ou emergentes aos doentes. O SO ocupa-se dos doentes que permanecem em vigilância contínua após recorrerem ao SU, funcionando como um serviço de internamento.

Este estágio teve local maioritariamente no SU, fazendo apenas um turno no SO a fim de conhecer espaço físico, dinâmicas, local de material (visto ser neste local que se encontram os armazéns de material, copa e quarto médico) e postos de Enfermagem que são assegurados pela equipa.

O SU funciona com Triagem de Manchester, que é assegurada por um posto de Enfermagem, dois balcões de atendimento a doentes: o balcão verde e azul e o balcão amarelo e laranja e uma sala de

emergência. Tem ainda gabinetes médicos e salas de tratamento. Após fazer a inscrição, o doente é triado e encaminhado para a sala de espera do respetivo local de atendimento, segundo a cor que lhe é atribuída em pulseira correspondente. Os doentes triados com cor laranja são diretamente encaminhados para o balcão de amarelos e laranjas. A sala de emergência atende de imediato doentes triados com cor vermelha ou que apresentem instáveis hemodinamicamente.

Após realizarem o primeiro contacto médico, os doentes podem ser encaminhados para um médico de especialidade existente: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, psiquiatria, anestesiologia, pneumologia, urologia, nefrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, hematologia, radiologia ou ainda patologia clínica. Sempre que o doente necessite de ser encaminhado para uma especialidade que não exista neste hospital, ou não se encontre disponível, este é encaminhado segundo os circuitos ascendentes previstos nas redes de referência hospitalar.

Cada posto de Enfermagem é assegurado pela equipa presente de forma a estar um enfermeiro na triagem de Manchester, dois enfermeiros para os balcões, um enfermeiro em exclusividade para a sala de emergência e um enfermeiro de apoio, que se destina às salas de tratamento das especialidades, a colmatar possíveis falhas e assegurar colaboração aos restantes colegas.

No SO existem 18 unidades de doente, com cama, monitorização cardíaca, rampas de vácuo e rampas de oxigénio e ar. No entanto, o número de doentes que é internado em observação e vigilância é muitas vezes ultrapassado o que leva a que esses doentes sejam internados em camas-macas no corredor sem monitorização cardíaca.

Sendo este um serviço de adultos, as crianças são encaminhadas para o SU pediátrica após triagem comum nos turnos da manhã e da tarde, ou atendidas no SU geral durante a noite. Sempre que se verifique necessidade a criança poderá ser encaminhada de imediato para a sala de emergência geral.

2.2.8 – SU: Espaço físico

O SU ocupa parte do primeiro piso do Hospital Doutor José Maria Grande. Este amplo espaço, que veio a sofrer vários momentos de obras e recuperação, divide-se essencialmente em três partes: Zona de atendimento de inscrições e Sala de Espera Exterior, SU e SO.

Assim sendo, existe:

- ✓ a zona de entrada dos doentes, com guiché de inscrições;

- ✓ uma sala de espera exterior com acessos a casas de banho;
- ✓ um posto onde permanece o segurança;
- ✓ a sala de triagem.;
- ✓ acesso à Urgência pediátrica.

Na zona do SU:

- ✓ uma pequena sala de espera;
- ✓ um balcão de azuis e verdes, onde existe um primeiro gabinete médico de triagem;
- ✓ um balcão de amarelos e laranjas;
- ✓ um segundo gabinete médico de triagem;
- ✓ uma zona de material consumível e roupa limpa;
- ✓ uma sala de Enfermagem com dois postos de trabalho com computador;
- ✓ gabinete da chefe de Enfermagem;
- ✓ a sala de emergência, com um ventilador, desfibrilhadores e monitorização cardíaca, rampas de vácuo, rampas de oxigénio e ar, material consumível fluidoterapia, eletrocardiograma, com capacidade para dois doentes em simultâneo;
- ✓ as casas de banho de doentes e profissionais;
- ✓ uma sala de tratamento de cirurgia;
- ✓ uma sala de sujos e de despejos;
- ✓ um posto de assistente operacional fixo de encaminhamento de doentes aos exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- ✓ gabinetes médicos de medicina interna, psiquiatria e ortopedia;
- ✓ uma sala de espera interior;
- ✓ acessos de passagem ao SO, à Urgência Pediátrica e ao corredor que dá acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica como Radiologia e Análises Clínicas.

Na zona do SO existem:

- ✓ dois armazéns de material;
- ✓ uma casa de banho de doentes;
- ✓ um quarto médico;
- ✓ um gabinete médico;
- ✓ uma copa;
- ✓ duas enfermarias, uma com 10 unidades de doente e outra com 8 unidades de doente.

Os corredores deste serviço são áreas de circulação que nem sempre estão desimpedidos. São locais onde permanecem doentes e acompanhantes, onde estão doentes internados em vigilância e onde circulam profissionais externos ao serviço.

2.2.9 – SU: Funcionamento do serviço

Este serviço recebe doentes provenientes do exterior, que venham pelos seus próprios meios, pelo transporte da VMER, das SIV do distrito e transferências de outras instituições de saúde. Ainda recebe entradas de doentes que venham para fins de processo cirúrgico e terapêutico ou para observações programadas por uma especialidade. É também esta a entrada para grávidas e cadáveres.

2.2.10 – SU: Recursos humanos e metodologia de trabalho

O serviço é constituído por equipa de Enfermagem, equipa médica, equipa de assistentes operacionais e todos os profissionais que integram a equipa multidisciplinar intervindo nos doentes.

Afetos a este serviço estão o diretor de departamento, o diretor clínico, 22 médicos especialistas em medicina interna, 18 médicos especialistas em cirurgia e 5 médicos de especialidade de ortopedia. Uma enfermeira chefe, um enfermeiro responsável, e 47 enfermeiros distribuídos por 5 equipas de Enfermagem. Destes, tanto a enfermeira chefe como o enfermeiro responsável têm horário fixo, 5 enfermeiros que fazem apenas manhãs e os restantes realizam horário por *roulement*.

A equipa de assistentes operacionais conta com 20 elementos e trabalha por roulement, incluindo elementos em processo de integração pelo Programa Ocupacional de Emprego. Existem também 7 administrativos em horário rotativo por turnos, e a equipa de seguranças com posto definido à entrada do serviço.

Cada equipa de Enfermagem trabalha com elementos fixos, por equipa, havendo designado um chefe de cada equipa que é responsável de turno e responsável por distribuir antecipadamente cada elemento por cada posto de Enfermagem, tanto em SU como em SO. Da mesma forma, os assistentes operacionais estão contidos nestas equipas fixas de Enfermagem e estão sob responsabilidade do enfermeiro que coordena cada equipa.

O método de trabalho em SO é o método de enfermeiro responsável, em que este recebe os doentes que lhe estão distribuídos para aquele turno e presta a totalidade dos cuidados a esses doentes. No SU é

utilizado um método de trabalho por posto de trabalho à tarefa, em que em cada posto o enfermeiro presta os cuidados definidos, de forma holística e com vista às necessidades reais do doente.

Cada turno tem 8 horas e tem início às 0, 8 ou 16 horas, respetivamente, quer seja noite, manhã ou tarde. Neste serviço existem enfermeiros que realizam 35 ou 40 horas semanais consoante o tipo de contrato que tenham com a instituição. No entanto, dos 47 enfermeiros existe uma enfermeira em contrato de trabalho de substituição, todos os outros pertencem aos quadros do hospital.

Aqui, a comunicação é de extrema importância, e o relacionamento profissional é assegurado pela experiência obtida pelo trabalho com uma equipa fixa e pela adaptação do grupo a um método criado em torno das características individuais e coletivas, coordenadas pelo enfermeiro chefe de equipa. A passagem de turno realiza-se no início de cada turno e realiza-se no posto que se vai assegurar. Assim, o enfermeiro da Triagem passa informação apenas ao enfermeiro da triagem, os enfermeiros dos dois balcões reúnem-se entre si, juntamente com o enfermeiro da sala de emergência e o enfermeiro de apoio, e no SO cada enfermeiro passa os doentes apenas ao enfermeiro que o substitui.

O sistema Informático de apoio à prática de Enfermagem é o Alert[®], havendo necessidade de fazer a cada turno um pedido de dietas à mão em papel. Os registos tanto em SU como em SO são feitos neste sistema, permitindo visualizar diários clínicos e exames complementares de diagnóstico, não possibilitado, no entanto uma linguagem CIPE.

Neste serviço o período de visitas é diário e compreende-se entre as 14 e as 15 horas no SO, sendo que no SU é por direito do doente permitido ter um acompanhante.

2.2.11 – SU: Objetivos de estágio

A prática clínica no SU teve como orientador um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e supervisão pedagógica do professor doutor Adriano Pedro.

O enfermeiro orientador é enfermeiro há cerca de 20 anos, e trabalha no SU há cerca de 15. Faz parte da equipa de VMER e é também auditor em triagem de Manchester. Realiza 35 horas semanais em turnos por roulement e é chefe de equipa.

Em conjunto com estes dois profissionais, e atendendo às orientações estabelecidas no início de todo o Estágio Final, pretendeu-se dar continuidade aos objetivos já definidos em programa de Unidade Curricular e colmatar lacunas de algumas situações que não fossem possíveis de observar nos estágios anteriores. Recaiu-se também de forma mais incisiva sobre as competências do enfermeiro especialista

que mais facilmente são desenvolvidas no seio deste serviço como são exemplo do domínio da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. Mais, pode-se mobilizar todo o conhecimento envolvendo estruturalmente conceções de enfermeiro especialista na área Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica articulando tudo o que fora aprendido.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO UCIDEM

No capítulo que se segue, descreve-se o projeto de intervenção no serviço UCIDEM, onde teve lugar o Estágio Final 1. Iremos integrar as fases da metodologia de projeto que foram sendo alcançadas, numa produção conducente à implementação da Behavioral Pain Scale neste serviço.

A metodologia de projeto, segundo Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010) baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Os autores consideram que se obtém uma prática baseada na evidência pela pesquisa, posterior análise e resolução de problemas existentes num determinado contexto.

Castro e Ricardo (1993, p.9) aferem que trabalho de projeto “é um método de trabalho que requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, decidido, planificado e organizado de comum acordo”. Sendo que este é orientado para a resolução de um problema.

Assim, trata-se de identificar um problema real e arranjar estratégias para a sua resolução, através de um método organizado e planeado e com base teórica forte. Converte-se numa aplicação prática e na sua avaliação e posterior disseminação para que possa ser alvo de consumo e nova investigação.

Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p.2), consideram cinco etapas nesta metodologia:

- ✓ “O diagnóstico da situação;
- ✓ Definição de objetivos;
- ✓ Planeamento;
- ✓ Execução e avaliação
- ✓ Divulgação dos resultados (relatório)”.

Castro e Ricardo (1993, p.9), remetem esta metodologia para uma forma de “praticar competências sociais, tais como a comunicação, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos, a tomada de decisões e a avaliação de processos”. Afirmam que é possível aprender pelo fazer ligando a teoria à prática, e que se capacitam os profissionais a resolver problemas partindo de situações e recursos existentes.

Como afirmam Leite, Malpique e Santos (1991, p.71), o trabalho de projeto é “uma investigação-ação”.

O objetivo primordial deste relatório torna-se então a comunicação dos resultados obtidos no projeto de intervenção implementado no serviço UCIDEM. Através desta metodologia pretende-se incidir sobre um problema existente, resolvendo-o através do conhecimento teórico obtido pela pesquisa efetuada. Pretende-se assim, adquirir capacidades e competências que nos permitam concluir um projeto real através desta metodologia. Ainda mais, pretende-se a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro na Investigação através da utilização desta metodologia, a fim de criar o perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Esta metodologia está ainda inserida num dos objetivos dos PQCEOE (2001, p.13-14) no que diz respeito à organização dos cuidados de Enfermagem, que remete o profissional para a “procura permanente da excelência no exercício profissional, [e para a contribuição do enfermeiro] para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem”. De facto, pretende-se acima de tudo, obter ganhos em saúde e atingir a excelência dos cuidados prestados. A procura da melhoria contínua, engloba as premissas dos PQCEOE, permite demonstrar as necessidades identificadas, as intervenções que vão ser executadas bem como os resultados da prática obtidos. Da mesma forma, esta metodologia permite, pela demonstração de resultados, apresentar a satisfação dos profissionais e remeter para uma prática que fomenta a formação contínua e que possibilite a instalação de metodologias nos cuidados de Enfermagem promotoras de qualidade e excelência. Também possibilita que, através da utilização destes métodos, se consigam incluir no seio das equipas a vontade em cada elemento de ser motor de arranque de novos conhecimentos para gerar melhores e mais adequadas práticas, servindo como elemento disseminador entre pares.

Segundo o RPQCEEPSC (2011, p.4), um dos descritivos inclusos remete a prática de cuidados especializados na área da organização dos cuidados para uma prática profissional que passe por uma “procura permanente da excelência no exercício profissional” e remete o enfermeiro especialista para aquele que “assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados.”

Leite, Malpique e Santos (1991, p.77) afirmam que “o trabalho projeto é centrado no estudo de problemas no seu contexto social”, sendo que este deve ser concreto, pois a subjetividade leva a abordagem dificultada.

Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), defendem assim que uma metodologia deste cariz envolve várias características a ter com conta. Os autores apontam para uma metodologia intencional, autónoma e autêntica, que é complexa, incerta, estruturada e ainda reflexiva.

A metodologia de projeto torna-se intencional, pela formulação intencional de objetivos e pela intenção de os vir a cumprir; autónoma, pela autonomia que o investigador vai tendo ao longo do processo de fazer as suas escolhas e tomadas de decisão; autêntica, pela apresentação de um problema real e genuíno mas envolvido pela originalidade do autor; de cariz complexo e incerto pela evocação destas características ao logo do percurso que se considera complexo e problemático; e por ser prolongado e faseado, portanto estruturado, na medida em que caminha ao logo de várias metas e passa por várias fases. Da mesma forma, confere-se a esta metodologia um carácter reflexivo pois permite aferir cada escolha e cada fase processual.

Os autores anteriores concluem assim que “o trabalho projeto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. A própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade” (Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010, p.5).

Assim, através da investigação feita na teoria pode-se passar à prática, de forma a vê-la no terreno e ver as conclusões serem formadas na realidade.

Para este projeto de intervenção foram então delineadas as seguintes estratégias e procedimentos para levar a cabo os objetivos propostos, culminando na disseminação dos resultados aqui apresentados.

3.1 O diagnóstico da situação

Castro e Ricardo (1993) remetem-nos para a utilização do método de resolução de problemas concretos, podendo ser físicos e sociais. A palavra «problema» é empregue, aqui numa aceção lata no sentido da diferença entre o que existe e o que gostávamos que existisse. Neste caso, parte-se de um problema existente aos olhos do investigador, confirmado pela justificação das necessidades e a imposição da existência de algo que o venha sustentar e resolver.

Leite, Malpique e Santos (1991) afirmam que há que recolher dados nos contatos com a realidade envolvente, quer no âmbito teórico, no contexto social, político, cultural ou institucional.

Assim, nesta fase, é pretendido que seja elaborado um “mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010, p.10).

Desta forma, a fim de fazer um diagnóstico da situação, procedeu-se a um levantamento dos problemas do serviço UCIDEM, tanto formal como informalmente.

Para tal, foram realizadas três reuniões prévias na semana inicial de Estágio Final 1 pois considera-se que num trabalho de grupo se abrem perspetivas e se confrontam ideias (Leite Malpique e Santos, 1991):

- ✓ uma reunião com o enfermeiro orientador do Estágio Final 1;
- ✓ a segunda reunião com a enfermeira chefe de serviço e com as enfermeiras responsáveis pela formação em serviço;
- ✓ última reunião com o diretor clínico do serviço.

Corroborando com os autores Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p.10), afirma-se que se deve “mobilizar os recursos humanos que são um elemento fulcral para a mudança em qualquer instituição, assim como é importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada às suas funções e que invistam na formação contínua”.

Informalmente foram utilizadas várias redes de comunicação de forma a descortinar a lacuna que cada enfermeiro prestador de cuidados quisesse ver ser colmatada. Bem como as necessidades de formação individual e enquanto equipa de Enfermagem pertencente a uma equipa multidisciplinar. Leite, Malpique e Santos (1991), formulam a ideia de que cada observador fará uma leitura própria da realidade em que está inserido, tendo em conta a sua experiência. Pretendeu-se que, de forma informal, se expusessem as dúvidas e as necessidades que sentem na sua prática diária e que estas pudessem ser suprimidas com uma estratégia a delinear.

Assim, não só foi possível abrir perspetivas de investigação e enriquecer o conhecimento acerca do serviço em causa, como desde o princípio integrar cada individualidade do público-alvo. No entanto, descortinando se eventualmente existia alguma necessidade formativa no seio da equipa de Enfermagem, pôde-se constatar que a maioria dos inquiridos não tinha noção do enquadramento das suas necessidades formativas, e que esta busca diagnóstica inicial não foi tão frutífera quanto expetável. Possibilitou a inclusão precoce dos profissionais, mas, no entanto, chegou-se a uma primeira conclusão de que estes

não são, muitas vezes, levados a inferir sobre a sua prática, nem acerca de formas de melhorar a mesma, bem como não são levados a participar em projetos de intervenção que tenham existido.

Pretendia-se desta forma incluir um “desenvolvimento participativo e humano, reforço da competência informação, educação, formação e cidadania, em que os recursos humanos se assumem como o principal componente”, segundo Brissos, citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p.10).

Percebeu-se que alguns dos elementos se mostraram renitentes a esta participação. No entanto tentámos incutir a premissa de que é importante “contribuir para a mudança da prática baseada em tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico promovendo a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares (Galvão e Sawada, 2003, p.57). Saudosamente reconhecemos que neste serviço residia ainda vontade da participação numa metodologia que trouxesse frutos a profissionais, bem como aos seus doentes e às suas chefias e que contribuísse para o desenvolvimento da profissão.

Contiguamente, procedeu-se também a uma breve revisão de conteúdos-chave da contextualização teórica do planeamento do curso. Voltaram a ser lidos todos os conteúdos abordados nos referenciais de planeamento das unidades curriculares e temáticas sobre as quais se incidiu atenção.

Fez-se ainda um distanciamento reflexivo acerca do serviço em questão, na medida em que fosse possível ponderar acerca das nossas próprias necessidades enquanto enfermeiros a realizar estágio naquele serviço com vista à obtenção de competências e conhecimentos na área de especialidade a que nos propomos.

Inicialmente a escolha da temática passava por elaborar um protocolo de fibrinólise no serviço de UCI para doentes provenientes do SU. No entanto revelou-se pobre na sua aplicabilidade, tendo vindo a ser abandonada. “Esta metodologia tem a preocupação de suscitar momentos de reflexão sobre a dinâmica interativa interna” (Leite Malpique e Santos, 1991, p.79). E ainda, acredita-se que, tal como evidenciam Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), o diagnóstico da situação é dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes.

Foram então comunicadas às partes integrantes do grupo de reflexão este acontecimento: orientador e professor tutor e foi reformulada e revista a ideia inicial. Enquanto investigadores propusemo-nos à motivação de que os resultados obtidos com esta metodologia e procura de conhecimento seriam a base de motivação à investigação. Fincou-se na autonomia como processo de

aprendizagem e assumiu-se uma construção do que efetivamente melhor serviria aquele serviço, aqueles profissionais e aqueles doentes.

Galvão e Sawada (2003, p.58) apontam que “o primeiro passo para o enfermeiro utilizar pesquisas na prática, consiste em desenvolver a capacidade de leitura de artigos” e através de estratégias de inclusão desta característica no investigador torna-se mais simples aplicar e iniciar uma estratégia de intervenção.

A escolha da temática final aqui apresentada residiu então no diagnóstico da situação e nas necessidades encontradas no serviço UCIDEM, na prática dos profissionais de Enfermagem e na tentativa de obter ganhos em saúde para os doentes, numa prática profissional mais capaz e numa melhoria contínua da prática.

O objetivo de instaurar uma escala no serviço partiu da necessidade existente não só na atualização de conhecimentos sobre a dor e sobre a sua forma de ser avaliada e monitorizada, como também para iniciar projetos na área da qualidade, fomentado interesse na equipa de Enfermagem pela investigação do conhecimento e pela melhoria contínua. Partiu dos dois conceitos base referidos por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p.11), que apontam o conceito de «problema» e o conceito de «necessidade».

Partiu-se do conceito «problema» porque esta temática – a não existência de uma escala apropriada para avaliar a dor em doentes sedados e ventilados e ainda a existência de uma escala que não permite avaliar a dor neste tipo de doentes corretamente, é tida como um problema na medida em que não possibilita uma correta avaliação. Logo, não permite uma adequação dos cuidados nem do regime terapêutico, bem como a adequação de medidas não farmacológicas, da gestão do conforto, da mensuração da prática e da assistência de cuidados no geral.

Por outro lado, o conceito de «necessidade» existe pelo facto de serem os próprios profissionais a ter a necessidade de possuírem uma ferramenta que os auxilie na prática de prestação de cuidados a este tipo de doente não-verbal. Isto é, o problema da não existência de uma escala adequada e da existência de uma escala desadequada para doentes ventilados e sedados na avaliação e monitorização da dor, cria a necessidade intervir no sentido de implementar algo que lhes resolva o problema – a implementação de uma escala adequada na avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado. Ainda, permite intervir ativamente na prestação dos cuidados de enfermeiros, no tipo de relação terapêutica que estabelecem, e na comunicação da própria necessidade do doente no combate à

dor. Possibilita da mesma forma que o regime terapêutico feito pelo médico para este tipo de doente, e que tem em conta a avaliação da dor feita pelos enfermeiros, seja adequada.

Assim, o diagnóstico de situação possibilitou determinar as necessidades existentes após ter evidenciado primeiro o problema real.

A escala da dor no serviço UCIDEM é restrita e avalia de igual forma a dor em todos os doentes internados, sejam eles doentes médicos, pós-operatórios ou traumatizados, seja qual for a necessidade terapêutica e as suas capacidades. Verificou-se que a existência de uma escala numérica de avaliação da dor, adaptada e simplificada, em nada traduz o real sentimento álgico do doente, como também não exprime a sua individualidade e particularidade. Muito menos traduz a real prática dos enfermeiros. Apurou-se que esta era a única escala referente à dor a ser utilizada no serviço e vários elementos afirmaram reconhecer que esta não faz jus à prática diária, nem possibilita uma real mensuração da dor do doente. A escala existente era inadequada aos doentes que não possuem capacidade de verbalização.

Tratou-se assim, após pesquisa bibliográfica direcionada, de encontrar formas de averiguar a dor no doente não-verbal em contexto de UCI, nomeadamente em doentes sedados e ventilados e da existência de várias ferramentas que muniam os enfermeiros de capacidade de avaliação e monitorização correta da dor.

Após pesquisa bibliográfica, e analisando planos nacionais estatísticos do funcionamento de várias unidades de cuidados intensivos em Portugal, recaiu a nossa escolha na implementação da escala comportamental da dor, BPS. Definiu-se a implementação da BPS como projeto de implementação visto ser uma escala já validada e traduzida para Portugal, fiável: “A versão Portuguesa da BPS-IP/PT, quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica internados nos cuidados intensivos, revelou ser válida e fiável” (Batalha, *et al.*, 2013, p.7) e com várias referências bibliográficas que confirmam a sua confiabilidade e aplicabilidade

“Os autores concluíram que a escala quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica internados em cuidados intensivos revelou ser válida, fiável e de fácil aplicação (Batalha *et al.* 2016, p.33); e ainda por várias fontes relataram a mais-valia da sua utilização pelos enfermeiros no seio de uma equipa de UCI.

Foi assim o primeiro passo para desenvolver este projeto. “Uma forma para iniciar o aprendizado desta habilidade é por meio de diretrizes publicadas, as quais trazem itens que o enfermeiro deve analisar para realizar uma avaliação crítica dos estudos (...)” (Galvão e Sawada, 2003, p.58).

Voltaram-se a realizar novas reuniões com os profissionais de referência do serviço: enfermeira-chefe, enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, diretor clínico e enfermeiro orientador. E da mesma forma, informado o docente tutor. Com vista à discussão e inclusão destes na experiência diagnóstica e do projeto em causa.

Galvão e Sawada (2003, p.58) afirmam que “após a leitura de artigos, o enfermeiro deve compartilhar as informações com outros colegas e promover reuniões e discuti-las”.

Traçado assim que estava o início deste projeto avançou-se deliberadamente para a fase onde se constituíram efetivamente os objetivos.

3.2 Definição de objetivos

Pelo cariz mutável que a definição dos objetivos pode deter, esta foi-se alterando ao longo do tempo. No entanto, a perseguição da implementação de uma ferramenta que possibilitasse aos enfermeiros avaliar a dor quando o doente não se encontra capaz de o verbalizar, estava estanque.

Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), citam Barbier (1996) e dizem que mesmo que os objetivos não estejam explícitos desde o início, há que dispor de uma ideia destes pois é impossível coordenar toda a metodologia projeto sem ter um guia condutor.

Definiram-se assim os seguintes objetivos, enquadrando-os em objetivo geral e específicos.

Objetivo Geral:

- ✓ Avaliar e Monitorizar a dor no doente sedado e ventilado no serviço UCIDEM através da Behavioral Pain Scale.

O objetivo geral funciona como a tradução do intuito que nos remete para o que é esperado. Assim, é pretendido que no serviço em causa, seja avaliada e monitorizada a dor no doente sedado e ventilado através da escala BPS. Remete-nos ainda para as competências que serão desenvolvidas, conhecimentos que serão fornecidos e capacidades que se irão adquirir.

Objetivos Específicos:

- ✓ Adquirir novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado em contexto de UCI;
- ✓ Melhorar os cuidados prestados ao doente sedado e ventilado em contexto de UCI;

- ✓ Mensurar a qualidade dos cuidados prestados e da resposta do doente sedado e ventilado face a esses cuidados em contexto de UCI.

Estes pretendem demonstrar as aptidões que se devem adquirir ao longo do processo relativamente à temática central do objetivo geral. E ainda, antever o que é possível atingir com este projeto nos indivíduos que serão alvo do mesmo. Possibilita fixar prioridades na obtenção do resultado final proposto inicialmente e traçar a relação entre recursos e objetivos.

3.3 Planeamento

O planeamento como terceira etapa da metodologia de projeto assenta essencialmente no levantamento dos recursos existentes, na previsão de alguns obstáculos e em formas de os contornar. Pretende-se definir justificando o processo de recolha da informação, planejar datas e locais, organizar as tarefas, e estabelecer contactos. Elaboram-se ainda os pedidos de autorização, os questionários e realizam-se esquemas de apoio (Castro e Ricardo, 1993), solicitam-se disponibilidades, calendarizam-se atividades, recrutam-se os recursos entre outros (Miguel, 2006, citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010). Os mesmos autores apontam que é nesta fase que se planifica o esboço do projeto, a calendarização das atividades e se desenvolve o cronograma.

Assim, neste período elaboraram-se os pedidos de autorização inerentes às delineações feitas, visto que fomos informados que questões burocráticas tendem a demorar tempo e devem ser tratadas com antecedência:

- ✓ Pedido de autorização à enfermeira-chefe do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas. Elaborado documento e entregue no dia 5 de novembro de 2017 (Apêndice 6).
- ✓ Pedido de autorização ao diretor do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas. Elaborado documento e entregue no dia 5 de novembro de 2017 (Apêndice 7).
- ✓ Pedido de autorização à Administração da ULSNA, EPE, e respetiva Comissão de Ética da instituição, para realização do projeto nesta instituição de saúde. Elaborado documento e entregue no dia 6 de novembro de 2017 (Apêndice 8), apresenta-se em anexo (ANEXO 1) respetivo comprovativo de autorização por parte da Comissão de Ética da ULSNA;

- ✓ Pedido de parecer ético à Comissão de ética da Universidade de Évora, no dia 15 de novembro de 2017, e envio de novo pedido dia 29 de março de 2018 (Apêndice 9). Apresenta-se em anexo (ANEXO 2) respetivo comprovativo de autorização por parte da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Um dos obstáculos com que contámos foi a pouca brevidade com que a instituição (ULSNA) diferiu o pedido de autorização, o que impossibilitou uma solicitação de disponibilidades e calendarização de atividades atempadas. Devido a constrangimentos na aquisição de deferimento da autorização por parte da Comissão de ética da ULSNA, EPE só foi possível proceder ao levantamento das disponibilidades da equipa de Enfermagem para formação em serviço a partir do dia 18 de janeiro de 2018 e a marcação da atividade após essa data.

Reuniram-se os recursos existentes a nível humano, o contacto com a equipa e profissionais significativos como o docente tutor e diretor clínico; a nível de recursos materiais seria pedido auxílio à instituição nas pessoas das enfermeiras responsáveis pela formação em serviço e na pessoa da enfermeira-chefe.

As datas e locais previstos tiveram em conta os pedidos de autorização, sendo que desde o início que este projeto teria local para a sua formação no serviço em causa.

Reunidos todos os procedimentos prévios, construiu-se um esboço do cronograma de atividades do projeto final (Apêndice 10).

Delineou-se que para que fosse possível atingir os objetivos propostos teria de se intervir junto da população alvo seria a equipa de Enfermagem do serviço em que o estágio tomou lugar. Portanto, o local de intervenção seria o Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira, Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre.

O levantamento de necessidades e justificação surge após contacto com a enfermeira chefe do serviço e com o enfermeiro orientador de estágio, bem como com conhecimento do diretor de serviço, colmatar a lacuna da avaliação e monitorização da dor no doente ventilado ou sedado.

Os procedimentos a realizar passaram por efetuar formação em serviço acerca da escala de avaliação da dor Behavioral Pain Scale de forma a uniformizar procedimentos e padronizar a avaliação e a monitorização da dor num doente que não tem a possibilidade de comunicação por estar ventilado ou sedado. Este plano passou por fornecer conhecimentos na avaliação da dor e a sua importância, bem como dar a conhecer uma escala que nos permita enquanto profissionais de saúde avaliar e monitorizar a dor do doente ventilado ou sedado. Assim sendo perspetivou-se que no final da formação, e com a

implementação da nova escala nas rotinas de Enfermagem, que todos os enfermeiros avaliassem e monitorizassem a dor no doente ventilado e sedado através da Behavioral Pain Scale.

A nível dos instrumentos de Colheita de Dados não são aplicáveis no contexto. Os indicadores de Estrutura são apresentados em planos de sessão e questionário de avaliação da sessão de formação e formador. Os indicadores de Processos são o número total de enfermeiros presentes nas formações e os indicadores de Resultados são revelados pelo número de enfermeiros que utilizem a escala adquirida. Assim pretendeu-se padronizar auditorias aos registos de Enfermagem de forma a conseguir verificar se a escala implementada é utilizada; compreender a satisfação da equipa de Enfermagem na utilização da escala como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho; e compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente.

A nível de questões Éticas: Os questionários de avaliação das sessões de formação e formador e futuras auditorias serão alvo de total anonimato e os dados tratados apenas terão em conta a atuação da equipa de Enfermagem e não de cada profissional. Há que salientar que se teve em conta que, segundo Nunes (2013, p.5), citando Martins LCA (2008), “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”, e Nunes (2013, p.5) chega ainda que “os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas”. Neste caso específico, teve-se sempre em conta e consideração, por um lado a defesa da prática profissional em Enfermagem, o nível de excelência dos cuidados a prestar e o investigador emergiu no projeto em defesa da melhor prática dos profissionais como também na receção dos melhores e mais adequados cuidados que o doente pode obter.

Julgando inferir apenas na prática dos profissionais e na obtenção de ganhos para os doentes, foi emitido pedido de parecer ético à universidade de Évora, por ser a instituição de ensino responsável pela associação das instituições de ensino vigentes, como pedido de parecer ético à instituição onde a intervenção teve lugar. Sabendo que a pretensão de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações é-nos já inerente pela conduta profissional que possuímos. Pretendendo sempre seguir os princípios éticos que nos emanam as Diretrizes Éticas para a investigação em Enfermagem (2003), descritas por Nunes (2013, p.6-7) que são:

- ✓ “Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a própria sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.
- ✓ Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.

- ✓ Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.
- ✓ Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.
- ✓ Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se o consentimento livre e esclarecido.
- ✓ Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distinguem-se do anonimato.”

3.4 Execução e avaliação

A etapa que se seguiu foi a execução. Esta pretende, segundo Smole (1996), citado por Nogueira (2005) evidenciado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), ser um ato de transformação. Os autores anteriores evidenciam (2010, p.24) que a “elaboração e a execução de um projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação-ação que deve ser simultaneamente um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se, portanto, uma produção intelectual”.

Foi nesta fase que passámos do projeto em teoria e o pusemos em prática e materializámos a nossa ideia de implementar uma nova escala de avaliação da dor no serviço UCIDEM. Foi nesta fase que tudo o que se pensou realizar se pôde colocar em prática. No entanto, também foi nesta fase que constatámos a existência de algumas lacunas que tivemos de resolver.

Neste momento, e a fim de melhor preparar a estratégia de execução do projeto foi reunida bibliografia pertinente e significativa, adequada ao tema, recente e atual e adequada ao público.

Foi nesta fase que se efetivou o novo contacto com as enfermeiras responsáveis pela formação no serviço UCIDEM, e se pediu colaboração no sentido de participarem à equipa formalmente a existência da formação, bem como a escolha de uma data final. Esta data teve que ver com a receção positiva da autorização da instituição. Pois, informalmente, e pelo envolvimento da equipa na abordagem inicial da temática, esta já esperaria esta estratégia de intervenção. Foi comunicada via e-mail e afixada no serviço a data e restante informação acerca do agendamento desta formação. Cortesia da enfermeira-chefe que fez o favor de enviar a comunicação para o endereço eletrónico de todos os enfermeiros da equipa. Foi ainda dado conhecimento ao diretor clínico do serviço da data, hora e local. Tanto o enfermeiro orientador como o docente tutor tiveram conhecimento e foram informados antecipadamente.

Assim, reuniram-se os últimos documentos publicados em Portugal acerca da temática e elaborou-se uma apresentação oral onde se usasse metodologia expositiva, interrogativa, demonstrativa e ativa. Para tal, recorreu-se ao software *Power Point* e à base de videogramas *Youtube* e preparou-se uma apresentação que dispusesse de 60 minutos, onde fosse possível essencialmente cumprir os objetivos do nosso projeto, mobilizar conhecimentos e capacitar os profissionais (Apêndice 11 e Apêndice 12). “Na fase em estudo, os participantes partem à procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado (...)” (Castro e Ricardo, 1993, p.37).

Assim, é nesta fase possível utilizar a evidência obtida e utilizá-la como meta à prática. Rever nas práticas obtidas o que investigamos no papel. Carvalho *et al.*, (2001) citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), consideram que na execução se pratica a evidência, norteando a ação e a eficácia, motivando uma fase transformadora que resulta numa análise da experiência.

Também nesta fase foram envolvidos outros dois papéis, que vieram contribuir de forma mais rica neste projeto. Se por um lado, o docente orientador criava uma fonte de busca de segurança neste projeto, também o enfermeiro orientador veio colmatar algumas falhas pela sua experiência visto ser ele especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, e, portanto, já conhecedor e experiente nesta situação curricular. Este disponibilizou desde cedo não só os seus conhecimentos, como recursos materiais e técnicos dentro do próprio local de estágio como também ainda soube gerir a prática de estágio para que pudesse ser dedicado tempo a este projeto e ainda pudéssemos incluir nesta experiência a participação em atividades extracurriculares que permitissem um maior conhecimento e aquisição de competências. Tal como refere Nogueira (2005) citada por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p.23), “(...) não se limita a auxiliar, mas igualmente a investigar, descobrindo respostas aos problemas levantados inicialmente, desenvolvendo capacidades e aprendendo (...)”.

O docente tutor organizou tempos e procedeu a reuniões onde se pudesse fazer um ponto de situação, onde fossem explicadas as decisões tomadas e foi decisivo na resolução de problemas burocráticos que nos vimos impossibilitados de resolver. Foi coordenador, tutor e professor, interveio e deu espaço para que pudéssemos avançar e perceber os próprios erros com tempo, de modo a que a resolução dos mesmos se tornasse pedagógica. Com respeito para que mostrássemos iniciativa. Com dilação para criar motivação e engrenagem. Tal como afirmam Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), soube incitar, esperar e intervir quando a situação está madura para essa intervenção. Houve um momento inicial de reformulação da temática e ponto de partida. Também aqui, ele demonstrou capacidades pedagógicas que nos mostraram que a tomada de decisão de

levantar outra necessidade e outro problema seria mais sensato e capaz. Pela nossa constante aprendizagem e gestão de tempo.

Efetuuou-se então a formação em serviço acerca da BPS, de forma a uniformizar procedimentos e padronizar a avaliação e a monitorização da dor num doente que não tem a possibilidade de comunicação por estar ventilado ou sedado. O plano seria fornecer conhecimentos na avaliação da dor e a sua importância, bem como dar a conhecer uma escala que nos permitisse enquanto profissionais de saúde avaliar e monitorizar a dor do doente ventilado ou sedado. Tendo em conta o contexto e especificidade de uma UCI.

O momento da formação em serviço foi definido, pelas disponibilidades dos enfermeiros, sendo abrangidos 27 enfermeiros (numero total de enfermeiros da equipa). Considerou-se os 27 enfermeiros pois a informação escrita chegou a toda a equipa, ainda que no dia da formação estivessem presentes apenas 15 enfermeiros, tendo ainda participado duas alunas de especialidade. Durante a formação o plano constou de:

Tabela 6 – Sumário da formação (elaborado pelo autor)

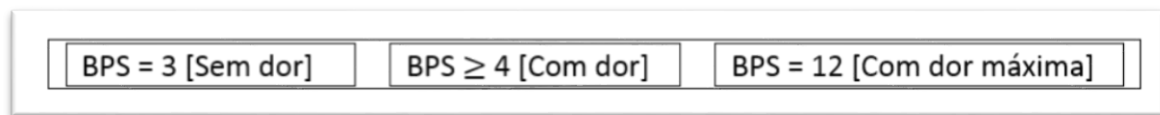
Duração aproximada	Sumário
10 minutos	Apresentação, Introdução e Metodologia desenvolvida
15 minutos	Contextualização Teórica, Vídeo e discussão
5 minutos	Explicação da Behavioral Pain Scale
10 minutos	Demonstração da Behavioral Pain Scale
5 minutos	Apresentação dos Resultados e Discussão
10 minutos	Conclusão e Apresentação dos dados e Bibliografia
5 minutos	Questionário de Avaliação da sessão e formador
Total: 60 minutos	

Perfazendo um total de 60 minutos aproximadamente. Podemos considerar que estes *timings* são aproximados pois no final da formação com a chegada da equipa médica desencadeou-se uma conversa informal com a equipa de Enfermagem acerca do tema, compondo-se um grupo de profissionais que dentro da instituição se propôs a reunir com fim a implementar tanto a escala-tema como outras escalas em estudo.

Definiram-se como indicadores de resultados a efetivação da escala por cada enfermeiro, padronizando-se a sua utilização duas vezes por turno e sempre que necessário, numa fase inicial (piloto) tentando futuramente e com a prática adquirida, que esta avaliação seja conforme norma da DGS –

registar a dor por rotina e com a mesma frequência dos restantes sinais vitais. Como proposta, a BPS incluir-se-ia na folha de registo de Enfermagem, localizada junto da escala analógica não validada utilizada no serviço, e o seu score final registado no mesmo local onde se regista até então a dor. De notar, que foi ainda fornecida à equipa e enfermeira-chefe a proposta de aplicação da escala no serviço. Um exemplo de como seria possível incluir a escala na folha de registos de Enfermagem de forma a facilitar o processo de decisão em reuniões posteriores. Isto foi possível pelo conhecimento prévio existente com a realização de 256 horas de estágio.

Figura 1 – Proposta de inclusão da PBS na folha de registo de Enfermagem (elaborado pelo autor)



No final da sessão foram preenchidos questionários de avaliação das sessões de formação e formador (Apêndice 13) e, futuramente, pretende-se levar a cabo auditorias à continuidade da utilização da escala pela totalidade da equipa de Enfermagem. Foi aqui distribuído um folheto como material auxiliar com o procedimento de avaliação da dor através da BPS, de forma a que em cada posto de Enfermagem exista um documento que auxilie os enfermeiros (Apêndice 14). Prevê-se que estas incluam apenas resultados com base na atuação da equipa de Enfermagem e não de cada profissional. Para tal, pretende-se futuramente padronizar auditorias anuais aos registos de Enfermagem de forma a conseguir verificar se a escala implementada é utilizada; reunir com a equipa a fim de compreender a satisfação desta na utilização da escala como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho; e compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente.

Existiram assim dois momentos de avaliação que se distinguem: um intermédio e um momento de avaliação final. Estes distinguem-se na medida em que o momento de avaliação intermédio foi aquele que se tentou ir fazendo ao longo da implementação dos objetivos, direcionando a estratégia ao longo das respostas obtidas e das decisões que foram sendo tomadas. Já a avaliação final é o balanço do projeto criado. Leite, Malpique e Santos (1991), dizem com clareza que uma das principais características deste tipo de metodologia é o facto de permitir uma avaliação contínua e ainda permitir momentos de retrospeção. Por ser um processo dinâmico, a metodologia de projeto permite-nos avançar à medida das certezas, e retificar ao longo de todo o processo. No final da sessão, e a fim de ter um feedback da sua

opinião sobre a formação, reuniu-se ainda de forma informal com a enfermeira-chefe tentando já angariar uma amostra da opinião geral, e sondar a efetividade da metodologia desenvolvida academicamente.

Tal como, Nogueira (2005) evidência no documento criado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), espera-se que o interesse seja uma constante, dado que, quanto maior for o interesse, maior será todo o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e, por conseguinte, a potencialização das diferentes competências. Acreditamos que, se na pior das hipóteses este projeto não se verificar ou se vier a ser abandonado mais tarde pelos profissionais, que nestes 60 minutos se cativou estas pessoas com a curiosidade necessária para se tornarem profissionais motivados à procura do conhecimento. Raro foi o enfermeiro que não questionou o formador acerca do seu percurso enquanto estudante do curso de mestrado e especialização. A grande maioria viu-se deslumbrada com a capacidade de encontrar conhecimento que é produzido pelos pares do outro lado do mundo e querem, também eles, encontrar as respostas às suas perguntas e capacitar a sua prática.

Como nota, há que salientar que desde o início ficou acordado entre responsáveis do serviço e instituição que toda esta metodologia de projeto seria um recurso exequível mediante aprovação do mesmo. Tal só será implementado na instituição e portando no serviço UCIDEM, de fato, após a mesma apresentação ser efetivada aos membros que reúnem no conselho de Administração da ULSNA, EPE. Assim, esta fase e execução foi efetivada, mas encontra-se num estado de pré autorização. Aguarda-se a todo o momento que a reunião com o conselho de administração seja conseguida a fim de que a escala comportamental da dor seja por este conselho aprovada e possa ser uma realidade no serviço e a nível da instituição.

No entanto, há ainda que realçar nesta fase de execução e avaliação, alguns constrangimentos que foram tomando forma e determinaram por vezes as nossas ações. Por um lado, pelos constrangimentos obtidos consideramos que foram tomadas decisões mais capazes e mais valiosas para o projeto, por outro, outros houve que nos criaram opressões. Exemplos são a demora nos pedidos de autorização, a demora na emissão dos pareceres éticos e ainda a aprovação inicial dos projetos pela universidade.

3.5 Divulgação dos resultados

A última fase desta metodologia confere a abertura ao mundo do conhecimento produzido. Visa então, “dar a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho

percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010, p.32).

Esta fase permite também dar a conhecer os esforços reunidos e o percurso delineado, bem como a pertinência de todo o projeto. Permite ainda, reconhecer o trabalho da investigação em Enfermagem com vista à melhoria dos cuidados que são prestados, a busca pela qualidade e excelência do mesmo. Da mesma forma, permite que outros profissionais se desenvolvam, que diagnostiquem as suas necessidades e façam este conhecimento ser utilizado e replicado.

Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010), dizem que possibilitam também que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.

Assim, é no presente relatório que se pretende evidenciar a divulgação dos resultados obtidos.

Em primeiro lugar foram divulgados os resultados que se obtiveram primeiramente com a sessão da formação e preenchimento dos questionários. Após a leitura e contagem dos questionários de avaliação à formação tiraram-se as algumas conclusões (Apêndice 15).

Todos os presentes na sessão, 100% dos enfermeiros, considerou importantes os conteúdos apresentados acerca da abordagem do doente ventilado e sedado no que diz respeito a forma como se avalia e monitoriza a sua dor. Pode-se constatar ao longo da formação que os presentes eram interventivos e que questionavam mesmo sem lhes ser pedido, demonstrando interesse. Cerca de 20% concorda totalmente e cerca de 80% concorda que os conteúdos da sessão são importantes para o seu desempenho profissional. Na globalidade, 100% dos enfermeiros presentes na formação considerou que os conteúdos da sessão são importantes para o seu desempenho profissional. Todos os presentes na sessão concordaram totalmente que adquiriram novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado. No fundo, demonstra-se que a aquisição de novos conhecimentos foi inculcada e bem-sucedida. Todos os presentes na sessão, 100% dos enfermeiros, concordaram totalmente que irão prestar melhores cuidados ao doente sedado e ventilado. No fundo, confirmam e reconhecem a necessidade e a pertinência do tema. Cerca de 33% concorda totalmente e cerca de 46% concorda que utilizando a BPS é possível mensurar a qualidade dos cuidados prestados e a resposta do doente face a esses cuidados. No fundo, pretende-se que todos percebam o quanto a utilização desta escala pode fazer pela equipa, doentes e organização. Ainda 20% dos inquiridos respondeu não ter opinião sobre se utilizando a BPS é possível mensurar a qualidade dos cuidados prestados e a resposta do

doente face a esses cuidados. No entanto, acreditamos que após a utilização da escala na prática, venham a constatar que possibilita não só a melhoria dos cuidados prestados, como também fazer evidência do melhoramento do reconhecimento da prática de Enfermagem. Cerca de 66% dos enfermeiros concorda totalmente e cerca de 33% concorda que no final da sessão se sentem capazes de avaliar e monitorizar a dor no doente sedado e ventilado através da BPS. Portanto, com mais ou menos dificuldades todos os presentes na formação se sentiram capazes, após a explicação e demonstração, de avaliar e monitorizar a dor no doente sedado e ventilado através da BPS no seu serviço. Cerca de 53% concorda totalmente e 46% concorda que daqui a um ano continuarão a avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado e sedado através da BPS. Portanto, todos consideram ser possível que daqui a um ano se continuará a avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado e sedado através da BPS. É importante que reconheçam que é um projeto a longo prazo, que requer prática e que através da experiência de utilização se vai tornando cada vez mais fácil e rápida a sua utilização. No entanto, quando pedida uma sugestão ao projeto em resposta aberta, apenas um inquirido sugeriu a inclusão ou, se possível, o início de projeto no serviço da avaliação do nível de sedação através de uma escala validada que viesse a fazer parceria com a escala BPS.

É importante realçar todos estes resultados, uma vez que ainda não nos é possível avaliar a exatidão da intervenção final deste projeto e preconizar uma prática diária que inclua a sistematização da escala PBS. Pois estes pretendem ter em conta os objetivos definidos e o atingir de metas possíveis até ao momento.

Nesta fase de produção do relatório pretende-se evidenciar estes resultados de forma a que cheguem à população-alvo, à população em geral e neste caso específico, ao conselho de administração da USLNA, EPE. Na reunião futura, com o conselho de administração, não só esta produção escrita será tida em conta, como também os resultados obtidos aqui constantes. Estes serão evidenciados para que finalmente a metodologia seja completa e concretizada. No futuro podem ser ainda tiradas ilações acerca tanto dos objetivos já concretizados, como também dos resultados obtidos em reunião de conselho de administração.

Já Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p. 32), apontam que “a divulgação dos resultados é também uma forma de sensibilização das pessoas outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo sobre o caminho a seguir, delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problema nos vários contextos”.

Este relatório pretende então adaptar-se de forma a que várias entidades os possam ler e entender, de forma a utilizarem o conhecimento incluído nele. Tanto aos profissionais de Enfermagem, como academicamente ou institucionalmente, esta produção pretende demonstrar o caminho percorrido

até se fazer evidente a importância que traz a inclusão de uma escala de avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado em contexto de UCI, para profissionais, doentes e instituição.

Pretende-se incorporar num só documento matéria que vise sensibilizar várias entidades para o problema que foi encontrado e para as necessidades que se criavam com ele.

Há que, neste documento, concretizar todo o processo levado a cabo, como se um guião se tratasse. Aqui, de forma organizada e sistematizada, com possibilidade de inclusão de enquadramento teórico do contexto e da profissão, pretende-se transmitir a informação. Schiefer *et al.* (2006), citado por Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem (2010, p.32), afirma mesmo que é “um requisito obrigatório na realização de um projeto”.

O documento que agora se produz, permite “sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (Ruivo, Ferrito, Nunes e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010, p.32).

Pretende-se com este documento inferir sobre a temática da dor e abordá-la em contexto do doente crítico. Acima de tudo, levar os profissionais de Enfermagem a pensarem sobre o fenómeno da dor em contexto de UCI. “O conhecimento e reconhecimento das manifestações não-verbais da dor devem, por isso, ser interpretados pelos profissionais de saúde eliminando todas as incertezas, ou seja de maneira objetiva, rápida e confiável, evitando erros grosseiros” (Batalha, 2016, p.4). Verificou-se que, embora seja o 5º sinal vital e academicamente ser lecionado no curso base, os profissionais ligados ao doente crítico tendem a subvalorizar este acontecimento em detrimento do motivo de doença e internamento. Pôs-se em dia conceitos teóricos que estavam esquecidos, atualizando noções e conteúdos temáticos. Pretendeu-se alertar profissionais e chefias das obrigações profissionais relativamente à dor, incidindo sobre a desadequação da escala de avaliação da dor relativamente ao doente sedado e ventilado, bem como a não existência de uma escala que permitisse a correta avaliação e monitorização. Constatou-se que a maioria dos profissionais tende a não aderir a projetos de implementação de novas estratégias, no entanto foi claro para essa maioria, que uma correta avaliação da dor no doente sedado e ventilado, leva a uma prática de cuidados mais real, identifica as necessidades individuais de cada um de forma mais verdadeira, potenciando adequar cuidados e regime terapêutico, obtendo ganhos em saúde, e estabilidade para o doente. Verificou-se ainda ser possível, através das respostas dos doentes aos cuidados prestados aferir acerca da prática e dos cuidados que os enfermeiros praticam.

Este projeto, apesar de se encontrar em fase de apreciação na instituição, permitiu-nos iniciar uma caminhada que visa a implementação da escala BPS no serviço UCIDEM da ULSNA, EPE.

Aguarda-se assim que os resultados obtidos possam a ser alcançados com as auditorias propostas e com a efetivação da escala. Os resultados aqui evidenciados têm em conta a opinião dos profissionais que fazem parte da equipa de Enfermagem da UCIDEM. Toda a informação que consta deste relatório foi fornecida à equipa de Enfermagem e, no futuro, estes serão informados do continuar do projeto pela resposta do Conselho de Administração.

Após leitura dos dados obtidos, e consultada equipa de Enfermagem do serviço, enfermeira chefe e diretor clínico, torna imperativo, incidir ainda esforços no sentido de criar também um protocolo de analgesia e a inclusão de uma escala de avaliação de sedação.

4. REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS

O quarto e último capítulo deste relatório pretende evidenciar as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e ainda abordar as competências de mestre em Enfermagem médico-cirúrgica. Nesta última fase pretende-se demonstrar todas as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso académico com vista à criação do perfil de Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica adquirindo o grau académico de mestre.

Aquando da criação da OE, o Estado pôs em evidência que “os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de Enfermagem” (1º Curso de Estudos Superiores Especializados [CESE] Enfermagem Médico-cirúrgica, 1997, p.179).

Como tal, há que manter a relevância da profissão procurando uma melhoria contínua buscando não só o desenvolvimento da própria profissão como da especialização dos seus profissionais.

“O Enfermeiro, enquanto elemento fundamental numa abordagem multidisciplinar destes doentes [doente crítico], necessita de constante atualização e desenvolvimento dos seus conhecimentos (...)” (1º CESE Enfermagem Médico-cirúrgica, 1997, p.179), posto isto, considera-se que a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências são fundamentais para os profissionais e constata-se desde os primórdios da criação dos cursos de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Da mesma forma “a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de Enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados, de modo a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados, mas também no exercício liberal” (1º CESE Enfermagem Médico-cirúrgica, 1997, p.179). Assim sendo, o progresso dos enfermeiros torna-se basilar de forma a que estes estejam cada vez mais preparados para enfrentar as sociedades que lhes impõem novos desafios de cuidados e de competências.

Para tal, há que pensar sobre esta necessidade de atualização e desenvolvimento de conhecimentos, congregando atividades a desenvolver academicamente que visam confluir numa prática especializada e distinta.

Segundo o Conselho de Enfermagem da OE (2003, p.102) “a necessidade sentida por enfermeiros que nos questionaram relativamente à definição do conteúdo funcional específico de cada área de especialidade” levou a que fossem definidas para cada área, competências que pudessem definir a atuação do profissional especializado. Foi então necessário, que a OE aprovasse um conjunto de competências que formalmente mediasse o perfil do enfermeiro especialista e que, após isso, ainda definisse para cada área distinta na Enfermagem, um conjunto de competências que lhe são específicas.

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [RCCEE], 2010, p.2). Assim, este profissional, pelo aprofundamento dos conhecimentos que leva a cabo acerca de uma área específica de intervenção na Enfermagem, remete as competências adquiridas no curso base para um nível elevado de conhecimento acerca da sua profissão. Pretende ainda, estabelecer um confronto profissional com vista à excelência do seu exercício.

“Competências comuns, são 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” (RCCEE, 2010, p.3). O perfil que se pretendeu desenvolver ao longo deste percurso académico, teve em conta estes conceitos, e fundação no desenvolvimento dos mesmos. Assim sendo, há que ainda ter em consideração as competências específicas, pois são essas que diferenciam cada área de especialidade. Estas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (RCCEE, 2010, p.3).

São então estes conjuntos de competências que se pretende evidenciar nesta produção escrita, de forma a confirmar a aquisição das mesmas, o seu desenvolvimento e disseminá-las na nossa prática clínica diária.

Tal como afirma o RCCEE (2010), independentemente da área de especialização que se detenha, todos os enfermeiros especialistas partilham de competências comuns, isto é, aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Desta forma, entende-se que, independentemente da área onde se vá aplicar a prática e os conhecimentos, a base do enfermeiro especialista adequa-se à sua realidade por apresentar um forte

suporte pelo aprofundamento dos domínios das competências de enfermeiros de cuidados gerais que foram desenvolvidas.

Ainda se ressaltam extensões destes domínios na vertente de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança. Na mesma proporção em que se inclui a responsabilidade pela descodificação, disseminação e investigação com vista ao desenvolvimento da Enfermagem (RCCEE 2010).

Assim sendo, é de extrema importância ressaltar as competências comuns do enfermeiro especialista por integrarem um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar (RCCEE, 2010).

A certificação de competências, procedimento ao qual nos propomos, pretende então atestar que possuímos um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizamos em contexto de prática clínica que nos permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (RCCEE, 2010).

Atenta-se ainda, na definição de domínio de competência, norma ou descritivo de competência e unidade de competência pela importância que têm na compreensão do documento regulador das competências comuns e específicas a que nos propomos.

Assim, segundo o RCCEE (2010, p.3), domínio de competência “é uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”; norma ou descritivo de competência evidenciam “a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho”; unidade de competência “é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos e competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo”.

A cada competência prevista, e seu descritivo, estão associadas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação.

4.1. Competências de Mestre e Comuns do enfermeiro especialista

Nas competências comuns do enfermeiro especialista existem quatro domínios de competências comuns. Estes englobam o âmbito da ação do enfermeiro especialista de qualquer área de especialização:

A - competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; B - competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; C - competências do domínio da gestão dos cuidados; e por fim, D - competências do domínio das aprendizagens profissionais. Englobam-se aqui as competências reconhecidas ao mestre e procede-se às fundamentações para cumprimento e aquisição destas competências.

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Estas competências remetem-nos para que todo enfermeiro especialista e mestre deva praticar cuidados seguros e responsáveis, e que envolva um domínio profissional e ético. A responsabilidade remete-nos para uma prática reflexiva dos atos, inerente às consequências dos mesmos, das tomadas de decisão e do seu comportamento. No Artigo 78.º dos Princípios gerais do Código Deontológico do enfermeiro [CDE] (2009) a responsabilidade encontra-se interligada à “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”. De fato, o comprometimento que existe entre profissional e comunidade representa uma responsabilidade sobre esta.

Desde o início desta caminhada académica que visámos o comprometimento responsável sobre a nossa prática e conduta com vista à aquisição de competências e desenvolvimento da nossa prática profissional.

Ao longo do processo de criação de perfil de enfermeiro especialistas e Mestre que assumimos uma prática profissional e ética no campo de intervenção a que nos propomos e que fomos mantendo em cada aceção e contexto que experienciámos.

No que remete aos contextos de estágio que frequentámos, levámos a cabo uma conduta responsável e praticámos cuidados com base na preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (DCE, 2010). Houve uma preocupação crescente em, perante as situações mais complexas que experienciámos, adotar estratégias que tivessem em conta a relação terapêutica envolvendo o doente e que tivéssemos em conta uma tomada de decisão pela reflexão. Enquanto contexto de estágio participámos na construção da tomada de decisão em equipa e, com vista à aquisição

e desenvolvimento de competências tentámos emergir como meio facilitador da tomada de decisão em equipa.

Nem sempre, enquanto alunos, nos foi possível tomar uma decisão última, no entanto, todas as decisões que foram sendo tomadas em contexto de estágio, tanto por nós como pelos enfermeiros orientadores, foram sendo discutidas e ponderadas por ambas as partes. Muitas vezes, em contexto de estágio, a conversa reflexiva com os orientadores, se tornava o centro da nossa prática, pois julgamos ter aprendido não só a nossa experiência vivida, como também pudemos aprender com todos os exemplos que nos foram sendo demonstrados.

Também aqui, a área curricular nos deu bagagem suficiente para que pudéssemos discutir situações complexas, dilemáticas, éticas e legais. A reflexão acerca dos conteúdos programáticos lecionados em Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem possibilitou-nos uma reflexão crítica diária acerca da prática levada a cabo em estágio.

Acreditamos que após este caminho a nossa prática nunca mais será isolada. Esta terá sempre uma reflexão acompanhada a cada situação que nos seja imposta. E reconhecemos que uma das grandes transformações é a capacidade de integrar conhecimentos a cada momento da prestação de cuidados para lidar com questões dilemáticas ou em que seja necessário emitir juízos.

O conhecimento do CDE visa suportar a decisão em princípios, valores e normas que possibilitam o enfermeiro especialista avaliar cada situação através de técnicas de tomada de decisão, com base neste documento. Rer o CDE com olhos de enfermeiro em construção do seu perfil de mestre e especialista, torna este documento diferente. Não diferem as palavras nele contidas, no entanto, a nossa perceção do que nos transmite é claramente outra. Este documento torna-se claro e preciso, no sentido em que agora conseguimos incorporar o nosso dia-a-dia nele e na mesma medida o utilizamos a cada cuidado que prestamos.

Tomar uma decisão nem sempre é fácil, muito menos quando se tem de inferir sobre uma situação que remeta sentimentos, vidas e muitas das vezes perdas.

Desde o início da nossa prática que lidamos com escolhas e opções, mas saber gerir essas situações, e acima de tudo transmitir aos outros a justificação da nossa escolha, torna-nos enfermeiros mais completos.

Sempre que em contexto de UCI nos deparámos com situações «Até onde podemos ir para salvar uma vida?», «Qual o valor de uma vida humana?», «Será esta a vontade deste doente, incapacitado de nos revelar o que sente?», «O seu familiar faleceu, infelizmente. Fizemos tudo ao nosso alcance, mas

ainda assim não nos foi possível...» . Muitas vezes nos deparámos com questões que nos causam dano enquanto pessoas e profissionais. Existiram sempre as questões ligadas ao sentimento da dor no doente incapaz de a comunicar, o sentimento de que, mais que a própria morte, o sofrimento do outro se tornou a questão mais complexa com que lidamos, daí o nosso afincamento no nosso projeto de intervenção.

Envolver nesta questão uma tomada de decisão ética, e remetendo na sua generalidade para a sua especialidade, o enfermeiro especialista propõe-se ao papel de defender o outro, de codefensor deste e de o proteger. Muitas vezes, em contexto de SU e de UCI nos sentimos como defensor do outro e seu protetor. Em relação à dor e ao sofrimento, ao «Porque tem de sofrer tanto esta pessoa?», questão que tanto nos preocupou neste caminho, tentamos ser ponto de referência não só para os doentes mas como para os pares e mesmo outros profissionais dentro da equipa multidisciplinar

Neste sentido, os enfermeiros orientadores foram fundamentais no acompanhamento que nos proporcionaram no decorrer dos estágios. Pela sua experiência e por terem noção clara do que é integrar um projeto de aquisição de competências profissionais que nos incute um perfil de enfermeiro especialista, cada orientador soube exponenciar o processo reflexivo da tomada de decisão tanto pelo tempo acrescido que em contexto de estágio temos para cada decisão, pelos acontecimentos e ocorrências que nos proporcionaram como pela partilha de exemplos da sua vivência.

Aqui os direitos humanos foram o cerne da prática individual e coletiva, através de uma conduta que visa a perspetiva do doente. A prática do enfermeiro especialista deve então analisar e interpretar os seus cuidados de forma a salvaguardar a defesa do doente, assumindo a responsabilidade de gerir as situações em que os doentes estejam implicados de forma a que situações potencialmente comprometedoras sejam alvo de uma gestão especializada.

B1. Desenvolve um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e familiares, contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.

O enfermeiro especialista é aquele que desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. É o profissional habilitado a colaborar na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

A iniciação e participação em projetos institucionais na área da qualidade visou essencialmente a implementação de um projeto individual de cariz académico na frequência deste curso de mestrado com especialização, a integração dos projetos de colegas de especialidade e participação em projetos existentes nas instituições de estágio e também fora delas.

Uma das melhores experiências possibilitadas por estes campos de estágio foi ter contacto com realidades diferentes na sua forma de organização do trabalho. Se por um lado já conhecíamos e tínhamos experiência de trabalhar numa UCI, por outro lado a incursão nesta enquanto alunos de especialidade e mestrado possibilitou-nos uma visão e ponto de vista diferentes. Na mesma medida, o estágio realizado em UCI em Espanha, possibilitou-nos o mesmo contexto, mas com uma organização diferente. Ainda mais, o SU, de uma forma completamente nova possibilitou-nos uma experiência complementar.

No SU a organização no meio da desorganização natural inerente a um serviço daquele cariz, possibilitou-nos não só perceber as dinâmicas existentes, como as estratégias levadas a cabo pelos enfermeiros e pelos responsáveis para atingir os seus objetivos diários.

A experiência possibilitou-nos incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática clínica diária tanto a título individual como pela integração de projetos já existentes. Também nos possibilitou a incursão em projetos criados pelos nossos colegas de mestrado e participar em formações fora da instituição que se revelaram uma mais-valia e um complemento aos estágios. Tornou-se assim realidade a definição de metas que visassem a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional e que proporcionasse ganhos em saúde para os doentes e uma prática assistencial baseada em evidência científica.

Participámos nas formações em serviço existentes no serviço de UCI: protocolo de rastreio e vigilância ativa de microrganismos multirresistentes (a qual não dispomos ainda de certificado emitido); participámos nas “Jornadas Doente Crítico 2017” (Anexo 3), no “Simpósio Doença Renais” (Anexo 4), nas “Jornadas do Serviço de Urgência da ULSNA” (Anexo 5) onde frequentámos a formação Interpretação de ECG (Anexo 6) e onde participámos com dois pósteres científicos “Triagem de Manchester – a afluência desmedida aos serviços de urgência” (Anexo 7) e “Paragem Respiratória em Contexto Intra-hospitalar” (Anexo 8) e ainda no “Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica da OE” (ainda sem comprovativo) onde participámos no workshop “ECMO” (ainda sem comprovativo).

Considerámos que estas experiências foram uma mais-valia, no sentido em que nos proporcionaram o contacto com colegas de áreas que dizem respeito ao doente crítico partilhando experiências, possibilitando-nos a aquisição de novos conhecimentos e de desenvolvimento de outros já

existentes, de aquisição de competências pela frequência de workshops específicos e ainda pelo desenvolvimento pessoal pela realização de dois pósteres científicos. Foi-nos ainda possível participar na implementação do projeto individual do nosso colega de especialidade acerca da “Capacitação dos alunos do 9º ano do agrupamento de escolas de Ponte de Sor no algoritmo SBV e avaliar a aquisição de competências na atuação em PCR”.

A experiência de poder auxiliar um colega de especialidade na implementação do seu projeto individual trouxe-nos vários benefícios tanto a nível profissional, como a nível de projeto individual e ainda pessoal. A nível profissional pudemos estar em contacto com jovens do 9º ano e dar formação em suporte básico de vida, tendo noção do que é fazer formação em saúde. A nível do nosso projeto individual, pudemos tirar ilações e contribuições para perceber as diferentes dinâmicas existentes entre diferentes públicos-alvo e contextos. E ainda a nível pessoal, pois foi benéfico fazer parte de um projeto, que pelo companheirismo se viu iniciar e também se pôde contribuir e trabalhar em equipa enquanto estudantes de especialidade.

A experiência obtida permite-nos avaliar a qualidade dos cuidados de Enfermagem que são prestados e inferir sobre a estrutura, o processo e os resultados. Através de um processo de metodologia de projeto, desenvolvemos competências no recurso a evidência científica e formas de avaliação de qualidade. Foi-nos possível identificar indicadores tanto para avaliação da qualidade das práticas como dos recursos e das necessidades existentes. Pela realização de estágios com orientadores especialistas tivemos ainda a experiência em auditoria clínica a registos e a instrumentos de avaliação de resultados. Foi-nos possível compreender o processo de auditoria levado a cabo pelo enfermeiro orientador no SU, onde este realizava periodicamente auditorias de consistência interna aos registos de Enfermagem da triagem de Manchester e a elaboração de meios de divulgação dos resultados. Aqui foi possível ainda descortinar que, enquanto Enfermeiro especialista e também Enfermeiro responsável de equipa, este Enfermeiro orientador promovia oportunidades de melhoria dos seus elementos através de estratégias e envolvendo os pares no projeto de melhoria e no desenvolvimento de guias de orientação. Também durante o processo de metodologia de projeto nos possibilitou constituir um projeto de melhoria contínua da qualidade no serviço mas também envolver os profissionais no espírito de aquisição de conhecimentos e motivação para melhoria contínua das práticas.

Pudemos ainda obter experiência em processos de supervisão desses mesmos métodos, visto que enquanto parte integrante de uma equipa de Enfermagem muitas vezes não somos levados a realizá-los. Enquanto enfermeiros especialistas é-nos inculido conhecimento e vontade de providenciar soluções e de nos envolvermos em programas de melhoria contínua.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

O enfermeiro especialista deve ainda neste domínio criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. Este profissional adquire competências que lhe permitem gerir um ambiente profissional centrado na pessoa. Esta relação permite a efetivação de um ambiente terapêutico e possibilita a prevenção de acidentes, logo promovendo o bem-estar e fazendo uma gestão adequada do risco.

O enfermeiro especialista detém as competências que lhe permitem promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. Desenvolvemos capacidades de promover sensibilidade pelo contacto com diferentes experiências, consciência e respeito pela identidade cultural como fazendo parte de uma noção de segurança. Assim, enquanto profissionais à procura da criação de um perfil de enfermeiro especialista na criação e manutenção um ambiente terapêutico e seguro deparámo-nos com algumas dificuldades iniciais.

No primeiro estágio – Estágio 1, a maior dificuldade foi com a língua e método de trabalho. Utilizámos várias vezes cábulas e auxiliares de anotações para podermos prestar cuidados seguros, de forma a não haver interpretações dúbias não só na interpretação do doente, como do que nos era pedido pelo enfermeiro orientador como pela perceção da língua.

Repetíamos o que nos era pedido de forma a fazer a confirmação e à mínima dúvida perguntávamos novamente. A metodologia de trabalho embora diferente assenta nas bases de prestar cuidados de Enfermagem ao doente crítico, no entanto, tanto materiais como equipamentos têm formas e modelos bastante distintos. Procedemos com cautela e com cuidado redobrado desde o primeiro ao último momento. Também na passagem de turno, por se realizar numa língua diferente se tornou mais demorada, mas sentimos que todos os profissionais nos incluíram na prestação de cuidados e que tinham especial atenção à passagem de informação. Tornou-se uma mais-valia esta situação em dois pontos distintos. Se por um lado nos tornámos mais atentos aos pormenores e à real necessidade do momento de comunicação por excelência em Enfermagem, por outro pudemos observar umas das mais valiosas condutas do enfermeiro – a solidariedade para com os colegas. Os enfermeiros espanhóis foram um exemplo de bem-receber e de integrar os outros no seio da sua própria equipa pois viram em nós espírito de vontade de aquisição de conhecimentos e acima de tudo na vontade de uma melhoria contínua para nós próprios e para a profissão. Na mesma medida, os registos e planos de cuidados foram outras áreas em que verificámos a mesma situação. Fomos integrados no processo de prestação de cuidados de uma equipa sempre com vista a desenvolvermos um ambiente terapêutico e seguro.

No campo de estágio do SU deparamo-nos com outra barreira. O sistema informático ALERT[®]. Até então não tínhamos tido contacto com este sistema informático nem com a sua linguagem. Mais uma vez obtivemos dois sentimentos: sentimos a confiança e a solidariedade dos profissionais de Enfermagem, confiando em nós para que manuseássemos este sistema informático e também sentimos solidariedade na medida em que nos ensinaram o que sabiam. Atuámos aqui também com bastante cautela, pois a aquisição de competências informáticas requer treino e prática. Assim, adoção de um ambiente terapêutico e seguro passou por conseguir manusear este sistema informático de forma autónoma.

Houve ainda uma situação que incluímos nesta aquisição de competências, que poderia ter sido para nós meramente informativa, mas que tentámos na adversidade tirar algum proveito.

Aquando da realização do estágio final 1 sofremos um acidente em serviço. Uma picada no dedo após administração de terapêutica subcutânea de insulina, realizando o procedimento correto. Julgamos que a correta utilização de um material de baixa qualidade nos causou este incidente. Após administração de insulina a uma doente e ao efetuar o procedimento de fechar a agulha na segurança criada para o efeito, esta não se efetivava.

Com a colaboração da enfermeira responsável de turno (também ela especialista em Enfermagem médico-cirúrgica), procedemos à leitura e compreensão do procedimento a tomar.

Também aqui, o enfermeiro especialista dá relevância à adesão à saúde e segurança ocupacional. Procedemos à aquisição de competências no circuito institucional do procedimento a realizar em caso de acidente em serviço. Possibilitando-nos ainda de disseminar esse conhecimento no seio da equipa. Constatámos ainda que muitos dos enfermeiros da equipa não conheciam este procedimento da instituição.

Incluímos ainda aqui a gestão do risco. O enfermeiro especialista é aquele que toma especial atenção ao risco e à sua gestão, tornando também neste caso pertinente a disseminação de informação. Posto este acontecimento, fizemos ainda notificação de risco no portal indicado pela instituição para tal – SAGRIS[®]. O portal de notificação do risco existente possibilita-nos notificar o risco do material disponível nos serviços de forma a que a aquisição de material seguro seja uma realidade e que recaia sobre uma escolha consciente e no seu custo-benefício.

A gestão do risco torna-se num nível de aquisição de qualidade dos cuidados prestados e o enfermeiro especialista colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros envolvendo a sua equipa. Envolve-se na gestão do risco a vários níveis: ambiental, sistemas de trabalho e estratégias, e cria mecanismos de avaliação da efetividade dessas estratégias. Pensamos ter

tirado partido de uma situação penosa enquanto profissionais. Pensamos que podemos incluir aqui a colaboração na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínio a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

No domínio da gestão dos cuidados, ao enfermeiro especialista é proposto que realize a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem da equipa a fim de garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. No que respeita à gestão dos cuidados e à otimização da resposta da própria equipa de Enfermagem e multidisciplinar, o enfermeiro especialista pretende desenvolver competências que lhe permitam colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, através da melhoria da informação tanto no processo de cuidar como nos diagnósticos, nas intervenções e na avaliação do processo. Torna-se capaz de negociar o processo terapêutico pela avaliação da tomada de decisão ou ainda ser ponto de partida para referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde.

O conhecimento do enfermeiro especialista vai ao encontro de perceber a dinâmica da gestão dos cuidados no sentido de orientar e supervisionar tarefas a delegar, fazendo uma gestão acerca das tarefas, sendo um meio facilitador para que esse processo aconteça e ainda supervisionando e avaliando as tarefas delegadas. A aquisição de competências em prática de estágio possibilitou-nos desenvolver meios de supervisão de tarefas delegadas e de identificar estratégias que nos facilitassem esse processo. A antecipação da delegação de uma tarefa leva a que haja possibilidade de a ver ser desenvolvida com mais tempo e possibilita uma instrução por vezes reforçada e leva a que a supervisão da mesma se efetive com mais clareza. Delegar pressupõe formar os profissionais que conosco trabalham e no fomento do conhecimento dos profissionais da equipa multidisciplinar reside uma fonte de ganhos em saúde, tanto para profissionais como para doentes e ainda para chefias.

Ser líder requer experiência, e nos serviços onde fizemos as nossas práticas constatámos que os enfermeiros chefes são aqueles que muitas vezes detêm maior experiência no campo da prestação de cuidados mas, acima de tudo, que detêm mais capacidades na gestão e liderança.

Nem sempre nos foi possível inferir acerca da organização e da gestão dos recursos. No entanto, e de forma a inculcarmos em nós experiência e prática acerca desta área, tentamos fazer com os nossos enfermeiros orientadores exercícios que nos permitissem a compreensão das decisões do gestor do serviço, tomarmos decisões de gestão e adequarmos sinergeticamente as nossas decisões.

Durante a nossa ingressão curricular acerca dos modelos e teorias em enfermagem conhecemos o modelo da Sinergia. Pela ingenuidade que talvez à altura possuíamos acerca destas questões, apaixonámo-nos pela forma como se pensou em Enfermagem.

O líder como sinergista deixou-nos marca e em cada estágio vivenciado e tentámos fazer o exercício de ser o líder sinergista.

Nos contextos de UCI é a enfermeira chefe que realiza a distribuição de doentes, auxiliada pela escala TISS28 e pelo conhecimento global que detém do serviço, tanto dos doentes internados como dos seus profissionais. Em reflexões com o enfermeiro orientador tentámos constatar as distribuições feitas, que sempre revelavam a adequação dos profissionais às características dos doentes de forma a obter não só ganhos em saúde como ainda satisfação aos enfermeiros.

No serviço UCI da ULSNA, enfermeiros com formação em diálise realizavam este tratamento quando existiam doentes para tal e enfermeiros com grandes capacidades em comunicação eram distribuídos à doente crónica do serviço.

Já no SU o enfermeiro chefe de equipa geria a sua equipa em cada turno, posicionando enfermeiros em integração no serviço nos postos de SO.

De certo que, enquanto estudantes de especialidade não tomámos este tipo de decisões, no entanto o exercício que fizemos juntos dos enfermeiros orientadores foi benéfico no sentido de perceber as suas escolhas e a sua tomada de decisão. Houve, no entanto, algumas funções de gestão que pudemos realizar ou participar. A gestão de stocks e delegação de tarefas.

Tentámos desde cedo perceber o circuito e local dos materiais em cada serviço onde realizámos estágio. Tentámos ainda perceber os níveis dos stocks, o armazenamento e a forma de emitir a informação para que a enfermeira chefe pudesse pedir os materiais em falta.

No SU todas as manhãs os enfermeiros distribuídos aos postos balcão e sala de emergência são responsáveis pelo material aí existente e pela gestão deste ao longo do seu turno. Assim, executámos esta tarefa de forma autónoma. Repusemos material e fizemos a gestão deste, comunicando

intercorrências ou faltas. Na sala de emergência, conferimos stocks e níveis segundo protocolo do serviço e verificámos material.

Pudemos ainda, tanto em SU como em UCI, realizar testes em equipamentos específicos como ventiladores ou desfibrilhadores.

Outra das formas que pudemos gerir cuidados foi a de delegação de tarefas. De forma a conseguir otimizar o trabalho em equipa, adequando recursos e favorecendo respostas, houve necessidade de delegar tarefas e, junto dos enfermeiros orientadores, foi possível fazê-lo aos assistentes operacionais de forma a agilizar o serviço, garantindo a segurança e a qualidade das mesmas pela supervisão.

Da mesma forma, tirámos de todo este processo de observação/participação ilações para que nos possamos tornar profissionais competentes na comunicação e no conhecimento da gestão dos cuidados

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) sustentando-se nos conhecimentos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O conhecimento torna-se uma das maiores armas em qualquer profissão e busca incessante deste torna os profissionais de qualquer área mais capazes.

Desde o início de ingresso neste curso de mestrado com especialidade que nos sentimos em permanente alteração do nosso perfil profissional. Sentimos que nunca estudámos tanto como agora, que nunca o fizemos com tanto afinco e acima de tudo com tanta necessidade e gosto.

Tal como descrito nas competências do mestre sentimos exatamente que cruzámos um percurso em que os conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, foram desenvolvidos e aprofundados aqui. Sentimos que, tal como previsto, efetuámos uma transição no sistema educativo que conhecíamos em que este era baseado na transmissão de conhecimentos e se alterou para o desenvolvimento de competências.

Sentimos que, pelas experiências que fomos passando e pelas situações vivenciadas desenvolvemos um nível de autoconhecimento e assertividade que nos possibilitou a evolução.

Remetemos aqui para as aulas transatas da professora Paula e a sua Relação de ajuda. No momento em que estas aconteceram, não as enquadrámos da melhor forma nem mesmo no tempo em que decorreram. No entanto, mais do que uma relação de ajuda ao próximo, desenvolvemos uma relação de ajuda ao nosso “eu” profissional pelo conhecimento de nós mesmos.

A elevada consciência que o enfermeiro especialista detém de si próprio, possibilita-lhe várias vantagens. E nós, ao longo do nosso percurso de gestão de perfil de enfermeiro mestre e especialista, vivenciámos na pele este percurso.

Partimos para estes quase dois anos de abertura na Enfermagem pelo desconhecido e ingressámos nestes campos de estágio pelo incerto.

Se por um lado não sabíamos à partida a transformação que ia acontecer e por outro lado não sabíamos da evolução desta “dimensão de Si e da relação com o Outro” (RCCEE, 2010, p9).

Partimos para o estágio 1 com receios que já ficaram evidentes nesta produção escrita como a barreira linguística, cultural e até profissional. No entanto, desenvolvemos capacidades de adaptação, de relacionamento e de consciência dos nossos limites profissionais e pessoais. Contámos com a pertinente ajuda do nosso orientador de estágio que, tendo sido enfermeiro em Portugal comparou muitas vezes as idiosincrasias entre os profissionais de cada cultura. Também aqui descobrimos que detemos uma imensa capacidade de adaptação profissional, e sentimos que os enfermeiros portugueses são extremamente dotados desta capacidade. A nossa formação base ficou evidente quando comparada com qualquer profissional espanhol. Essa formação pauta-se pela excelência e dota-nos da humildade necessária para aprendermos com outras realidades. Saímos de cada situação clínica com sentimento de dever cumprido e dedicamo-nos a 100% em cada segundo de profissão.

Durante o estágio do SU, os receios foram não só diferentes como em maior escala. Um serviço que não conhecíamos e que nos possibilitou um crescimento na produtividade do autoconhecimento. Muitos dos utentes deste serviço abordaram-nos a cada momento, puxando a atenção sobre si e sobre a sua situação o que nos levou a desenvolver muito mais a nossa capacidade de assertividade. Atuar sobre pressão, não só no contexto do doente crítico mas também na abordagem pelas famílias ou outros profissionais. Fomos, ao logo do estágio e pela reflexão com o nosso orientador, praticando formas de reconhecer e antecipar situações de potencial conflito, solucionando-o e minimizando os danos na nossa prática.

No entanto, no que ao autoconhecimento diz respeito, considerámos que a realização de estágio no serviço onde laboramos no nosso dia-a-dia se tornou o ponto-chave.

Partimos para este estágio com expectativas de desenvolver um projeto que trouxesse regalias tanto a profissionais como a doentes. No entanto, a maior transformação a nível de perfil de enfermeiro mestre e especialista verificou-se aqui no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na unidade de competência que diz respeito à consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

Por fazermos parte desta equipa de Enfermagem na vertente de enfermeiro e de estudante de mestrado com especialização, pudemos inferir acerca não só da prática da equipa, como individualizar a nossa própria prática. Em conjunto com a preciosa ajuda do nosso enfermeiro orientador, a cada momento da prestação de cuidados inferimos sobre os modos de pensar, modos de fazer e principalmente modos de saber.

Refletimos sobre nós e sobre a nossa prática de uma forma que nos possibilitou saber o que fazíamos no dia-a-dia e confrontar ideias, investigar para tirar dúvidas e aprender.

Sentámo-nos muitas vezes com o nosso orientador e investigámos novas evidências, procurámos protocolos antigos e confrontámos ideias. Aprendemos com a experiência durante o seu percurso de estágios e com o seu caminho para se tornar especialista. Fizemos um reconhecimento do nosso “eu” profissional no que víamos dos outros e acreditamos que melhorámos a nossa prática diária. Passámos a questionar tudo o que fazemos, gerimos idiosincrasias, ficámos mais cientes dos nossos limites mas também reconhecemos a nossa influência na equipa. Como profissionais proactivos e motivados, consciencializamo-nos que detemos uma influência positiva no seio da equipa de Enfermagem e multidisciplinar na procura pelo conhecimento e melhoria na qualidade.

Compreendemos a coragem do nosso enfermeiro orientador que também enquanto colega, servirá de exemplo futuro enquanto enfermeiro e enquanto orientador.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Ao longo deste percurso de estágios também sentimos necessidade de estudar. Sabemos que o enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. No entanto, de forma a poder intervir e realizar processos de tomada de decisão assentes em padrões de conhecimento, tanto científico, como ético, estético, pessoal e sociopolítico, sentimos necessidade de investigar, de perguntar, de reformular e voltar a investigar.

Várias vezes, juntamente com os nossos enfermeiros orientadores abrimos o computador e procurámos conhecimento válido e atual que nos possibilitassem prestar cuidados baseados na melhor evidência científica.

Reconhecemos os nossos enfermeiros orientadores como facilitadores da aprendizagem e como peritos na área de investigação, auxiliaram-nos a ganhar prática e experiência também nessa área.

Da mesma forma, o projeto e a investigação feita em metodologia de projeto nos possibilitou o incremento destas competências por nos inculir experiência em áreas como a investigação, a prática baseada na evidência e a metodologia de projeto.

4.2. Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa e situação crítica

As competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa e situação crítica são essencialmente três: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; e maximizar a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de repostas em tempo útil e adequadas.

Com vista à fundamentação e justificação para cumprimento e aquisição destas mesmas competências, seguem-se assim algumas considerações.

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, e/ou falência orgânica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica [EEEMCPSC], mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família.

É portanto, o profissional que perante a prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família, mobiliza um conjunto de conhecimentos e habilidade em prol destes.

De facto, em cada serviço em que passámos durante os estágios realizados, tomámos bastante atenção à atuação dos enfermeiros especialistas nomeadamente EEEMCPSC e sentimos que este é um profissional constantemente motivado, capaz e perspicaz.

Também nós, em busca deste perfil, tentámos aliar a cada estágio uma conduta à medida do que fomos percecionando: motivação, capacitação e perspicácia.

Tanto em contexto de UCI como em contexto de SU sentimos que a antecipação é um dos grandes aliados nesta área. Antecipar e prever diminui largamente as complicações e possibilita uma resposta mais pronta e, por conseguinte, mais eficaz.

A monitorização dos doentes possibilita-nos um controlo dos sinais de instabilidade destes e assim atuar na prevenção de complicações. Estar bastante atentos à monitorização, ganhar destreza com os equipamentos e ter conhecimento sobre o doente na sua hemodinâmica, nos seus padrões basais e nos sinais e sintomas que daí advenham, traz-nos tempo de atuação e preditabilidade.

Uma das tarefas que sempre executámos religiosamente no início de cada turno foi a inspeção aos parâmetros monitorizados, aos seus alarmes e condições de monitorização. O lema de um dos enfermeiros orientadores era «A correta monitorização do nosso doente é nossa responsabilidade e nos nossos alarmes só nós mexemos!». Este enfermeiro acredita que se temos equipamentos disponíveis que nos auxiliem a perceber os parâmetros vitais do doente, também é da nossa competência desenvolver capacidades de reconhecer sinais e sintomas inerentes às alterações que vão ocorrendo. O aumento da frequência cardíaca, nem sempre está associado ao aumento da temperatura, mas poderá indicar dor. O não aumento da temperatura corporal, não rejeita uma síndrome febril. E estados de ansiedade ou confusionais podem em nada ter a ver com perturbações cognitivas, mas apenas ser resultado de medos ou estados de pânico.

Poder partilhar a experiência dos estágios com profissionais tão competentes como são os EEEMCPSC, dá-nos a possibilidade de ganhar foco no importante e estar atento a pormenores.

O doente crítico pela sua especificidade requer a gestão de um regime terapêutico complexo e também aqui desenvolvemos competências no diagnóstico precoce de complicações e das respostas às complicações e aos problemas.

Sentimos que os protocolos instituídos nos serviços são fundamentais no auxílio à nossa prática e quando realizamos práticas de estágio consultámos os protocolos existentes nos serviços, tanto na administração de terapêutica como nos procedimentos a realizar. Também aqui a observação, monitorização e avaliação constante do doente foi fundamental.

Podemos destacar as competências adquiridas na área da monitorização do doente crítico, no manuseamento de equipamentos. Na experiência que ganhámos pela monitorização que não está disponível no nosso serviço de origem como são exemplos de Cateteres de Swan-Ganz, perfusão dos tecidos periféricos, gestão de volumetria e de gestão de fluidos, monitorização de oximetria venosa central, monitorização minimamente invasiva para medida do Débito Cardíaca, BIS [Bispectral Index Scale]

que permite avaliar e monitorizar o nível de sedação do doente e INVOS [In vivo Optical Spectography] que permite avaliar e monitorizar a saturação periférica regional cerebral bilateral.

Tivemos ainda o primeiro contacto com tratamentos como o MARS (Molecular Adsorbent Recirculating System) em doentes hepáticos, ou ainda processos de cuidados de Enfermagem a doentes em UCI que após determinação de morte cerebral estavam aptos a ser doadores de órgãos em assistolia.

Estivemos ainda perante casos complexos em que fomos determinantes na assistência a pessoas e famílias nas perturbações emocionais. Também aqui nos remetemos à unidade curricular de relação de ajuda. A exemplificação de casos clínicos durante as aulas possibilitaram-nos dramatizar experiências, no entanto em contexto de estágio podemos vivenciar circunstâncias onde foi determinante capacidades de gestão de ansiedade do medo tanto do doente como da família, e ainda o nosso próprio medo e ansiedade enquanto profissionais.

Nunca antes, durante o nosso percurso profissional nos tínhamos deparado com o doente em morte cerebral clinicamente diagnosticada. Esta foi uma das experiências mais marcantes a que pudemos assistir.

«Indivíduo do sexo masculino, A.N., de 45 anos de idade, raça eurocaucasiana, residente em Badajoz. Vive com a esposa da mesma idade. Funcionário do Estado, trabalhador da Câmara Municipal de Badajoz. Tem duas filhas mulheres de 25 e 23 anos que vivem com o casal. Chega ao serviço de UCI, trazido pelo serviço de Emergência espanhol no dia 7 de junho de 2017 cerca das 14:20h (hora local) com status pós PCR. Encontrado caído na via pública a cerca de 150 metros da sua residência, uma queda presenciada por duas testemunhas que chamaram o 112. A viatura da emergência médica quando chegou iniciou manobras de SBV com SAV. Transportando de seguida o doente para o Hospital Infanta Cristina que se encontrava a cerca de 2 minutos de distância do local da ocorrência. (...) Apresentava-se hemodinamicamente estável com um traçado cardíaco em ritmo de taquicardia sinusal. É avaliado pela equipa médica residente. (...) Monitorizados sinais vitais e neurológicos. Colocada monitorização BIS® que permite avaliar e monitorizar o nível de sedação do doente e INVOS® que permite avaliar e monitorizar a saturação periférica regional cerebral bilateral. (...) Sendo diagnosticado status pós PCR, morte cerebral, contactada a Equipa de decisão clínica de doação de órgãos para se proceder a decisão clínica. No dia seguinte, 8 de junho de 2017 é atribuído a este doente estatuto de doador de órgãos em assistolia pelo mau prognóstico apresentado. Contactada a família pela Equipa de Decisão Clínica de Doação de Órgãos. Nesse mesmo dia são prestados os cuidados de Enfermagem ao doente enquanto dador de órgãos em assistolia. Mantem monitorização cardíaca, monitorização da pressão arterial invasiva, suporte ventilatório e terapêutico medicamentoso. Retirada monitorização BIS e INVOS. Feita higiene corporal segundo protocolo de Doação de órgãos em Assistolia do Hospital Infanta Cristina» [Excerto de estudo de caso realizado durante o Estágio 1 – Apêndice 16].

Foi uma das situações mais complexas em que assistir a família, mais do que o próprio doente se tornou um desafio, e que a gestão da comunicação foi fundamental. Apesar das barreiras linguísticas a expressão corporal e o apoio foi dado na linguagem universal. A esposa daquele doente abraçou-nos em lágrimas em jeito de agradecimento. Esta situação necessitou não só de conhecimentos teóricos aprofundados, como de prevenção de instabilidade, como ainda de domínio de estratégias facilitadoras da comunicação e da sua adaptação à complexidade que envolveu esta família.

Foi feita uma tentativa conjunta entre nós, o enfermeiro orientador e a enfermeira responsável pelo doente após diagnóstico de doação de órgãos, no sentido de gerir esta relação terapêutica, reconhecendo o impacto na situação familiar e em cada pessoa da família.

Julgamos que neste ponto há que salientar a unidade de competência onde centrámos o nosso projeto de intervenção *K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência, otimizando as respostas.*

Para além do público-alvo dos nossos cuidados, dos profissionais, dos cenários clínicos, houve um sentimento que acompanhou os estágios a que nos propusemos. A dor. Acompanhámos de perto o fenómeno da dor e do sofrimento em cada situação presente: desde a pessoa que recorria ao SU, desde o familiar que o acompanhava, ao doente em pós-operatório de cirurgia programada em UCI, ao doente que realizava Hemodiafiltração, ao doente crítico internado em UCI. A experiência da dor em pleno século XXI aterrorizou-nos enquanto profissionais e no fundo, enquanto possíveis doentes.

Considerámos o fenómeno doloroso como a doença transversal a todas as doenças e em todos os doentes e famílias que cuidámos. Em qualquer língua e em qualquer serviço, a dor é desnecessária e produz efeito no equilíbrio de quem a experiencia a todos os níveis.

Incidimos neste foco com maior vigor e procurámos efetivar uma prática baseada na melhor evidência de forma a aumentarmos o nosso conhecimento sobre o tema e cumprir com maior afinco estas competências. Julgamos que com o nosso projeto de intervenção individual se cumpriram as competências na área diferenciada da dor e do bem-estar.

Ainda atentando aos cuidados da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica consideramos que a frequência curricular de Suporte Básico de Vida e de Suporte Avançado de Vida, nos capacitou com conhecimentos e competências, nos possibilitou atualizar conceitos e práticas. Foi, de facto, uma mais-valia durante esta caminhada.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Embora o EEEMCPSC seja consciente de que detém competências para dar respostas a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, não nos foi possível vivenciar uma situação real. No entanto, utilizámos durante o percurso curricular e os estágios práticos estratégias para atingir estas competências.

Durante o percurso curricular frequentámos aulas práticas com simulação teatralizada no quartel dos Bombeiros Sapadores de Setúbal, onde foram simulados cenários multi-vítima, e onde se aprendeu com os profissionais que trabalham no terreno. Esta experiência, para além de única, capacitou-nos e focalizou-nos para áreas que nunca experienciámos.

Operações de busca e salvamento, desencarceramento, cenários de catástrofe foram realísticos no sentido em que nos permitiram intervir na conceção de uma resposta a este tipo de situações de alta complexidade e emergência. Não gerimos este tipo de intervenções, mas consideramos que ao sermos geridos por profissionais experientes, de forma sistematizada, assente em conhecimentos técnicos e teóricos, possibilitámos a aquisição de competências e a mobilização de conhecimentos.

Foi-nos possível ainda, durante estágio 1 e estágios Final intervir na aquisição destas competências, pela discussão com os enfermeiros orientadores do Plano Nacional e Distrital para catástrofe e emergência, inferindo sobre o plano de emergência e de catástrofe da instituição onde se realizaram os estágios, a rede de emergência médica existente e a atuação dos seus profissionais.

Foi-nos impossível gerir cuidados neste tipo de situação, no entanto, e apesar de sabermos que é uma situação imprevisível, consideramos que nos consciencializou para a sua eminência e possibilidade.

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

O controlo de infeção é uma das áreas onde o conhecimento científico tem dado passos exponenciais no seu desenvolvimento. Desde o início deste curso de mestrado com especialização que o controlo de infeção tem sido alvo de investimento da nossa parte enquanto futuros enfermeiros especialistas. A intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica faz-se antes mesmo de chegarmos ao cenário clínico. Investigar sobre a melhor evidência em controlo de infeção foi feita por nós ao longo das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-cirúrgica, as quais vieram a ser benéficas em contexto prático.

Se cada vez mais somos administradores de antibioterapia, também fomos, cada vez mais, os disseminadores de informação em relação à resistência antimicrobiana e à necessidade de respostas adequadas. Em contexto curricular formulámos um projeto coletivo de implementação de um Protocolo de rastreio e vigilância ativa de microrganismos multirresistentes (que veio a ser implementado na

instituição de saúde ULSNA, EPE) e investimos conhecimento na área. Concebemos um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto verificadas. A importância de haver uma contribuição para a minimização de complicações associadas bem como a maximização de recursos e ainda aplicar os nossos conhecimentos desenvolvidos no nosso próprio contexto, tornou-se o foco primordial de atenção. Para tal, procedeu-se, academicamente, à elaboração de um protocolo que tivesse em vista a identificação de doentes potencialmente infetados ou colonizados com microrganismos multirresistentes [MMR] provenientes de outras instituições hospitalares, lares ou de unidades de cuidados continuados.

Aqui demonstrámos capacidades de, enquanto estudantes com vista a enfermeiros especialistas, não só demonstrar conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção como das Comissões de Controlo da Infeção, como também articular informação com as Comissões e profissionais responsáveis. Houve também um processo prévio de diagnóstico das necessidades e de intervenção.

Nos serviços onde realizamos práticas de estágio na ULSNA, EPE, pudemos constatar que o plano de intervenção foi implementado e que a sua aplicabilidade se efetivou por ter uma resposta reconhecida às necessidades encontradas.

Tivemos em conta, ser parte fundamental, no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção dentro da instituição.

Durante os estágios tentámos ainda desenvolver um processo de comparação entre o que é praticado em Portugal e em Espanha em relação aos resíduos hospitalares. Confrontados com as diferenças existentes, sentimos facilidades mas ao mesmo tempo complicações.

A triagem de resíduos hospitalares em Portugal tem sofrido poucas alterações desde o nosso curso base, fazendo as distinções com que lidamos no dia-a-dia entre categorias de resíduos e correspondente cor de saco. Fomos confrontados, com alguma estranheza, que no Estágio 1 os resíduos hospitalares com que tivemos contacto fossem diferenciados em categoria II todos os considerados biossanitários semelhantes a lixo urbano, onde estão incluídos luvas, pensos, filtros de diálise, unidades de sangue vazias, sistemas de soro, sacos coletores e material que esteve em contacto direto com os doentes – depositados em sacos pretos; categoria III são considerados os biossanitários especiais como agulhas, lâminas de bisturis e todos os corto-perfurantes.

Tivemos oportunidade de refletir em conjunto com o enfermeiro orientador de estágio 1, espanhol, que já tinha trabalhado em Portugal acerca desta situação e percebemos que esta é uma situação governamental e não institucional.

Consideramos que a diversidade de experiências a que fomos expostos, as respostas evidenciadas e os conhecimentos mobilizados, nos possibilitaram consolidar competências na construção do perfil de enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoas em situação crítica.

Acima de tudo, tentámos sempre que a nossa conduta fosse proactiva e de intervenção e que a nossa presença em contexto real se tornasse uma mais-valia não só para nós como também para os enfermeiros orientadores, serviços e principalmente para os doentes.

A motivação foi desde o início adquirir uma das maiores competências do enfermeiro especialista, fazer a diferença na prestação de cuidados de Enfermagem.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório pretendeu-se demonstrar a aquisição de competências e desenvolvimento de conhecimentos que nos permitam atingir o ponto cimeiro da construção do perfil de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

“(…) a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambiente de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem.” (RCCEE, 2010, p.2)

Conclui-se esta produção escrita com a certeza de que a transformação que obtivemos a nível profissional e pessoal foi imensa.

Numa busca incessante pela sabedoria do colégio de especialidade a que nos propomos, envolvemos neste projeto de aquisição de competências, a mobilização de conhecimentos, o nosso esforço e o nosso trabalho para intervirmos na formação e especialização e dar continuidade a um caminho de melhoria enquanto enfermeiros e também para a profissão.

Consideramos que, atendendo aos descritivos que consideram a atribuição de grau de mestre e dos regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, mobilizámos conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística a problemas reais identificados e a necessidades existentes.

“Estes cuidados de Enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (RCEEEEPSC, 2010, p.1).

Identificar um problema é o primeiro passo para a sua resolução e intervir é uma das bases da nossa atuação.

Em cuidados de saúde, identificar um problema constitui uma das etapas do processo evolutivo do conhecimento sendo uma das ferramentas utilizadas na metodologia de projeto. Identificar o problema é o ponto de partida para que haja desenvolvimento e investigação em saúde e intervir é uma das competências adquiridas utilizadas.

Assistindo ao fenómeno doloroso, no que diz respeito à pessoa em situação crítica, e face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil, este processo foi maximizado pela intervenção levada a cabo na implementação de uma escala de avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado em contexto de UCI.

Go, Cole e Broglio (2013), referem que uma avaliação profunda da dor é essencial, independentemente da configuração clínica e que esta informação orienta os clínicos para a causa subjacente da dor, bem como determina quais intervenções terapêuticas que serão utilizadas.

Batalha (2016, p.4) confirma que “a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. [E que] uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos”.

Assim, escolher uma ferramenta de avaliação da dor adequada é fundamental para se poder inferir acerca da gravidade da dor como também sobre a tomada de decisão acerca das intervenções terapêuticas a tomar.

Consideramos que a metodologia se tornou fundamental para que houvesse um diagnóstico claro da situação e de demonstração das necessidades existentes. Este método proporcionou-nos aquisição de conhecimento pela investigação e permitiu a busca da melhor evidência a incluir na prática clínica diária.

Incluímos assim nesta equipa, uma prática baseada na evidência pelo recurso à investigação, incluindo os pares, de forma a obter grandes ganhos em saúde para doentes, profissionais e instituição.

Consideramos que “o trabalho de projeto, ao mudar fortemente as condições em que se aprende, leva a que se aprenda mais, em maior quantidade mais coisas”. (Halté in Leite, Malpique e Santos, 1991, p.59).

Também conosco foi assim, consideramos que esta metodologia foi determinante na aquisição das competências de enfermeiro especialista na medida em que nos tornou enfermeiros mais capazes, competentes para incluir evidência científica na nossa prestação de cuidados do dia-a-dia. Neste momento final, evidenciamos que na metodologia de projeto, o processo é tao importante quanto o produto realizado (Castro e Ricardo, 1993).

No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer. Pretendemos que primeiramente seja efetivada a implementação deste projeto, com as autorizações necessárias e prevemos que, no futuro, ainda que a longo prazo, seja possível articular esta temática da dor e da escala de avaliação da dor BPS com um protocolo de analgesia no serviço.

Consideramos que tanto as atividades aqui descritas em estágios como as unidades curriculares que lhes precederam, e ainda o contacto com novas realidades e profissionais nesta caminhada, foram excelentes contributos para o cumprimento dos nossos objetivos.

A nível profissional todo este caminho possibilitou-nos uma grande reflexão acerca da nossa prática diária e do nosso lugar na Enfermagem. Possibilitou-nos também, dentro de uma equipa de Enfermagem, ser um facilitador da aprendizagem de todos e ser o núcleo de inclusão na equipa de uma dinâmica de procura pelo desenvolvimento individual e coletivo.

Relativamente aos objetivos propostos neste relatório consideramos que foram atingidos. Ficou aqui evidente a abordagem à temática pela realização de um enquadramento do tema onde foi realçado o conhecimento dentro da disciplina de Enfermagem através do modelo da Sinergia e da Teoria do Conforto em Enfermagem. Foi realizada uma revisão alargada da literatura sobre a temática da dor e da sua correta avaliação em doentes ventilados e sedados em UCI. Apresentámos o projeto de intervenção desenvolvido no serviço UCIDEM, assente na metodologia de projeto e refletimos e inferimos acerca das competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica.

Ao finalizar esta produção escrita, perspetivamos manifestar a cada dia e em cada contexto as competências aqui adquiridas. Sabemos que a transformação aqui realizada nos acompanhará a cada envolvimento profissional e pessoal e partimos agora para uma fase de total reflexão acerca destes quase dois anos de caminhada. Sabemos que adquirimos maturidade cognitiva fundamental para abordar novos desafios e que a forma como vemos e estamos na Enfermagem será de total afirmação e de demonstração dos valores aqui inculcados.

Consideramos que este não é fim, mas sim um novo início de contínua transformação, de aquisição de conhecimentos e competências, dando visibilidade à Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica (1997). O Enfermeiro perante o Doente Crítico. Vila Nova de Gaia: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.

Ahlers, S.; van der Veen, A.; van Dijk, M.; Tibboel, D.; Knibbe, C. (2010). The Use of the Behavioral Pain Scale to Assess Pain in Conscious Sedated Patients. *Critical Care and Trauma*. No. 1 Vol. 110. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19897804>

Alsman, E. T.; Ahmad, M. M.; Hani, M. A. B.; Atiyeh, H. M.; (2017). Health: A Developing Concept in Nursing. *International Journal of Nursing Knowledge*. Volume 28, No. 2. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12113>

Azevedo-Santos, I. F.; Alves, I. G.N.; Badauê-Passos, D.; Santana-Filho, V. J.; DeSantana, Josimari M. (2016) Psychometric Analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in Sedated and Mechanically Ventilated Adult Patients: A Preliminary Study. *Pain Practice*. Vol. 16 Issue 4. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/papr.12287>

Batalha, L. M. C; Figueiredo, A. M.; Marques, M.; Bizarro, Vera. (2013) Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese version of the Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. (9): 7-16. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a01.pdf>

Batalha, L. M. C. (2016). Avaliação da dor. (Manual de estudo–Versão 1). Coimbra: ESEnfC; Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>

Barr, Juliana; Fraser, Gilles L.; Puntillo, Kathleen; Ely, E. Wesley; Gélinas, Céline; Dasta, Joseph F. *et al* (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine Journal*. Volume 41. No 1. Acedido a 5 de novembro de 2017 em https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/01000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_of.29.aspx

Berry, Patricia H.; Chapman, C. Richard; Covington, Edward C.; Dahl, June L.; Katz, Jeffrey A.; Miaskowski, Christine; McLean, Michael J. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. 2001. National Pharmaceutical Council. Assesment of Pain. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf>

Castro, Lisete Barbosa; Ricardo, Maria Manuel Calvet (1993). Educação hoje: Gerir o trabalho de Projecto. Um Manual para Professores e Formadores. 3ªEdição. Lisboa: Texto Editora.

Craig, J.; Smyth, R. (2002). Prática baseada na evidência - manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.

Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. Nursing Science Quarterly, Vol. 18 No. 2. Acedido a 22 de janeiro de 2018 a <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318405274823>

Ferrito, Cândida. (2002). Enfermagem Baseada na Evidência. Estudo Piloto Sobre Necessidades de Informação Científica para a Prática de Enfermagem. Síntese do Trabalho apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde no ISCTE no ano de 2002. Revista Percursos No. 3. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9019/1/Revista%20Percursos%20n03_Investiga%C3%A7%C3%A3o%20-%20Estudo%20Piloto%20sobre%20Necessidade%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20Cient%C3%ADfica%20para%20a%20Pr%C3%A1tica%20de%20Enfermagem.pdf

Galvão, C. M.; Sawada, N. O. (2003). Prática Baseada em Evidências: estratégias para sua implementação na Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. Acedido a 22 de janeiro de 2018 a http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100012&script=sci_abstract&tIng=pt

Go, R.; Cole, B. E.; Broglio, K.(2013) Managing Pain in Intensive Care Units. Aggressive pain management for the typically very ill and unstable patients in the ICU must be individualized based on the circumstances of each patient's pathology and condition. Acedido 05 de novembro de 2017 em <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/managing-pain-intensive-care-units>

Hartigan, R. C. (2000). The Synergy Model in Pactice. Establishing Criteria for 1:1 Staffing Ratios. Critical Care Nurse. Vol. 20. No 2. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em https://www.researchgate.net/publication/11488370_The_Synergy_Model_Establishing_criteria_for_1_1_staffing_ratios

Herr, K.; Coyne, P. J.; McCaffery, M.; Manworren, R.; Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, Vol 12, No 4. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117755>

Herrington, Catherine E. (sd). Theory Critique: AACN Synergy Model of Patient Care. University of Virginia. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://pdfs.semanticscholar.org/65ca/c98453ffb38ca4adc739d6ee16a3921f3d02.pdf>

Hsiung, N.; Yang, Y.; Lee, M.; Dalai, K.; Smith, G. D. (2016). Translation, adaptation, and validation of the Behavioral Pain Scale and the Critical-care Pain Observational Tools in Taiwan. *Journal of Pain Research*. Vol. 9. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27695360>

International Association for the Study of Pain. (1993). Assess the person, not just the pain. *Pain Clinical Updates*. Vol.1, No 3. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssueWIP.aspx?ItemNumber=6729>

Kaplow, R.; Hardin, S. R. (2007) *Critical Care Nursing: Synergy For Optimal Outcomes*. Jones & Bartlett Learning. 1ª Edição.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*. Vol. 49 Nº2. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(01\)43598-6/fulltext](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(01)43598-6/fulltext)

Leite, E., Malpique, M., e Santos, M. (2001). *Trabalho Projecto: 1. Aprender Por Projectos Centrados Em Problemas*. (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento

Longmoore, R. (2012). The Synergy Model: A solution for ratios. ICN Workforce Forum. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <http://slideplayer.com/slide/4664321/>

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº09/DGCG de 14 de junho de 2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Mularski, Richard A.; White-Chu, Foy; Overbay, Devorah; Miller, Lois; Asch, Steven M.; Ganzini, Linda (2006). Measuring Pain as the 5th Vital Sign Does Not Improve Quality of Pain Management. *Journal*

of General Internal Medicine; No21. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16808744>

Needleman, J.; Buerhaus, P. I.; Stewart, M.; Zelevinsky, K.; Mattke, S. (2006). Market Watch. Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality? Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc. janeiro/fevereiro. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.25.1.204>

Nunes, L. (2006). Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco_cuidados-seguros_In.pdf

Nunes, L. (2010). Do perito e do Conhecimento em Enfermagem. Revista Percursos No17. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20Enfermagem.pdf

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de Investigação académica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20Enfermagem.pdf%3B>

Nunes, L. (2016). Enfermagem Médico-cirúrgica 1, Material de apoio distribuído no módulo Enfermagem Médico-cirúrgica 1, I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Universidade de Évora, Ano letivo 2016-2017.

Oliveira, C. S. (2013) Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. Pensar Enfermagem Vol. 17 N.º 2. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em [http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\).pdf](http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://forumEnfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/dor-guia-orientador-de-boa-pratica/download>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 5 de novembro de 2017 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa Acedido a 5 de Novembro de 2017 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido a 22 de janeiro de 2018 a https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido a 18 de março de 2017 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Acedido a 22 de janeiro de 2018 a https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_sit_e.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2003). Do caminho percorrido e das propostas: análise do primeiro mandato, 1999-2003. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Penedo, J.; Ribeiro, A.; Lopes, H.; Pimentel, J.; Pedrosa, J.; Vasconcelos e Sá, R.; Moreno, R. (2013) Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Grupo de Trabalho Criado pelo Despacho Nº4320/2013 de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado me Diário da República Nº. 59, 2ª Série, de 25 de março de 2013. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Plano Nacional de Avaliação da Dor – Resultados. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Grupo de Avaliação da Dor. (2016) Acedido a 22 de janeiro de 2018 em https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa N.º09/DSCS/DPCD/DSOC de 24/03/2008. Utilização de medicamentos opióides fortes a dor não oncológica. Acedido a 05 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-09dscsdpcddsqc-de-24032008-pdf.aspx>

PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2013. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://dre.pt/application/file/a/498425>

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido a 05 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09/DGCG de 14/06/2003. A dor como 5º sinal vital – registo sistemático da dor. Acedido a 05 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento (2003) Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Rijkenberg, S.; Stilma, W.; Bosman, R. J.; Van der Meer, Nardo J.; Van der Voort, Peter H.J. (2017). Critical Care Medicine Original Article: Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 31(4). Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28800982>

Rijkenberg, S.; Stilma, W.; Endeman, H.; Bosman, R.J.; Oudemans-van Straaten, H.M. (2014) Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care*. 30(1). Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25446372>

Rahu, Mamoon Arif; Grap, Mary Jo; Ferguson, Pam; Joseph, Patty; Sherman, Sarah; Elswick, R. K. (2015). Validity and Sensitivity of 6 Pain Scales in Critically ill, Intubated Adults. *American Journal of Critical Care*, November 2015, Volume 24, No. 6. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/6/514.long>

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*. Vol. 4 Issue 1. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27833752>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Grupo de Avaliação da Dor. Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor. Acedido a 5 de novembro de 2017 em https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf

Truppel, T. Processo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: análise de requisitos para a estruturação de um modelo informatizado. (2008). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oThiagoTruppel.pdf>

Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* No15. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, Elvira. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>

Segre, M.; Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. No31. Vol5. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <http://www.ceap.br/material/MAT03082012162552.pdf>

Servício Extremeño de Salud. Gerencia del área de salud de Badajoz. (2016). Memoria de actividad y científica del área de salud de Badajoz. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/memorias_anuales/MEMORIA_2016_%C3%81REA_BADAJEZ.v1.pdf

Teixeira, J.; Durão, M. C. (2016) Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 10. Acedido a 22 de janeiro de 2018 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a15.pdf>

ULSNA. Missão, Atribuições e Legislação. In Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE. Acedido a 18 de março de 2017 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

ANEXOS

ANEXO 1 – Comprovativo de autorização ao projeto pela Comissão de Ética da ULSNA

ULSNA

SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

ENVIADA Nº 2017069410 (NOV)

15.01.18

Joana Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º 6/ 2018, de 12 janeiro

De: Maria Luíza Lopes- Comissão de Ética

Para: Sr. Enf.ª Diretor- Dr. Artur Lopes

C/C:

ASSUNTO: "Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: eficácia da Behavioral Pain Scale".

T-L
Notificação
2018-02-22

MARIA LUIZA LOPES
Direc. do Serv. de
Unidade de Cuidados Int.

2018/01/12

PARECER
Ao Sr. Encarregado
do CA
Artur Lopes
Enfermeiro Diretor

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
Antes de se efectuar
o trabalho de intervenção
a estes fundadores de
trabalhos, uma sessão
clínica na ULSNA
onde se apresentará o de
trabalho

A Sr.ª Enf.ª Joana Isabel Trindade Carvalho, a exercer funções no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emilio Moreira- UCIDEM, solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção no serviço, a esta Comissão de Ética, denominado: "Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: eficácia da Behavioral Pain Scale."

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente projeto de intervenção insere-se no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica.

2- Objectivos

2.1- Objectivo geral

- Implementar a Behavioral Pain Scale para avaliação e monitorização da dor no doente crítico ventilado.

2.2- Objectivos específicos

- Capacitar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

- Prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao doente crítico, nomeadamente na correta avaliação e monitorização da dor.

- Proceder a uma uniformização de cuidados e de registos de enfermagem.

CGS
4



3- População alvo

Trata-se da implementação de uma escala para avaliação da dor, ou seja, a implementação da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale), pelo que a população alvo serão futuramente os doentes internados na UCIDEM.

Contudo, não para integração do projeto, mas antes para benefício futuro dos mesmos.

é uma ferramenta de avaliação da dor para pacientes não-comunicativos e sedados em unidade de tratamento intensivo (UTI).

4- Tipo de Projeto

O projeto é do tipo interventivo e formativo do pessoal de enfermagem.

5- Metodologia, Instrumentos e Técnica de Recolha de Dados

O projeto alicerçou-se numa necessidade manifestada nos erveço, da implementação de uma ferramenta de avaliação da dor para pacientes não-comunicativos e sedados internados na UCIDEM.

NO caso trata-se de ministrar formação com vista à implementação da Escala Comportamental de Dor (*Behavioral Pain Scale*). Serão efetuados questionários anónimos pós formação em serviço.

6- Tratamento de dados

Não aplicável.

7- Indicadores de Resultados

Padronização de auditorias aos registos de enfermagem para verificar se a escala é utilizada e compreender se os profissionais se sentem satisfeitos coma utilização da escala e se a considera uma mais valia na melhoria dos cuidados prestados e na obtenção de ganhos em saúde para o doente.

8- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de intervenção e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do protocolo, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente.

Quanto às questões éticas e legais não nos parece existir qualquer suscetibilidade de não estarem salvaguardadas, pois as auditorias serão alvo de anonimato.

Por outro lado, não são tratados dados de doentes, mas apenas os relativos à atuação da equipa de enfermagem no seu todo, pelo que, não é necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente, propõe que seja autorizada a realização do projeto, subordinado ao tema: "Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: eficácia da Behavioral Pain Scale."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:



- À requerente, Sr.ª Enf.ª Joana Isabel Trindade Carvalho;
- Ao Sr. Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos, Dr. Fernando Pádua;
- À Sr.ª Enf.ª Responsável da UCIDEM, Paula Mauricio ;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

ANEXO 2 – Comprovativos de autorização ao projeto pela Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 1 0 3

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Manuel Agostinho Fernandes e Prof.ª Doutora Sandra Leandro deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: eficácia da Behavioral Pain Scale*" da investigadora **Joana Isabel trindade Carvalho** (mestranda) e Prof. Doutor Adriano pedro (responsável académico).

Universidade de Évora, 5 de Abril de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO 3 – Comprovativo de participação no evento “Doente Crítico 2017”

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS




A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Joana Isabel Trindade Carvalho

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enfª João Fernandes)



ANEXO 4 – Comprovativo de participação no simpósio “20º Simpósio Anual de Doenças Renais”

20º SIMPÓSIO ANUAL DE DOENÇAS RENAIAS

RIM NO DOENTE CRÍTICO

O que sabemos e o que falta conhecer

27 de Outubro de 2017
Hotel do Sado Setúbal

ORGANIZAÇÃO



Certifica-se que

Joana Carvalho


Esteve presente no 20º Simpósio Anual de Doenças Renais, que decorreu no dia 27 de Outubro de 2017

PATROCÍNIO
CIENTÍFICO




Carlos Barreto


Rosa Ribeiro



ANEXO 5 – Comprovativo de participação nas “III Jornadas da Urgência”



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que Joana Carvalho participou nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, com a duração de 12 horas, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel'A Organização

Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP

Raul Cordelro

ANEXO 6 – Comprovativo de participação no workshop “Interpretação de traçados de ECG”



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que Joana Carvalho participou no workshop *Interpretação de traçados de ECG*, nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel' Organização

Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESS/IPP

Raul Cordeiro

ANEXO 7 – Comprovativo de apresentação de poster “Triagem de Manchester – a afluência desmedida aos serviços de Urgência”

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que Joana Carvalho apresentou o poster com o título "*Triagem de Manchester – a afluência desmedida aos serviços de urgência*" integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe/A Organização

Armanda Pedro

Armanda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP

Raul Cordelro

Raul Cordelro

ANEXO 8- Comprovativo de apresentação de poster “Suporte Básico de Vida com DAE”

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que Joana Carvalho apresentou o *poster* com o título "*Suporte básico de vida com DAE*" integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe' A Organização

Aminda Pedro

Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP

Raul Cordelro

Raul Cordelro

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Tabelas descritivas dos artigos obtidos

Artigo 1	
Identificação do Estudo / País onde se realizou / Data	Pain Measurment in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (PBS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Rijkenberg, Saskia; Stilma, Willemke; Bosman, Robert J.; van der Meer, Nardo J.; van der Voort, Peter H.J.. In Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. (2017) 31(4):1227-1234 Comparação da confiabilidade, consistência interna e validação discriminante da BPS e da CPOT simultaneamente em doentes ventilados após cirurgia cardíaca. Holanda, 2017
Objetivo do Estudo	Perceber se a BPS e a CPOT são ferramentas de avaliação comportamental da dor fiáveis em doentes críticos e inconscientes.
Desenho do Estudo	Estudo prospetivo e de corte observacional. A amostra foi retirada de uma UCI com 20 camas com doentes médicos, cirúrgicos e de cirurgia cardíaca num hospital universitário em Amesterdão, Holanda.
Número e Tipo de Participantes	Num total de 72 doentes entubados e ventilados após cirurgia cardíaca incapazes de auto-reportar dor.
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	2 enfermeiros avaliaram a BPS e CPOT simultaneamente e independentemente durante 4 momentos: repouso, procedimento não doloroso (higiene oral); repouso; procedimento doloroso (posicionamento).
Resultados	Ambos os scores mostraram um aumento significativo de 2 pontos entre o repouso e o posicionamento. O score médio da BPS no enfermeiro 1 mostrou um aumento significativo de 1 ponto entre o repouso e o procedimento não doloroso (higiene oral) enquanto que o score médio da CPOT não se alterou.
Conclusões	A BPS e a CPOT são ferramentas de avaliação válidas e confiáveis num cenário clínico diário, no entanto, a validação discriminante de ambos os scores parece menos satisfatória em doentes sedados ou agitados. Assim sendo, os autores dizem que este tópico requer mais investigação.

Artigo 2	
Identificação do Estudo / País onde se realizou / Data	Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool Rijkenberg, S.; Stilma, W.; Endeman, H.; Bosman, R.J.; Oudemans-van Straaten, H.M.. In Journal of Critical Care. (2015) 30(1):167-172 Comparação da validação discriminante e confiabilidade entre a BPS e CPOT simultaneamente em doentes ventilados numa UCI mista de adultos. Holanda, 2014
Objetivo do Estudo	Perceber se tanto a BPS como a CPOT são ferramentas de avaliação comportamental da dor em doentes não comunicantes e sedados em UCI.
Desenho do Estudo	Estudo prospetivo e de corte observacional. A amostra foi retirada de uma UCI mista de adultos em Amesterdão, Holanda.
Número e Tipo de Participantes	Num total de 68 doentes ventilados incapazes de auto-reportar dor.
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	2 enfermeiros avaliaram simultaneamente e independentemente a BPS e CPOT em 4 momentos: em repouso antes de um procedimento não doloroso, durante o procedimento não doloroso, em repouso imediatamente antes de um procedimento doloroso, e durante um procedimento doloroso. O procedimento n Ao doloroso escolhido foi a higiene oral. O procedimento doloroso escolhido foi o posicionamento.
Resultados	Os scores da BPS e da CPOT mostraram um aumento significativo de 2 pontos entre o repouso e o procedimento doloroso (posicionamento). A média de score da BPS entre o repouso e o procedimento não doloroso mostrou um aumento significativo de 1 ponto enquanto que a CPOT se manteve inalterada. Tanto a BPS como a CPOT mostraram ter uma confiabilidade interavaliador aceitável.
Conclusões	Este estudo mostrou que a BPS e a CPOT são ambas confiáveis e válidas para uso num cenário clínico diário. Ainda assim, apesar de ambos os scores aumentarem com presumíveis estímulos da dor, a validação discriminante do uso da BPS é menos suportada porque o seu score aumenta durante estímulos não dolorosos. A CPOT parece preferível neste grupo de doentes especialmente tendo em conta a sua validação discriminante.

Artigo 4	
Identificação do Estudo / País onde se realizou / Data	<p>Psychometric Analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in Sedated and Mechanically Ventilated Adult Patients: A Preliminary Study.</p> <p>Azevedo-Santos, Isabela F.; Alves, Iura G.N.; Badauê-Passos, Daniel; Santana-Filho, Valter J.; DeSantana, Josimari M. Pain Practice. (2016) Vol. 16 Issue 4, p451-458. 8p.</p> <p>Análise psicométrica da Behavioral Pain Scale versão Brasil em doentes adultos sedados e mecanicamente ventilados: Um estudo Preliminar.</p> <p>Brasil, 2016</p>
Objetivo do Estudo	<p>Avaliação da dor em Unidade de Cuidados Intensivos pode ser realizada com base em instrumentos validados como a Behavioral Pain Scale. Apesar da existência deste score clínico, não existe uma versão brasileira da mesma para avaliar a dor no doente crítico. Este estudo destina-se a traduzir a BPS para português do Brasil verificando as suas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade e capacidade de resposta) e a correlação entre a dor avaliada e a frequência cardíaca (FC), tensão arterial (TA), Ramsay e escala de RASS.</p>
Desenho do Estudo	<p>Estudo transversal numa UCI de um hospital público universitário em Aracaju (Sergipe/Brasil), hospital de Urgências de Sergipe. A amostra consiste em adultos com doença neurológica (na maioria traumatismo craniano, por ser um hospital de referência em trauma, usando ventilação mecânica em modo controlado. Excluíram-se deste estudo indivíduos com menos de 18 anos, com quadriplegia, neuropatia periférica, rigidez devido descorticação ou descerebração, disfunção cardíaca ou uso de bloqueadores neuromusculares, a fim de não enviesar resultados.</p>
Número e Tipo de Participantes	<p>15 indivíduos adultos sedados e mecanicamente ventilados.</p>
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	<p>A intensidade da dor usando a versão brasileira da BPS, a FC e a TA foram observadas por dois investigadores durante 3 diferentes momentos: em repouso, durante a lavagem ocular e aspiração de secreções traqueal em 15 indivíduos adultos sedados e mecanicamente ventilados. O nível de sedação, a gravidade da doença e o uso de sedativos e analgésicos foram também registados.</p>
Resultados	<p>Houve um alto coeficiente de resposta e a dor foi significativamente mais alta durante a aspiração de secreções traqueal e lavagem ocular do que em repouso. Foi evidenciada uma baixa confiabilidade e nenhuma correlação significativa entre o score da BPS traduzida e parâmetros fisiológicos durante aspiração de secreções traqueal, escalas de sedação, perfusão de sedativos ou com o estado geral de saúde.</p>
Conclusões	<p>A BPS Brasileira tem uma alta capacidade de resposta e de deteção da intensidade da dor em diferentes situações na UCI. Estes estudo preliminar provou a viabilidade e a importância de validar esta escala no Brasil a fim de melhorar os cuidados aos doentes críticos.</p>

Artigo 5	
Identificação do Estudo / País onde se realizou / Data	Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study Severgnini, Paolo; Pelosi, Paolo; Contino, Elena; Serafinelli, Elisa; Novario, Raffaele; Chiaranda, Maurizio. In: Journal of Intensive Care. (2016) Vol. 4 Issue 1; Precisão da Critical Care Pain Observation Tool e da Behavioral Pain Scale para avaliar a dor em doentes críticos conscientes e inconscientes: estudo prospetivo observacional. Itália, 2016
Objetivo do Estudo	O objetivo principal é comparar duas escalas usadas comumente para avaliação da dor: Critical Care Pain Observation (CPOT) e Behavioral Pain Scale (BPS) em doentes conscientes e inconscientes. Os objetivos secundários são (1) identificar os parâmetros mais relevantes para determinar alterações nas escalas da dor durante os procedimentos de Enfermagem, (2) comparar ambas as escalas com a Visual Analog Scale (VAS), e (3) identificar a melhor combinação de escalas para avaliar a dor em doentes incapazes de comunicar.
Desenho do Estudo	Estudo prospetivo observacional com 101 doentes foram avaliados para um total de 303 avaliações durante 3 dias após a admissão em UCI.
Número e Tipo de Participantes	101 doentes (41 conscientes, 60 inconscientes)
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	Avaliações com ambas as escalas foram obtidas 1 minuto antes, durante e 20 minutos após os procedimentos de Enfermagem em doentes conscientes e inconscientes, além disso, VAS foi registada quando possível apenas em doentes conscientes. Calculamos critério e validação discriminante para ambas as escalas (wilcoxon, coeficiente de correlação de classificação de Spearman). A exatidão das escalas individuais foi avaliada. A sensibilidade e a especificidade da CPOT e BPS foi avaliada. O coeficiente Kappa com o peso quadrático foi utilizado para refletir a concordância entre as duas escalas e calculou-se o tamanho do efeito para identificar a força de um fenómeno.
Resultados	CPOT e BPS mostraram um bom critério e validade discriminante. BPS foi encontrada para ser mais específica que a CPOT, mas menos sensível. Os scores da CPOT e da BPS foram significativamente correlacionados com a VAS. A combinação da BPS e da CPOT resulta numa melhor sensibilidade. A expressão facial foi o principal parâmetro para determinar mudanças no tamanho do efeito das escalas da dor.
Conclusões	Em doentes críticos mecanicamente ventilados a CPOT e a BPS podem ser usadas para avaliação da intensidade da dor com diferente sensibilidade e especificidade. A combinação de ambas pode resultar na melhoria da precisão para detetar a dor em comparação com as escalas sozinhas.

Artigo 7	
Identificação do Estudo / País onde se realizou / Data	Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese version of the Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT) Batalha, Luís; Figueiredo, Ana Margarida; Marques, Marisa; Bizarro, Vera (2013). Revista de Enfermagem Referência, (9): 7-16. 10p. Portugal, 2013
Objetivo do Estudo	Adaptar semântica e culturalmente para português a escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patients e avaliar as suas propriedades psicométricas em doentes internados nos cuidados intensivos em ventilação mecânica e com patologia medica e/ou cirúrgica.
Desenho do Estudo	Estudo de carácter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica da escala referida, que decorreu em duas fases: validação semântica e cultural da BPS-IP/PT e estudo das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade).
Número e Tipo de Participantes	60 doentes internados em cuidados intensivos em ventilação mecânica selecionados de forma acidental.
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	Numa primeira fase, um painel composto por cinco elementos: três enfermeiros que trabalham em UCI e com formação específica na avaliação da dor, um professor de Enfermagem perito em avaliação da dor e um tradutor, validaram a semântica e culturalmente uma versão de consenso. Inferiu-se acerca da equivalência cultural e semântica dos conceitos, sua relevância para os profissionais de saúde e sobre a coerência gramatical. Na segunda fase procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas da BPS-IP/PT, através da colheita de dados de três enfermeiros com idades entre os 28 e 30 anos que frequentaram com aproveitamento uma formação sobre avaliação da dor com duração de 60 horas e que já tinham experiência na utilização da escala numa versão traduzida. A aplicação da escala foi realizada BPS de forma independente e em simultâneo por dois enfermeiros, dos três que participaram na recolha de dados, da qual resultaram 120 observações.
Resultados	Na primeira fase o painel concebeu uma versão de consenso que foi posteriormente comparada com a versão original para se obter a equivalência. Na segunda fase obteve-se uma variância explicada entre 67.96% 68.14%. A consistência interna calculada pelo Alpha de Cronbach variou entre 0.65 e 0.73. O nível de concordância entre observadores variou para cada item entre um valor de Kappa de 0.2 e 0.66. O coeficiente de concordância intraclasse entre observações para o score total foi de 0.79
Conclusões	A versão portuguesa da BPS-IP/PT, quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica internados nos cuidados intensivos revelou ser válida e fiável.

APÊNDICE 2 – Objetivos de estágio UC12

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

Estágio 1 – Objetivos de Estágio

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof. Dr.ª Maria da Graça Gama

Enfermeiro Orientador: Enf. Óscar Rina

Joana Isabel Trindade Carvalho - m36767

maio

2017

Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem em Associação

I Curso de Mestrado de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

Estágio 1 – Objetivos de Estágio

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof. Dr.ª Maria da Graça Gama

Enfermeiro Orientador: Enf. Óscar Rina

Joana Isabel Trindade Carvalho - m36767

maio

2017

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 1.....	6
COSIDERAÇÕES FINAIS	8
BIBLIOGRAFIA	15

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, foi-nos proposto que definíssemos os objetivos a que nos propomos neste Estágio 1 de acordo com o que foi definido para esta Unidade Curricular.

Este Estágio 1 insere-se na componente teórico-prática do I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, do Mestrado em Associação da Universidade de Évora:

Assim pretende-se compreender o percurso do aluno em contexto real, bem como compreender as metas atingidas por este na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na construção do seu perfil profissional enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

O Estágio 1 realiza-se no período compreendido entre 2 de maio e 17 de junho e tem a duração de 130 horas, sendo a Professora Doutora Maria da Graça Gama a docente responsável. Tem local no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos 2 do Hospital Infanta Cristina, na cidade espanhola de Badajoz. Este hospital pertence ao SES – Serviço Extremeño de Salud e faz parte do Complexo Hospitalar Universitário de Badajoz.

O Hospital Infanta Cristina é um hospital polivalente, que abrange uma população de cerca de 270 mil pessoas (segundo informação da Memoria de actividad y científica del área de Salud de Badajoz, 2015), e que pela diversidade de meios materiais e humanos nos possibilitará uma aprendizagem diversificada e uma observação específica de contextos.

Como hospital universitário que é, recebe estudantes de todas as áreas da saúde e os seus profissionais estão familiarizados e vocacionados a trabalhar em prol destes. A escolha desta unidade hospitalar prendeu-se não só pela proximidade a Portalegre, como também pela mais-valia em conhecer uma realidade diferente dotada de tecnologia moderna.

Assim tona-se primordial com este estágio inicial desenvolver conhecimentos e adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Sendo que são definidos os seguintes objetivos específicos:

- (1) Mobilizar conhecimentos sobre doentes em situação crítica nas suas diferentes dimensões (fisiopatologia, biopsicossocial, espiritual e cultural);
- (2) Compreender os processos fisiopatológicos, biológicos e sociais do doente crítico nas circunstâncias proporcionadas;
- (3) Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo como base cuidados de Enfermagem atualizados e de maior evidência.

Após esta breve Introdução abordaremos a síntese dos objetivos delineados para este Estágio 1, com base nas Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e no documento orientador da Unidade Curricular. Finalizando com as considerações finais, onde serão abordadas as dificuldades sentidas e experienciais e as Referências Bibliográficas consultadas.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Estágio 1 tem lugar na Unidade de Cuidados Intensivos 2 do Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Teve início no dia 2 de maio de 2017 e o enfermeiro Supervisor recebeu-nos, destinou-nos a uma das duas Unidades de Cuidados Intensivos gerais existentes e atribuiu-nos um orientador. No entanto, e como os horários são por vezes inflexíveis acordamos que faríamos turnos com outros enfermeiros daquela Unidade de Cuidados Intensivos desde que o enfermeiro orientador estivesse de acordo e indicasse qual o colega. O enfermeiro Óscar Rina tornou-se o enfermeiro orientador principal. Enfermeiro há mais de 15 anos, trabalhou 10 anos em Lisboa e tem um português fluente capaz de facilitar a comunicação comigo e quebrar barreiras entre mim e toda a equipa. Trabalha na Unidade de Cuidados Intensivos 2 há cerca de 2 anos e em exclusivo.

O serviço Unidade de Cuidados Intensivos 2 tem uma equipa de Enfermagem com cerca de 24 enfermeiros, recebendo ainda enfermeiros de uma bolsa de substituição, de forma esporádica, colmatando as necessidades diárias do serviço, e um enfermeiro supervisor. Fazem ainda parte deste serviço a equipa de Celadores, de Auxiliares de Enfermagem, a equipa médica, auxiliares de limpeza e armazém, e os administrativos centrais do hospital. Participam neste cenário de estágio todos os alunos do curso de Enfermagem da Universidade da Extremadura, os enfermeiros que fazem práticas do Curso de Complemento do Sindicato de Enfermagem da Extremadura possibilitando uma maior complexidade e diversidade nas aprendizagens obtidas.

Visto que no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos 2 não existe um plano de formação de serviço, nem um modelo de integração de novos profissionais, os objetivos que se seguem tendem a adequar-se ao local de estágio em comum acordo com o meu orientador e com as indicações constantes do documento orientador da Unidade Curricular e das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

A investigação torna-se o centro do desenvolvimento das ciências. A definição destes objetivos pretende ser o foco do desenvolvimento do perfil de um enfermeiro especializado nos cuidados que presta. “A investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões” (Fortin, 1996).

Objetivos de Aprendizagem	Ações desenvolvidas
Competências comuns do enfermeiro especialista	
<p>Conhecer o espaço físico, a dinâmica da equipa multidisciplinar existente e circuito dos doentes da Unidade de Cuidados Intensivos 2 do Hospital Infanta Cristina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o espaço físico e recursos humanos da Unidade de Cuidados Intensivos; • Desempenha funções de acordo com as rotinas do serviço; • É assíduo e pontual; • Reúne, sempre que necessário, com os enfermeiros orientadores de modo a delinear qual o método de aprendizagem mais eficiente e eficaz; • Está desperto para a existência de protocolos, assim como cumpre determinadas ações em horários específicos; • Interage com restantes membros da equipa multidisciplinar, identificando os respetivos domínios; • Percebe o circuito do doente, desde a sua entrada até à sua transferência; • Planeia cuidados de enfermagem baseados no respeito pelo mesmo e família, tendo em conta, sempre que possível os seus valores, crenças e desejos, mantendo a ética profissional.
<p>Gerir os cuidados de enfermagem ao doente e família, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em colaboração com a equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atualiza conhecimentos de forma constante, na área de desempenho; • Conhece os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, assim como a sua área de intervenção; • Demonstra uma atitude assertiva em prol do aumento da qualidade dos cuidados; • Adquire conhecimentos que permitam demonstrar e ensinar as práticas a delegar;

	<ul style="list-style-type: none">• Delega diversas tarefas com conhecimento seguro, respeitando a intervenção dos elementos constituintes da equipa e suas capacidades;• Orienta e supervisiona as tarefas delegadas;• Presta cuidados devidamente diferenciados a cada doente e família;• Estabelece uma relação de ajuda e empatia com doente e família;• Informa e esclarece ao doente e família possíveis dúvidas, respondendo de forma clara.
Demonstrar capacidades de tomada de decisão ética, baseada em valores e normas deontológicas	<ul style="list-style-type: none">• Apresenta empatia, carisma e interesse;• Ostenta espírito de equipa;• Desempenha cuidados de enfermagem conforme solicitado pelos enfermeiros orientadores;• Participa nas atividades propostas do serviço e sempre que solicitado;• Baseia a prática e tomada de decisão conforme o Código Deontológico;• Participa ativamente na tomada de decisão em equipa, sendo reconhecido e consultado nos processos de tomada de decisão
Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro	<ul style="list-style-type: none">• Adota uma prática conforme os protocolos existentes na instituição, otimizando a segurança do doente e família;• Promove o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente e sua família;• Estabelece uma relação de ajuda entre doente e família, aumentando a confiança e o seu conforto;• É assertivo nas suas atividades e tomadas de decisão;

	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece e alerta a necessidade para que sejam respeitadas as medidas de segurança em vigor, favorecendo uma redução de acidentes em serviço;
<p>Desenvolver o autoconhecimento e assertividade em situação crítica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza uma reflexão constante sobre si mesmo para um aumento do conhecimento enquanto pessoa e enfermeiro atuando em situações críticas; • Reconhece as suas capacidades de atuação, permitindo atuar de modo assertivo e competente; • Adquire capacidade de gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; • Adquire capacidade de desenvolvimento de respostas rápidas e assertivas no atendimento ao doente crítico; • Demonstra comportamentos que traduzem conhecimentos; • Demonstra capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar; • Demonstra capacidade de atuação em situações imprevistas, gerindo sentimentos e emoções; • Reconhece posse de espírito, de iniciativa e motivação na resolução de problemas.
<p>Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em Situação Crítica</p>	
<p>Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</p> <p>K.1.1 – Presta cuidados a pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza e adequa conhecimentos apreendidos no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica; • Realiza pesquisa de maior evidência, de forma a melhorar a assistência ao doente crítico;

<p>K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<ul style="list-style-type: none">• Possui capacidades teórico-práticas para agir perante a pessoa em situação emergente/crítica;
<p>K.1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</p>	<ul style="list-style-type: none">• Antecipa a sua atuação na prevenção da instabilidade e risco de falência orgânica;• Presta cuidados de enfermagem do mais alto nível de especialização, observando a pessoa de forma holística;
<p>K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none">• Possui conhecimentos de atuação individualizados e no seguimento dos protocolos existentes;• Utiliza técnicas aprendidas e atualizadas na prestação de cuidados diferenciados;
<p>K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none">• Possui capacidade comunicacional com o doente em situação crítica, diminuindo a sua ansiedade e obtendo dados importantes que comprometam qual o tratamento a efetuar;• Percetiva sinais de dor na assistência ao doente crítico, atuando para minimizá-la;
<p>K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Monitoriza continuamente o doente como ser holístico, atualizando a prestação de cuidados;• Promove e coordena o trabalho em equipa, proporcionando cuidados diferenciados em tempo crítico;• Demonstra conhecimentos na antecipação do agravamento do estado do doente crítico;• Demonstra capacidade em lidar com o processo de luto, incluindo e acompanhando a família.
<p>Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a</p>	<ul style="list-style-type: none">• Realiza diversas pesquisas sobre o controlo de infeção, normas e regras de segurança;

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: Estágio 1 – Objetivos do Estágio

complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta as necessidades do contexto de cuidados a pessoa em situação em situação crítica e/ou falência orgânica

K.3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas a Prestação de Cuidados de Saúde À pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

- Possui conhecimento do plano de controlo de intervenção, respeitando as suas normas e indicações;
- Demonstra interesse na área de higiene hospitalar;
- Adequa a prática no cumprimento das normas em vigor do controlo de infeção;
- Possui conhecimentos, atualizando a sua prática a novas situações de controlo de infeção que surjam;
- Possui conhecimentos de medidas alternativas em caso de infeção fora de controlo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de um objetivo é o primeiro passo para se alcançar a meta desejada e para se identificar o desenvolvimento obtido. Segundo Fortin, o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou de predizer tal ou tal fenómeno.

De facto, é fundamental definir objetivos que sirvam de linha orientadora e balizem a nossa orientação nesta prática. Definir objetivos centrou-me no importante e ajuda a focar no comando da aquisição pessoal de competências enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; a pessoa em situação crítica, e no desenvolvimento de conhecimentos para criação de tal perfil profissional.

No entanto, o crescimento profissional durante a execução deste trabalho fez-se também através de dificuldades identificadas, nem sempre foi fácil e claro. A realidade espanhola e a complexidade da “Sua Enfermagem” carecem de diferenças face à realidade portuguesa. No entanto, não posso apontar esta situação como apenas uma adversidade. Esta situação tornou-se uma mais-valia, a acredito que no futuro se destacará na minha atuação profissional dos demais colegas especialistas pois possibilitou-se não só uma visão da realidade fora de Portugal como me possibilitou conhecer uma realidade tecnológica e material bastante diferente.

Concretizou-me um estágio onde a princípio a diferença linguística foi uma dificuldade mas que a pouco e pouco me foi possibilitando utilizar os a língua espanhola como ferramenta de investigação e a sua literatura como arma para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira.

Com a elaboração desta definição e estabelecimento dos objetivos tornou-se mais clara e evidente a intervenção enquanto enfermeiros de cuidados gerais na obtenção de características para a construção do nosso perfil de enfermeiros especialistas.

O enfermeiro especialista é o profissional dotado do curso geral que partilha de um grupo de domínios – competências comuns, mas que consegue ainda envolver “dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança” em conjunto com a “responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Em busca da sabedoria do colégio a que nos propomos, o enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, possibilita a associação da competência anteriormente descrita com a capacidade de envolver esses conhecimentos perante a pessoa criticamente instável e em risco. Considera-se que, atendendo aos descritivos do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, sou capaz de mobilizar conhecimento e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística através da identificação de um problema real. Foi maximizada intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

As unidades de competência concebidas pelo Colégio de especialidade foram consideradas em cada momento da minha prática em contexto real neste Estágio 1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M. (1996) O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Hospital Universitario Infanta Cristina (2017) – Misión y Objetivos. Acedido em http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142426191993&language=es&pagename=HospitalInfantaCristina%2FPage%2FHSUR_contenidoFinal, a 15 de maio de 2017

Memoria de actividad y científica del área de salud de Badajoz (2015). Acedido em http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/memorias_anuales/MEMORIA_2015_NUEVA.pdf a 15 de maio de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 18 de março de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Acedido a 18 de março de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido a 18 de Março de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa.

APÊNDICE 3 – Objetivos de Estágio Final entregues durante o estágio UCIDEM

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

Estágio Final – Objetivos de Estágio

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof. Dr.^a Maria Dulce dos Santos Santiago

Docente Supervisor Pedagógico: Prof. Dr. Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Enfermeiro Orientador: Enf. João Meira

Joana Isabel Trindade Carvalho - m36767

outubro

2017

Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem em Associação

I Curso de Mestrado de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

Estágio Final – Objetivos de Estágio

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof. Dr.^a Maria Dulce dos Santos Santiago

Docente Supervisor Pedagógico: Prof. Dr. Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Enfermeiro Orientador: Enf. João Meira

Joana Isabel Trindade Carvalho - m36767

outubro

2017

Índice

f

INTRODUÇÃO 4

1. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL
EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 6

COSIDERAÇÕES FINAIS 22

BIBLIOGRAFIA 23

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, foi-nos proposto que definíssemos os objetivos a que nos propomos para o Estágio Final de acordo com o que foi definido para esta Unidade Curricular.

Este Estágio Final insere-se na componente teórico-prática do I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, do Mestrado em Associação da Universidade de Évora.

É uma forma de compreender o percurso do aluno em contexto real, e conhecer as metas a atingir por este na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na construção do seu perfil profissional enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

O Estágio Final realiza-se no período compreendido entre 20 de setembro de 2017 e 26 de janeiro de 2018 e tem a duração de 336 horas. É ainda composto por duas fases: a inicial de 256 horas e a segunda fase de 80 horas, sendo o Professor Doutor Adriano Pedro o docente responsável pela supervisão pedagógica do mesmo. Este estágio tem ação em dois locais: Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira e Serviço de Urgência Geral, ambos na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA, EPE), Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre.

O Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre, é um hospital distrital, que abrange a população dos seus 15 concelhos e que tem como objetivo principal a

“prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida” (ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/).

Esta instituição de saúde foi a eleita para realização deste ensino clínico pela proximidade geográfica e por apostar nos seus objetivos em “desenvolver atividades de investigação, formação e ensino” (ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/).

É uma instituição que serve o desenvolvimento dos futuros profissionais de Enfermagem pela proximidade e acordos criados com a Escola Superior de Saúde de Portalegre, dotado de profissionais competentes e vocacionados para a área da formação profissional.

Este Estágio Final servirá de ferramenta para desenvolver conhecimentos e adquirir competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Para tal, e recorrendo às linhas de investigação definidas academicamente para o Curso de Mestrado, tendo em consideração as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, optámos por incidir a nossa investigação na área do “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”. De forma a articular as unidades curriculares lecionadas, a prática clínica em Estágio e a componente de Relatório, a incidência na temática da «Fibrinólise no doente crítico» reuniu as características para desenvolver investigação pertinente na aquisição de capacidades e desenvolvimento de conhecimentos que nos possibilitem atingir tanto as competências comuns do enfermeiro especialista, como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Incidirá a minha prática na elaboração de um protocolo e desenvolver técnicas de formação em serviço.

São definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Mobilizar conhecimentos sobre os doentes em situação crítica nas suas diferentes dimensões (fisiopatológica, biopsicossocial, espiritual e cultura);
2. Compreender os processos fisiopatológicos, biológicos e sociais do doente crítico nas circunstâncias proporcionadas;
3. Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo como base cuidados de Enfermagem atualizados e de maior evidência.

A incidência na gestão do regime terapêutico do doente crítico levou-nos a, através da colaboração do sr. Enfermeiro orientador, Sr.ª. Enfermeira chefe, sr. Diretor clínico recair a escolha sobre a «administração do fármaco Alteplase no doente crítico com acidente vascular cerebral na Unidade de Cuidados Intensivos», protocolando procedimentos e Enfermagem e desenvolvendo formação à equipa de Enfermagem e com intervenção da equipa médica na mesma.

Após esta breve Introdução abordaremos a síntese dos objetivos delineados para este Estágio Final, com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nas Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e no documento orientador da Unidade Curricular. Serão delineadas atividades a executar durante a prestação de cuidados ao doente crítico a fim de atingir os objetivos a que nos propomos.

Finalizando com as considerações finais, onde serão abordadas as dificuldades sentidas e experienciais e as Referências Bibliográficas consultadas.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

1.

2. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Fase Inicial do Estágio Final tem lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira do Hospital Doutor José Maria Grande e Portalegre. Teve início a 20 de setembro de 2017 e prolonga-se até 22 de dezembro de 2017, num total de 256 horas de contacto. Serão realizados turnos de 8 horas.

Caracterização do Serviço

O serviço UCIDEM [Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira] funciona com uma Unidade de Cuidados Intensivos e uma Unidade de Cuidados Intermédios. O diretor de serviço é um médico, Dr. Fernando Pádua. Ambas com a mesma equipa multidisciplinar. A equipa de Enfermagem tem 27 enfermeiros e uma enfermeira chefe/responsável. Sendo que existem:

5 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação;

1 enfermeira especialistas em Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária.

Fazem ainda parte deste serviço a equipa médica (um diretor de serviço e 5 médicos intensivistas e 2 médicos anestesistas, com rotação de horários) a equipa de Assistentes Operacionais com 8 elementos, um secretário de unidade e os profissionais que intervêm no continuum saúde doença de cada utente (técnicos superiores, colaboradores de hotelaria, auxiliares de limpeza e de armazém, entre outros).

Visto a situação particular de exercer funções de Enfermeira no próprio serviço onde se realiza este Estágio Final, o manual de integração de novos Enfermeiros no serviço UCIDEM foi já cumprido, bem como conhecer o espaço físico e os recursos materiais e humanos não sendo estes considerados nos objetivos propostos.

A investigação torna-se o centro do desenvolvimento das ciências. A definição destes objetivos pretende ser o foco do desenvolvimento do perfil de um enfermeiro especializado nos cuidados que presta. “A investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões” (Fortin, 1996).

Apresenta-se em síntese as atividades a desenvolver para cumprir os objetivos comuns do Enfermeiro Especialista.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está refletido na tomada de decisão A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflete-se na tomada de decisão em situações da prática clínica A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver capacidade de tomada de decisão com recurso à investigação e conhecimento do Código Deontológico e da Carta dos Direitos e Deveres do Utente.• Reunir com o orientador de Estágio sempre que surja uma situação dilemática para desinver técnicas e competências na área da tomada de decisão.• Revisão dos conteúdos do Código Deontológico e Carta do Direito e Deveres do Utente.• Solicitar ajuda de peritos ou recorrer à experiência de elementos da equipa mais habilitados.
A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão A1.2.2. As decisões são tomadas pelo Código Deontológico A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Desempenhar junto dos colegas função de fonte de informação atual e atualizada e de consultadoria sempre que solicitada.

	A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar as experiências dos colegas como objeto de análise para determinar a minha prática futura com base numa prática profissional e ética no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. • Avaliar a cada situação a minha tomada de decisão. • Partilhar, sempre que possível, a análise das situações mantendo sempre a confidencialidade exigida.
A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	<p>A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade</p> <p>A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade</p> <p>A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão</p> <p>A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões</p>	
A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	<p>A1.4.1. Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada</p> <p>A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada</p>	

A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
-------------------------	------------------------	--

<p>A2.1. Promove a proteção dos Direitos Humanos</p>	<p>A2.1.1 Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade</p> <p>A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido</p> <p>A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de Enfermagem onde está inserido</p> <p>A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros</p> <p>A2.1.8. Mantem um processo efetivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes</p>	<ul style="list-style-type: none">• Exercer uma prática profissional tendo em conta o código deontológico e a Carta dos Direitos Humanos.• Prestar cuidados ao doente crítico salvaguardando os seus direitos enquanto Homem, cidadão e doente.• Prestar cuidados ao doente crítico salvaguardando o seu direito à informação, a confidencialidade dos seus dados e segurança da sua informação pessoal.• Instruir a equipa multidisciplinar, de forma informal, do direito à informação, a promoção da confidencialidade dos dados e segurança da sua informação pessoal.• Respeitar o direito à escolha e autodeterminação do doente, nas suas decisões, antes, durante e após o internamento, sem julgar.• Prestar cuidados ao doente crítico e sua família sem julgar valores, costumes e crenças.• Fomentar uma prestação de cuidados ao doente crítico e sua família, dentro da equipa multidisciplinar onde me insiro, sem julgar valores, costumes e crenças.
--	--	---

<p>A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente</p>	<p>A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco</p> <p>A2.2.2. Adota e promove a adoção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas</p> <p>A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória</p> <p>A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica</p> <p>A2.2.5. Identifica as ações a serem tomadas em circunstâncias específicas</p> <p>A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar práticas de risco, prevenindo-as. • Desenvolver uma prática de cuidados assente na prevenção de práticas de risco, tendo uma conduta preventiva. • Desenvolver capacidade de antecipação através de diálogo com os colegas acerca das melhores práticas a adotar em cada situação, pedindo colaboração do meu orientador como enfermeiro especialista. • Conhecer o plano da instituição em caso de acidente em serviço, bem como os serviços de Saúde Ocupacional da instituição. • Conhecer o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes do Serviço Nacional de Saúde, bem como o Portal SAGRIS de notificação de incidentes da Instituição.
--	---	---

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
-------------------------	------------------------	--

<p>B1.1 Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</p>	<p>B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados B1.1.3. Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições B1.1.4. Comunica resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os objetivos e missão a instituição, serviço e equipa. • Conhecer e estar atualizado nas circulares normativas da instituição, bem como das circulares informativas emanadas pelo Gabinete de Controlo de Qualidade. • Conhecer os protocolos existentes no serviço. • Fazer chegar a informação pertinente e que contribua para uma prática profissional de qualidade ao enfermeiro chefe e diretor. • Prestar cuidados de Enfermagem ao doente crítico e sua família especializados e de qualidade.
<p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p>	<p>B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua B1.2.2. Divulga experiencia avaliadas como sendo de sucesso B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados</p>	

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
<p>B.2.1 Avalia a qualidade dos cuidados de</p>	<p>B2.1.1. Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade</p>	

<p>Enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p>	<p>B2.1.2. define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais B2.1.4. Realiza auditorias clínicas B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de protocolo e formação em serviço que vise a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico. • Desenvolver formação em serviço que vise a satisfação da equipa de Enfermagem para a melhor prestação de cuidados ao doente crítico.
<p>B2.2. Planeia programas de melhoria contínua</p>	<p>B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria B2.2.3. Seleciona estratégias de melhoria B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática</p>	
<p>B2.3. Lidera programas de melhoria</p>	<p>B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade B2.3.2. Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes</p>	

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

<p>Unidades de Competência</p>	<p>Critérios de avaliação</p>	<p>Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência</p>
--------------------------------	-------------------------------	---

<p>B3.1 promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>	<p>B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade) B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares B3.1.6. promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes B3.1.7. promove a adesão à saúde e segurança ocupacional B3.1.8. desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos</p>	<ul style="list-style-type: none">• Prestar cuidados de Enfermagem ao doente e à sua família preservando a sua identidade cultural, promovendo a sua segurança através da atribuição de poder pelas suas escolhas, pela capacidade em ouvir as suas justificações e as suas vivências.• Prestar cuidados que não ponham em risco à minha pessoa, a equipa nem o doente. Utilizando equipamentos de proteção individual e coletiva, protegendo a privacidade do doente.• Manusear equipamentos e materiais de forma correta e adequada.• Ir em busca de aperfeiçoamento do conhecimento e atualização em equipamentos e materiais.• Ir em busca de aperfeiçoamento do conhecimento e atualização em sistemas informáticos e de registo.
--	--	--

<p>B3.2. gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais</p>	<p>B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros</p> <p>B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco</p> <p>B3.2.3. Previne os riscos ambientais</p> <p>B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa</p> <p>B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano</p> <p>B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos de gestão de risco</p> <p>B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalação, materiais e equipamentos</p> <p>B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo de infeção</p> <p>B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência</p>	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer o plano da instituição em caso de acidente em serviço, bem como os serviços de Saúde Ocupacional da instituição.• Conhecer o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes do Serviço Nacional de Saúde, bem como o Portal SAGRIS de notificação de incidentes da Instituição.• Utilizar estratégias e conhecimentos na área da gestão de risco (pela experiência em Elo de Ligação da Gestão de Risco) para divulgar junto da equipa multidisciplinar a necessidade de conhecimento nesta área a pelos riscos que a nossa profissão acarreta.
---	--	---

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

C1. Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	<p>C1.1.1. Disponibiliza acessoria aos enfermeiros e equipa</p> <p>C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional</p> <p>C1.1.3. Intervém melhorando a informação ara o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar</p> <p>C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o espírito crítico e de tomada de decisão com base no desenvolvimento do conhecimento, investigação e atualização de conteúdos teóricos. • Procurar obter informação no material disponível no serviço: internet e biblioteca. • Reconhecer limites e limitações do conhecimento adquirido e necessidade formativas pessoais.
C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	<p>C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar</p> <p>C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar</p> <p>C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar</p> <p>C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delegar tarefas com conhecimento, possibilitando esclarecimento de dúvidas de conteúdos ou execução. • Avaliar as tarefas delegadas.

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
<p>C2.1 Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados</p>	<p>C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados</p> <p>C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados</p> <p>C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados</p> <p>C2.1.4. negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade</p> <p>C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos</p> <p>C2.1.6. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico tendo em conta a gestão de recursos humanos e materiais. • Conhecer e aplicar a legislação políticas e procedimentos de gestão de cuidados, procurando na Internet documentos que os justifiquem. • Desenvolver pesquisa e conhecimento acerca da gestão e organização do trabalho estudando modelos teóricos já desenvolvidos. • Executar técnicas utilizando recursos de forma racional, sem desperdício, mas com elevada segurança tanto para doente como pessoalmente.
<p>C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos</p>	<p>C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e independentes papeis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática</p> <p>C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estratégias de motivação que se adequem à equipa, promovendo que cada enfermeiro se sinta também capaz de fazer parte do processo formativo do aluno de mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

	<p>C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências</p> <p>C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir novos conhecimentos no seio da equipa pelas experiências de estágio proporcionadas no curso de mestrado, nomeadamente pela experiência na Unidade de Cuidados Intensivos em Badajoz.
--	--	---

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
<p>D1.1 Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p>	<p>D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar</p> <p>D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda</p> <p>D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a cada turno pontos fracos e pontos fortes da prestação de cuidados e das aprendizagens desenvolvidas. • Refletir utilizando a crítica das decisões tomadas na prestação de cuidados ao doente crítico. • Ter em conta a própria motivação pessoal para que o foco na prática de estágio não seja influenciado pelo cansaço.

	D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados ao doente crítico e à sua família de forma despretensiosa e profissional. • Analisar cada dia de estágio com vista a um maior foco de concentração que permita atuar cada vez mais de forma eficaz em situações de pressão. • Estar atento utilizando a observação para poder antecipar situações de eventual conflito, mediando formas de prevenção ou de resolução de problemas. Utilizar a experiência do meu enfermeiro orientador para saber solucionar com maturidade profissional possíveis focos de conflitualidade.
D1.2. Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional	<p>D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hétero-perceção</p> <p>D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente</p> <p>D1.2.3. Atua eficazmente sob pressão</p> <p>D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade</p> <p>D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos</p>	

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho,	<p>D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais</p> <p>D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveitar situações formais para desenvolver formação em serviço

<p>na área da especialidade</p>	<p>D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros D2.1.5. Avalia o impacto da formação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveitar situações informais para disseminar conhecimento e adquiri-lo. • Utilizar os conhecimentos em pesquisa bibliográfica e o recurso às tecnologias de informação para proporcionar momentos de aprendizagem à minha pessoa e aos colegas como aos restantes membros da equipa multidisciplinar. • Elaborar um diagnóstico de situação e possível lacuna de informação no serviço para poder atuar na área da formação à equipa de Enfermagem e multidisciplinar. • Divulgar à equipa os ganhos pessoais e profissionais que adquiri com esta experiência enquanto aluna do curso de Mestrado e Especialidade. • Incentivar a equipa multidisciplinar à procura do conhecimento à investigação. • Prestar cuidados de Enfermagem especializados, evidenciando à equipa os ganhos para profissionais e doente, de forma idónea e despretensiosa.
<p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialização</p>	<p>D2.2.1. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no o texto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos D2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem D2.2.5. Discute as implicações da investigação D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo para o desenvolvimento da prática clínica especializada</p>	
<p>D2.3. Prevê liderança na formulação e implementação de</p>	<p>D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de Enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada</p>	

<p>políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</p>	<p>D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes</p> <p>D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas</p> <p>D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados</p> <p>D2.3.5. Toma a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.</p>	
--	--	--

Apresenta-se em síntese as atividades a desenvolver para cumprir os objetivos comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em

Situação Crítica:

1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
<p>K.1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da</p>	<p>K.1.1.1. Identifica prontamente focos de instabilidade</p> <p>K.1.1.2. Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar focos de instabilidade, desenvolver os conhecimentos em monitorização do doente crítico e

<p>instabilidade e risco de falência orgânica</p>	<p>K.1.1.3. Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica</p> <p>K.1.1.4. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida</p>	<p>saber identificar os sinais e sintomas que podem levar à instabilidade do doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder a um rígido controlo e monitorização de sinais vitais do doente crítico. • Manusear de forma correta recursos materiais de apoio à monitorização, administração e gestão terapêutica e de apoio à prática de cuidados ao doente crítico
<p>K.1.2. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<p>K.1.2.1. Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos</p> <p>K.1.2.2. Implementa respostas de Enfermagem apropriadas às complicações</p> <p>K.1.2.3. Monitoriza e avalia a adequação das repostas aos problemas identificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deter conhecimentos no algoritmo de suporte avançado de vida. • Procurar obter conhecimentos e complementar os já existentes sobre protocolos terapêuticos já existentes a fim de evitar complicações resultantes dos mesmos.
<p>K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as repostas</p>	<p>K.1.3.1. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar</p> <p>K.1.3.2. Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p> <p>K.1.3.3. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter espírito crítico a avaliar as respostas a cada situação. • Saber identificar sinais e sintomas de dor ou mal-estar no doente crítico. • Nunca subestimar a dor do doente. • Proceder a uma prática de cuidados que vise ter em conta mal-estar físico e psicológico do doente e procurar

	K.1.3.4. Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor	medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor.
K.1.4. Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica	K.1.4.1. Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica K.1.4.2. Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras de “dignificação da morte” e dos processos de luto	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados ao doente crítico avaliando sempre a dor fazendo perguntas a mim própria de “Acho que este doente nesta situação tem dor?” • Dar a conhecer a todos os membros da equipa multidisciplinar que, com o desenvolvimento da terapêutica atual, a dor não deve estar presente em nenhum momento do continuum saúde-doença.
K.1.5. gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde	K.1.5.1. Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica K.1.5.2. Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreira à comunicação” K.1.5.3. Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir o diálogo, ou “ouvir o outro” e o silêncio no processo terapêutico e na prestação de cuidados. • Demonstrar à equipa multidisciplinar que investir tempo na comunicação com o doente tem ganhos na gestão da ansiedade e do medo. • Explicar ao doente, sempre que possível, que durante a noite as luzes são apagadas, tal como em sua casa, para que este descanse, mas que estaremos atentos a

<p>K.1.6. gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica</p>	<p>K.1.6.1. Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação</p> <p>K.1.6.2. Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica</p> <p>K.1.6.3. Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica</p> <p>K.1.6.4. Avalia o processo de relação estabelecida com pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p>	<p>qualquer alteração que este tenha durante o sono. Com vista à gestão da ansiedade e do medo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mostrar disponibilidade para ouvir o doente e a família.• Tem em conta na prestação de cuidados que a audição é um dos sentidos que o doente mantém ativo durante mais tempo, mesmo que não possa demonstrar.• Ter capacidade de improviso na comunicação com o doente de forma a que a comunicação se estabeleça através do recurso a linguagem não verbal, recursos informáticos.• Saber reconhecer as necessidades da pessoa em relação à sua dificuldade de se expressar através da sua expressão, dos seus sinais vitais, na gestão da ansiedade.• Procurar trazer para a relação terapêutica pessoas ou recursos pessoais significativos, sempre que benéficos à situação do doente.
---	---	--

2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
K.2.1. Concebe, em conceção com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência	K.2.1.1. Demonstra conhecimento do Plano Distrital e Nacional para a catástrofe e emergência K.2.1.2. Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com o enfermeiro orientador acerca do papel da Unidade de Cuidados Intensivos deste hospital no Plano Distrital e Nacional para a catástrofe e emergência em Portalegre. • Estabelecer comunicação com outros serviços de forma a coordenar possíveis vagas
K.2.2. Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe	K.2.2.1. Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe K.2.2.2. Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde K.2.2.3. Atribui graus de Urgência e decide a sequência de atuação K.2.2.4. Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os recursos materiais e saber a sua disponibilidade (tais como ventiladores) e vagas sempre que solicitadas. • Conhecer o plano de emergência e catástrofe da instituição e do Serviço, conhecer saídas de emergência bem como a localização de chaveiros e documentação importante.
K.2.3. Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe	K.2.3.1. Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa K.2.3.2. Avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa K.2.3.3. Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com o enfermeiro orientador e proceder à recolha de informação inclusa no portal intranet acerca deste tema de forma a complementar a informação já obtida. • Após acontecimento de situação de Emergência avaliar a situação e a articulação e eficácia da equipa. Minimeeting.

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

Unidades de Competência	Critérios de avaliação	Atividades a desenvolver para atingir a unidade de competência
K.3.1. Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	K.3.1.1. Demonstra conhecimentos do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção K.3.1.2. Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção K.3.1.3. Estabelece as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo de infeção no serviço K.3.1.4. Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência	<ul style="list-style-type: none"> • Executar cuidados de Enfermagem tendo em conta o Plano Nacional de Controlo de Infeção e diretivas das Comissões de Controlo de Infeção. • Trazer para o seio da equipa multidisciplinar informação pertinente resultado de pesquisa e de trabalhos académicos realizados, de forma a possibilitar maior informação aos mesmos na prestação dos cuidados. • Conhecer as dinâmicas das assistentes operacionais nas funções de limpeza e desinfeção de materiais e superfícies, na preparação da unidade do doente e nos circuitos de limpeza que executam. • Supervisionar dinâmicas das assistentes operacionais nas funções de limpeza e desinfeção de materiais e
K.3.2. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas	K.3.2.1. Demonstra conhecimento específicos na área de higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção	

de prevenção, designadamente das infeções Associadas à prestação de Cuidados de Saúde à pessoa e situação crítica e/ou falência orgânica	K.3.2.2. Estabelece os procedimentos circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica K.3.2.3. Faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção K.3.2.4. Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas	superfícies, na preparação da unidade do doente e nos circuitos de limpeza que executam. <ul style="list-style-type: none">• Conhecer equipamentos de proteção individual e coletiva da equipa.• Prestar cuidados de qualidade assegurando procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção.• Ter em conta exames complementares de diagnóstico de cada doente que possam ser determinantes na declaração de infeções presentes e de sinais que possam suscitar alerta de que existe uma infeção.
--	---	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de um objetivo é o primeiro passo para se alcançar a meta desejada e para se identificar o desenvolvimento obtido. Segundo Fortin, o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou de predizer tal ou tal fenómeno.

De facto, é fundamental definir objetivos que sirvam de linha orientadora e balizem a nossa orientação nesta prática. Definir objetivos centra-nos no importante e ajuda a focar no comando da aquisição pessoal de competências enquanto futuros enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; a pessoa em situação crítica, e no desenvolvimento de conhecimentos para criação de tal perfil profissional.

No entanto, a noção de que as dificuldades fazem parte do crescimento profissional ao longo deste caminho, tornam essas mesmas dificuldades em lições. Assim, a complexidade de aprendizagens que se pode obter, mesmo que a prática clínica aconteça no próprio local de trabalho, é enorme. Estagiar no próprio local de trabalho centra-nos na nossa realidade e permite-nos deslocar para uma melhor observação como se de um investigador não formal se tratasse.

Com a elaboração desta definição e estabelecimento dos objetivos tornou-se mais clara e evidente a intervenção enquanto enfermeiros de cuidados gerais na obtenção de características para a construção do nosso perfil de enfermeiros especialistas.

O enfermeiro especialista é o profissional dotado do curso geral que partilha de um grupo de domínios – competências comuns, mas que consegue ainda envolver “dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança” em conjunto com a “responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M. (1996) O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 25 de setembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Acedido a 25 de setembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido a 25 de setembro de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Acedido a 25 de setembro de 2017 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

APÊNDICE 4 – Plano de Intervenção do projeto

Plano de intervenção do projeto				
Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado em UCI: Behavioral Pain Scale				
Objetivos gerais	Avaliar e Monitorizar a dor Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado no serviço UCIDEM através da Behavioral Pain Scale.			
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição de novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado; ✓ Melhoria dos cuidados prestados ao doente sedado e ventilado; ✓ Mensuração da qualidade dos cuidados prestados e da resposta do doente sedado e ventilado face a esses cuidados 			
População alvo	equipa de Enfermagem do serviço UCIDEM			
Local de intervenção	UCIDEM; ULSNA, EPE			
Levantamento de necessidades e justificação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com enfermeira chefe do serviço ✓ Reunião com o enfermeiro orientador de estágio, ✓ Reunião com diretor de serviço ✓ Consulta de documentação ✓ Lacuna da avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado ✓ Existência de escala da dor desadequada ✓ Não existência de escala da dor adequada 			
Procedimentos a realizar	Formação em serviço			
Data	24 de janeiro de 2018			
Início	14 horas			
Duração	60 minutos			
Metodologia	Método Expositivo/Interrogativo/Demonstrativo/Ativo			
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução ✓ Metodologia ✓ Contextualização Teórica ✓ Behavioral Pain Scale ✓ Resultados/Discussão ✓ Conclusão ✓ Bibliografia 			
Avaliação da sessão	Questionário			
Avaliação do formador	Questionário			
Avaliação contínua do projeto	<p>Auditorias anuais à continuidade da utilização da escala pela totalidade da equipa de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar se a escala implementada é utilizada; ✓ Compreender a satisfação da equipa de Enfermagem na utilização da escala como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho; ✓ Compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente a longo prazo 			
Recursos	Projeto, computador, tela, sala			
Material adjuvante	Folheto com a escala BPS e recomendações de procedimento de avaliação			
Instrumentos de Colheita de Dados	Não são aplicáveis no contexto			
Indicador de Estrutura	Plano de sessão e questionário de avaliação da sessão			
Indicador de Processos	Número total de enfermeiros presentes na formação			
Indicador de Resultados	A equipa avalia ou não a dor no doente ventilado e sedado através da BPS			
Questões Éticas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedido autorização ao conselho de administração da instituição bem como à sua comissão de ética para realizar projeto e formação no serviço UCIDEM; ✓ O questionário de avaliação da sessão de formação e formador e futuras auditorias serão alvo de total anonimato e os dados tratados apenas terão em conta a atuação da equipa de enfermagem e não de cada profissional. 			
Auditorias (objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar se a escala implementada é utilizada; ✓ Compreender a satisfação da equipa de enfermagem na utilização da escala como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho; ✓ Compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente 			
Proposta de registo	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">BPS = 3 [Sem dor]</td> <td style="padding: 5px;">BPS ≥ 4 [Com dor]</td> <td style="padding: 5px;">BPS = 12 [Com dor máxima]</td> </tr> </table>	BPS = 3 [Sem dor]	BPS ≥ 4 [Com dor]	BPS = 12 [Com dor máxima]
BPS = 3 [Sem dor]	BPS ≥ 4 [Com dor]	BPS = 12 [Com dor máxima]		

APÊNDICE 5 – Artigo científico realizado durante o Estágio Final

Avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

Evaluación y monitoreo del dolor en pacientes sedados y ventilados en la Unidad de Terapia Intensiva: Behavioral Pain Scale

Pain evaluation and monitoring in sedated and ventilated patients in the Intensive Care Unit: Behavioral Pain Scale

Joana Isabel Trindade Carvalho, Licenciada em Enfermagem, Aluna do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Universidade de Évora, com número de aluna m36767. (m36767@alunos.uevora.pt)

Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Doutor em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (apedro@essp.pt)

RESUMO

Acerca da dor, a Direção Geral da Saúde [DGS] emitiu em 2003 uma circular normativa (N.º 09/DGCG de 14/06/2003) afirmando que a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança de todos os outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde a fim de melhorar a qualidade de vida do doente.

Face às exigências colocadas aos profissionais que lidam com doentes incapazes de verbalizar a sua dor numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], impera-se encontrar ferramentas que permitam fazer uma correta avaliação e monitorização da dor de forma a prestarem cuidados focalizados nas reais necessidades do doente.

A Behavioral Pain Scale [BPS] surge como uma ferramenta que permite avaliar a dor em doentes críticos ventilados e sedados, em UCI, incapazes de reportar verbalmente a sua dor. Utiliza a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica.

Pretende-se implementar a BPS na monitorização e avaliação da dor no doente crítico ventilado e sedado na UCI, ULSNA.

Para esta revisão integrativa foram feitas pesquisas em bases de dados eletrónicas PubMed, EBSCO e B-ON utilizando termos constantes nos Descritores em Saúde.

A utilização desta escala possibilita avaliar a dor num doente incapaz de comunicar, prestar cuidados de saúde de qualidade, direcionados e individualizados. Aferiu-se que a BPS é uma escala fiável e eficaz nessa tarefa. É uma ferramenta confiável, válida e apropriada para identificar a dor.

Palavras-chave: Enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos; Avaliação da Dor; Behavioral Pain Scale

RESUMEN

Sobre el dolor, la Dirección General de Salud [DGS] emitió en 2003 una circular normativa (Nº09 / DGCG de 14/06/2003) afirmando que la evaluación y registro de la intensidad del dolor, por los profesionales de la salud, tiene que ser de forma continua y regular, al igual que todos los demás signos vitales, para optimizar la terapéutica, dar seguridad al equipo prestatario de atención de salud para mejorar la calidad de vida del paciente.

A la vista de las exigencias planteadas a los profesionales que tratan con pacientes incapaces de verbalizar su dolor en una Unidad de Cuidados Intensivos, se deben encontrar herramientas que permitan hacer una correcta evaluación, monitoreo del dolor para prestar atención focalizada en las reales necesidades del paciente.

La Behavioral Pain Scale [BPS] surge como una herramienta que permite evaluar el dolor en pacientes críticos ventilados y sedados, en UCI, incapaces de reportar verbalmente su dolor. Utiliza la expresión facial, los movimientos de los miembros superiores y la adaptación a la ventilación mecánica.

Se pretende implementar la BPS en la monitorización y evaluación del dolor en el paciente crítico ventilado y sedado en la UCI, ULSNA.

Para esta revisión integrativa se realizaron investigaciones en bases de datos electrónicas PubMed, EBSCO y B-ON utilizando términos constantes en los Descriptores en Salud.

La utilización de esta escala permite evaluar el dolor en un paciente incapaz de comunicar, prestar atención de salud de calidad, dirigidos e individualizados. Se ha comprobado que la BPS es una escala fiable y eficaz en esta tarea. Es una herramienta confiable, válida y apropiada para identificar el dolor.

Palabras clave: Enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos; Evaluación del dolor; Behavioral Pain Scale

ABSTRACT

Regarding pain, the Directorate-General for Health (DGS) issued in 2003 a guideline (No. 09 / DGCG of 06/14/2003) saying that the evaluation and recording of pain intensity by health professionals must be in a continuous and regular manner, in the same way as all other vital signs, in order to optimize the therapy and give security to the health care team in order to improve the quality of life of the patient.

Given the demands placed on professionals dealing with patients unable to verbalize their pain in an Intensive Care Unit (ICU), it is imperative to find tools that allow a correct assessment and pain monitoring to provide care focused on the real needs of the patient.

A Behavioral Pain Scale [BPS] emerges as a tool to assess pain in critically ventilated and sedated ICU patients unable to verbally report their pain. It uses facial expression, upper limb movements and adaptation to mechanical ventilation.

It is intended to implement the BPS in the monitoring and evaluation of pain in the ventilated and sedated patient in the ICU, ULSNA.

For this integrative review, searches were performed on PubMed, EBSCO and B-ON electronic databases using terms contained in the Health Descriptors.

Using this scale makes it possible to assess pain in a patient who is unable to communicate, provide quality, targeted and individualized health care. It was verified that the BPS is a reliable and efficient scale in this task. It is a reliable, valid and appropriate tool to identify pain.

Keywords: Nursing; Intensive Care Unit; Pain Measurement; Behavioral Pain Scale

INTRODUÇÃO

Face às atuais exigências colocadas às organizações de saúde e aos seus profissionais surge a necessidade de encontrar ferramentas que permitam identificar a resposta do doente face aos cuidados que recebe, mas também fazer prova da qualidade dos cuidados prestados. Mensurar um cuidado de saúde bem como a sua qualidade tornou-se não só um dever como uma necessidade. Para a boa prática profissional dos enfermeiros, as escalas surgem como uma aposta capaz de registar diagnósticos, atos, ações e respostas. Acerca da dor, a DGS emitiu em 2003 uma circular normativa ⁽¹⁾ afirmando que a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança de todos os outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e a fim de melhorar a qualidade de vida do doente. A todos os profissionais que lidam com doentes incapazes de transmitir verbalmente a sua dor, impera-se a divulgação de conhecimentos na área das estratégias a adotar para uma correta avaliação, monitorização e registo, de forma a prestarem cuidados de saúde de qualidade.

Numa UCI estima-se que a grande maioria dos doentes experienciem o fenómeno doloroso e muitos, após a alta, consigam admitir que esse processo não foi corretamente aliviado. O fenómeno da dor em cuidados intensivos interage com processos como a disfunção pulmonar, cardíaca e até o desmame do ventilador. ⁽²⁾

Avaliar e monitorizar a dor no doente crítico em cuidados intensivos torna-se um desafio porque estes são alvo de um processo saúde-doença caracterizado por uma enorme instabilidade e porque os profissionais que trabalham nesta área estão muitas vezes focados no problema inicial e não na dor que daí advém, tornando todo o tratamento mais moroso. O desafio da avaliação da dor neste tipo de doentes passa por entender que muito mais do que um fenómeno subjetivo e multidimensional, a dor é um fenómeno sob o qual a pessoa não consegue expressar-se nem exteriorizar sinais ou sintomas. Surge a necessidade de encontrar ferramentas que permitam aos profissionais de saúde, que diariamente lidam com este tipo de doente não-verbal, avaliar a dor, monitorizando-a de forma a prestarem cuidados de saúde de qualidade, holísticos e diferenciados e aumentando a humanização dos cuidados em unidades de cuidados intensivos.

Uma das estratégias desenvolvidas para avaliar e monitorizar a dor no doente não verbal em UCI é a BPS. Esta é considerada uma ferramenta alternativa para avaliar a dor em doentes críticos, sedados e ventilados mecanicamente, incapazes de transmitir o seu sentimento de dor. A BPS avalia a dor através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e do cumprimento da ventilação mecânica.

Recentemente traduzida para português e validada para Portugal ⁽³⁾, a BPS constitui uma escala válida e confiável ^(3, 4); sendo uma ferramenta adequada para doentes

que não possuem no momento da avaliação a capacidade de comunicar, tanto por sedação como por ventilação mecânica ⁽⁵⁾.

O presente artigo consiste numa revisão integrativa da literatura sobre a Utilização da BPS para avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em contexto de UCI.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, inerente ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, pretende-se analisar a atual literatura sobre a BPS na monitorização e avaliação da dor no doente crítico ventilado e sedado em contexto de UCI, de forma a implementar a escala supracitada no serviço de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira [UCI-DEM], ULSNA.

BEHAVIORAL PAIN SCALE

A dor é definida desde 2003 como o 5º sinal vital e como sendo um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde ⁽¹⁾. Crê-se ainda que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde ⁽¹⁾.

A American Pain Society estabeleceu diretrizes delineando que um primeiro passo na melhoria do tratamento da dor é avaliação e registo dos relatos de dor por parte dos doentes ⁽⁶⁾.

Os doentes têm direito à avaliação adequada e gestão da dor e que esta deve ser avaliada em todos os doentes ⁽⁷⁾.

A dor aguda constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral, sendo um dos sintomas mais relevantes na definição de um diagnóstico médico correto ⁽¹⁾. No entanto, excluindo a sua função de alarme relativamente a estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, a dor por si só não constitui qualquer outra vantagem ou outra mais-valia para quem a experimenta ⁽¹⁾.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos. Esta definição destaca a natureza subjetiva da dor e sugere que ela só pode estar presente quando relatada pela pessoa que a experimenta ⁽⁸⁾.

Ao invés, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida provoca também alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e psicológico podendo conduzir a estados permanentes do fenómeno doloroso ⁽¹⁾.

Clinicamente, é também importante, que os profissionais de saúde sejam sensíveis e respeitadores de variações culturais, educacionais, étnicas e outras ao avaliar e tratar a dor de cada doente ⁽²⁾.

A capacidade de avaliar a dor do doente com fiabilidade é a base para um tratamento eficaz da dor. Desta forma é imperativo que se pesquise e se aposte numa investigação científica que tenha interesse no estudo da dor ⁽⁸⁾.

Numa UCI estima-se que a grande maioria dos doentes experienciem o fenómeno doloroso e muitos, após a alta, consigam admitir que esse processo não foi corretamente aliviado. o fenómeno da dor em cuidados intensivos interage com processos como a disfunção pulmonar, cardíaca e até o desmame do ventilador ⁽²⁾.

Avaliar e monitorizar a dor no doente crítico em cuidados intensivos torna-se um desafio, porque estes são alvo de um processo saúde-doença caracterizado por uma enorme instabilidade e porque os profissionais que trabalham nesta área estão muitas vezes focados no problema inicial e não na dor que daí advém, tornando todo o tratamento mais moroso. O desafio da avaliação da dor neste tipo de doentes passa por entender que muito mais do que um fenómeno subjetivo e multidimensional, a dor é um fenómeno sob o qual a pessoa não consegue expressar-se nem exteriorizar sinais ou sintomas.

A avaliação da dor em UCI pode tornar-se uma tarefa complicada devido à instabilidade dos doentes, à falta de atenção dos profissionais de saúde em relação ao impacto da dor sobre o estado geral do doente, juntamente com as exigências de cuidados físicos no ambiente de cuidados intensivos ⁽²⁾. Os fatores que contribuem um tratamento deficitário da dor em UCI incluem desafios de avaliação da dor para doentes não-verbais, profissionais e familiares sobre as consequências do uso de analgésicos e priorização de necessidades médicas complexas ⁽²⁾.

As abordagens de avaliação da dor devem incluir ferramentas que sejam apropriados para a população alvo sob a qual se pretende aferir, neste caso concreto os doentes incapazes de comunicar, ainda que os membros da família devam ser incluídos no processo de avaliação, sempre que possível ⁽⁷⁾.

Surge a necessidade de encontrar ferramentas que permitam aos profissionais de saúde, que diariamente lidam com este tipo de doente não-verbal, avaliarem a dor, monitorizando-a de forma a prestarem cuidados de saúde de qualidade, holísticos e diferenciados, e aumentando a humanização dos cuidados em UCI.

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança de todos os outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e a fim de melhorar a qualidade de vida do doente ⁽¹⁾. Considera-se ainda que uma boa prática engloba o registo sistemático da intensidade da dor bem como a inclusão na folha

de registo dos sinais vitais, em uso em cada serviço, um espaço próprio para registo da intensidade da dor ⁽¹⁾.

A maioria dos doentes críticos provavelmente experimentará dor em algum momento durante sua permanência em UCI e identificá-la-á como uma fonte de stresse. No entanto, muitos doentes críticos podem ser incapazes de auto-relatar a sua dor devido a um nível de consciência alterado, uso de ventilação mecânica ou altas doses de agentes sedativos ou bloqueadores neuromusculares ⁽⁸⁾.

Como a Associação Internacional para o Estudo da Dor também afirma "a incapacidade de se comunicar verbalmente não nega a possibilidade de um indivíduo sentir dor e necessitar de um tratamento apropriado para aliviar a dor" ⁽⁹⁾. Portanto, os profissionais devem ser capazes de detetar de forma confiável a dor, usando métodos de avaliação adaptados às capacidades de comunicação diminuídas do doente. A especificidade de uma UCI permite-nos encontrar um ponto de investigação na situação de debilidade em que os doentes se encontram e na impossibilidade de cumprir a alínea d) da Circular Normativa da DGS que afirma que «As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios» ⁽¹⁾. Nas situações em que os doentes não conseguem comunicar a sua dor, os profissionais devem considerar as reações comportamentais dos doentes como medidas de substituição da dor, desde que sua função motora esteja intacta ⁽⁸⁾. A deteção, a quantificação e a gestão da dor em doentes adultos críticos são prioridades importantes e têm sido objeto de pesquisa durante mais de 20 anos. Apesar disto, a incidência de dor significativa ainda é de 50% ou mais, tanto em doentes médicos como em doentes cirúrgicos em UCI ⁽⁸⁾. Além de experimentar dor em repouso e dor relacionada a cirurgia, trauma, queimaduras ou neoplásica, os doentes também experimentam dor processual. Isto é, dor associada a um cuidado de saúde ⁽⁸⁾. A dor relacionada aos procedimentos é omnipresente, e o tratamento inadequado da dor processual continua a ser um problema inerente a muitos doentes em UCI ⁽⁸⁾.

Uma das estratégias desenvolvidas para avaliar e monitorizar a dor no doente não verbal em UCI é a BPS. Esta é considerada uma ferramenta alternativa para avaliar a dor em doentes críticos, sedados e ventilados mecanicamente, incapazes de transmitir o seu sentimento de dor. A BPS avalia a dor através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e do cumprimento da ventilação mecânica ⁽³⁾.

Tabela – Versão Portuguesa da BPS-IP/PT ⁽³⁾

Indicador	Item	Pontuação
Expressão Facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobranceiras franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3

	Careta = esgar facial	4
Movimento dos Membros Superiores (em repouso: verifique o tónus mobilizando o membro)	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao Ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

A BPS é uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo. Utiliza essencialmente três itens postos em avaliação observacional a cada doente, sendo eles: Expressão facial, movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica sendo que a avaliação da escala utiliza scores de 1 a 4 atribuídos a cada item observado, em que 1 corresponde à menor afeção observada em detrimento de uma pontuação que aumenta até ao score 4 pela maior manifestação observada ⁽¹⁰⁾. Assim a escala pode variar entre 3 a 12 pontos, onde a pontuação mais baixa corresponde a uma menor dor ⁽¹⁰⁾. Considera, portanto, a inexistência de dor quando o score é igual a 3.

A escolha primária sobre uma escala debruçou-se sobre a BPS pela sua larga divulgação e por ser uma das mais utilizadas escala na avaliação da dor no doente crítico incapaz de comunicar ⁽¹⁰⁾. É a escala mais comumente utilizada pelas suas propriedades psicométricas ⁽¹⁰⁾ e a que as equipas de Enfermagem em Portugal preferem para utilização diária ⁽¹¹⁾. No entanto, existe uma carga subjetiva na avaliação, podendo naturalmente implicar um supertratamento ou tratamento insuficiente da dor. Uma das diferenças mais notadas por quem utiliza a escala é que a não existência de dor, que os profissionais de saúde consideram como a “dor zero”, é aqui retratada como uma dor 3, ou a não existência de dor num doente incapaz de afirmar a sua dor ^(10, 12).

A BPS define-se como uma escala observacional a ser aplicada de preferência pelo enfermeiro responsável pelo doente, sendo esta validada para ser utilizada em doentes sedados e mecanicamente ventilados ⁽¹³⁾. Esta é fácil de usar e bem aceite na sua generalidade pelas equipas de Enfermagem ⁽¹³⁾.

A BPS intermedeia-se em valores aceitáveis que tendo um score igual ou superior a 6 é considerada uma dor inaceitável.

Existe uma tabela de apoio com os itens constantes da avaliação observacional (ver tabela ⁽³⁾) já validada e traduzida para português de Portugal, que serve de base ao

enfermeiro aquando da avaliação da dor. Assim, pela sua observação, o enfermeiro preenche e atribui cada item ao seu indicador fazendo no final o somatório dos itens observados. Quando maior o score obtido maior a dor experienciada pelo doente avaliado, tendo em conta que esta escala transmite o nível de dor em que o doente se encontra, partindo da noção de que a grande maioria dos doentes em UCI estão com dor, mesmo que essa possa ser mínima ou apenas um «desconforto».

O doente em UCI experiencia a dor por rotina, tanto em repouso como aquando da prestação de cuidados, e recomenda-se que a dor seja monitorizada como uma tarefa a realizar de forma sistemática em todos os doentes adultos ⁽⁸⁾. A BPS é uma das escalas mais válidas e confiáveis para monitorização da dor em UCI em doentes críticos incapazes de auto reportar a sua dor, com função motora aparentemente intacta e observável, tanto em doentes médicos, pós-operatórios ou traumatizados, excetuando apenas em casos de lesão cerebral ⁽⁸⁾.

A utilização destas escalas em diferentes populações de doentes de UCI e sendo estas traduzidas para línguas estrangeiras que não o inglês, nem o francês exigem mais testes de utilização. Sugere-se ainda que os sinais vitais possam ser usados como uma avaliação adicional da dor destes doentes ⁽⁸⁾.

Desde que as suas recomendações foram publicadas fizeram-se significativos avanços na compreensão de como fornecer conforto físico e psicológico a doentes em UCI. O desenvolvimento da validade e da confiabilidade de ferramentas de avaliação da dor em UCI permite aos clínicos gerir melhor os seus doentes e por outro lado avaliar também resultados de intervenções não farmacológicas ^(8, 12).

METODOLOGIA

Para esta revisão integrativa foram delineados procedimentos para levar a cabo os objetivos propostos na concretização da implementação do projeto.

Inicialmente procedeu-se a um levantamento dos problemas de serviço, tanto formal como informalmente. Foram realizadas três reuniões prévias: uma com o enfermeiro orientador, a segunda com a enfermeira responsável de serviço e com as enfermeiras responsáveis pela formação em serviço e por último com o diretor clínico do serviço. Informalmente foram utilizadas várias redes de comunicação de forma a descortinar a lacuna que cada enfermeiro prestador de cuidados quisesse ver ser colmatada. Pretendeu-se que de forma informal se expusessem as dúvidas e as necessidades que sentem na sua prática diária e que estas pudessem ser suprimidas com uma estratégia de formação em serviço.

Procedeu-se também a uma breve revisão de conteúdos-chave da contextualização teoria do curso a nível de pesquisa de temas referentes a UCI, de forma a abranger um conhecimento mais alargado da temática a fim de dar suporte à prática clínica na

investigação e no conhecimento, dentro da área de especialidade a que me proponho (14).

Inicialmente a escolha da temática revelou-se pobre na sua aplicabilidade, tendo vindo a ser abandonada a ideia inicial de comum acordo entre partes: orientanda, orientador e professor tutor; reformulada e revista (14, 15). A escolha da temática final aqui apresentada foi acordada entre partes e inseria-se no diagnóstico da situação e nas necessidades encontradas. Esta partiu da proposta por mim efetuada e prontamente aceite tanto pelo orientador de estágio, como pela enfermeira responsável do serviço e diretor.

O objetivo de instaurar uma escala no serviço partiu da necessidade existente não só na atualização de conhecimentos sobre a dor e sobre a sua forma de ser avaliada e monitorizada, como também de forma a iniciar projetos na área da qualidade, fomentado interesse na equipa de Enfermagem pela investigação do conhecimento e pela melhoria contínua (14, 15).

A escala da dor no serviço UCIDEM é taxativa e avaliada de igual forma em todos os doentes internados, sejam eles doentes médicos, pós-operatórios ou traumatizados. Verificou-se que a existência de uma escala numérica de avaliação da dor, adaptada e simplificada, em nada traduzia o real sentimento álgico do doente, como também não exprimia a sua individualidade e particularidade. Apurou-se que esta era a única escala referente à dor a ser utilizada e vários elementos afirmaram reconhecer que esta não fazia jus à prática diária, nem possibilitava uma real mensuração da dor do doente. A escala existente era inadequada aos doentes que não possuíam capacidade de verbalização.

Tratou-se assim, após pesquisa bibliográfica direcionada, de encontrar formas de averiguar a dor no doente não verbal em contexto de UCI, nomeadamente em doentes sedados e ventilados e da existência de várias ferramentas que muniam os enfermeiros de capacidade de avaliação e monitorização da dor.

Definiu-se a implementação da BPS como projeto de implementação visto ser uma escala já validada e traduzida para Portugal (3, 12), com várias referências bibliográficas que confirmam a sua confiabilidade e aplicabilidade (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13) e ainda por várias fontes relatarem a mais valia da sua utilização pelos enfermeiros no seio de uma equipa de UCI (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13).

Neste período prosseguiram-se os pedidos de autorização inerentes às delineações feitas à enfermeira responsável e ao diretor do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas. Elaborado documento e entregue no dia 5 de novembro de 2017.

Feito pedido de pedido de autorização à Administração da ULSNA, EPE, bem como feito pedido de parecer da Comissão de ética da referida unidade de saúde para

realização de estágio e projeto. Elaborado documento e entregue no dia 6 de novembro de 2017.

Elaborado e entregue pedido de parecer ético à comissão de ética da Universidade de Évora, no dia 15 de novembro de 2017.

Devido a constrangimentos na aquisição de deferimento na autorização por parte da Comissão de ética da ULSNA, EPE só foi possível proceder ao levantamento das disponibilidades da equipa de Enfermagem para formação em serviço a partir do dia 18 de janeiro de 2018.

Reunidos todos os procedimentos prévios, construiu-se um esboço da proposta de projeto final.

Assim, delineou-se que a população alvo seria a equipa de Enfermagem do serviço em que o estágio tomou lugar, informando o diretor clínico da metodologia utilizada.

Efetuuou-se formação em serviço acerca da BPS, de forma a uniformizar procedimentos e padronizar a avaliação e a monitorização da dor num doente que não tem a possibilidade de comunicação por estar ventilado ou sedado.

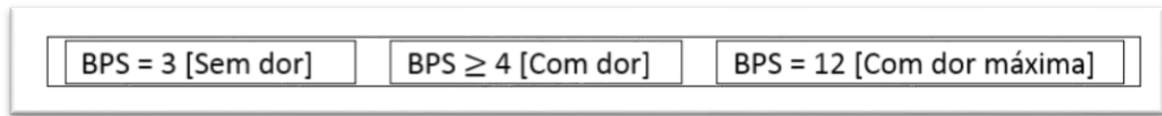
Este plano passou por fornecer conhecimentos na avaliação da dor e a sua importância, bem como dar a conhecer uma escala que nos permita enquanto profissionais de saúde avaliar e monitorizar a dor do doente ventilado ou sedado.

Foi também fornecida à equipa e responsável de Enfermagem a proposta de aplicação da escala no serviço, visto que havia conhecimento prévio, por terem sido realizadas 256 horas de estágio.

Foi realizado um momento de formação em serviço, pelas disponibilidades dos enfermeiros, sendo abrangidos por essa formação 27 enfermeiros (numero total de enfermeiros da equipa).

Definiram-se como indicadores de resultados a efetivação da escala por cada enfermeiro, padronizando-se a sua utilização duas vezes por turno e em SOS, tentando futuramente e com a prática adquirida que esta avaliação seja conforme norma da DGS por rotina registada com a mesma frequência do que os restantes sinais vitais (1). A BPS incluir-se-ia na folha de registo de Enfermagem, localizada junto da escala analógica não validada utilizada no serviço, e o seu score final registado no mesmo local onde se regista até então.

Figura – Proposta de inclusão da PBS na folha de registo de Enfermagem



Pretende-se padronizar auditorias anuais aos registos de Enfermagem de forma a conseguir verificar se a escala implementada é utilizada; compreender a satisfação da equipa de Enfermagem na utilização da escala como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho; e compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente.

No final da sessão foram preenchidos questionários de avaliação das sessões de formação e formador e, futuramente pretende-se levar a cabo auditorias aleatórias à continuidade da utilização da escala pela totalidade da equipa de Enfermagem, concluindo apenas com base na atuação da equipa de Enfermagem e não de cada profissional.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considera-se que é estritamente necessária a utilização de uma ferramenta que possibilite os profissionais de saúde avaliar e monitorizar a dor nos doentes ventilados e sedados, portanto, incapazes de comunicar a sua dor.

A utilização destas possibilita cuidados de saúde de qualidade, direcionados e focados em cada indivíduo e, neste caso específico, possibilita avaliar e monitorizar o 5º sinal vital num doente incapaz de comunicar a sua dor de forma correta e sistemática.

Aferiu-se que a BPS é uma escala fiável e eficaz nessa tarefa. É uma ferramenta confiável, válida e apropriada para identificar a dor. Ademais, por se encontrar já traduzida e validada para português é assim de fácil acesso e compreensão e passível de ser implementada numa equipa de Enfermagem portuguesa.

Aquando da formação em serviço à equipa de Enfermagem e após um briefing final com a enfermeira responsável, pôde-se aferir que a maioria dos formandos considerou importantes os conteúdos apresentados, bem como compreenderam a importância para o seu desempenho profissional. No entanto, nem todos os elementos, e apensar de reconhecerem a importância supracitada se sentiram motivados ou capazes de combater as suas barreiras profissionais e motivacionais para adotar o projeto sem que este seja imposto pelas chefias.

As questões como a falta de motivação, a falta de reconhecimento e as condições materiais com as quais trabalham foram evidenciadas pelos profissionais como as barreiras a combater. No entanto, todos os presentes consideraram que a falta de tempo não é um impedimento à implantação do projeto nem à utilização da BPS, e reconheceram que após o período inicial de adaptação que poderá ser marcado por dúvidas e

hesitações, todos sentiram que este projeto é exequível e que a implementação da escala será possível.

Foi aceite a proposta de inclusão da escala na folha de registo de Enfermagem e ficaram acordadas auditorias anuais de verificação da utilização da BPS pela equipa de Enfermagem após a data de início da utilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma avaliação profunda da dor é essencial, independentemente da configuração clínica. Idealmente, as avaliações da dor devem incluir localização, características, gravidade, início, progressão, duração, qualidade, radiação, alívio e fatores exacerbantes e efeitos de terapias anteriores ⁽²⁾. Esta informação orienta os clínicos para a causa subjacente da dor, bem como determina quais as intervenções terapêuticas serão utilizadas ⁽²⁾.

Escolhendo a ferramenta adequada a avaliação da gravidade da dor serve para monitorizar não só a sua intensidade como também a eficácia das intervenções terapêuticas.

Uma vez que os doentes em UCI são geralmente incapazes de trabalhar com escalas típicas de avaliação da dor, exigindo que elas deem uma resposta verbal, a BPS é considerada uma ferramenta alternativa para avaliar a dor em doentes críticos, sedados e ventilados mecanicamente ⁽²⁾.

No entanto, existem ainda muitos fatores que alteram a resposta à dor e às intervenções analgésicas. A ansiedade, o delírio, a privação do sono e a história psicossocial tornam os doentes mais suscetíveis à dor, mesmo para estímulos mais pequenos. Esses fatores são interdependentes e, portanto, é necessário abordar e aliviar cada um deles, sendo que a própria dor pode precipitar ansiedade e insónia que, por sua vez, piora a dor e desencadeia um processo redundante de dor.

Deve haver individualização de cuidados prestados para doentes críticos e instáveis, e os profissionais devem avaliar e controlar de forma agressiva a dor, enquanto trabalham para resolver a patologia ou fornecer cuidados de fim de vida sensíveis nas UCI.

O sucesso da avaliação da dor depende em grande escala da adesão dos profissionais a processos padronizados e guidelines de compromisso com alguns princípios fundamentais da dor na sua avaliação e monitorização. Desta forma é necessário construir um compromisso institucional para a gestão da dor com o desenvolvimento de grupos de trabalho interdisciplinares responsáveis por esta área para promover a prática mudança e práxis colaborativa ⁽⁷⁾.

A utilização de guidelines e protocolos, bem como estabelecer uma estrita relação de confiança entre equipa multidisciplinar conjuntamente com o doente, pode facilitar os profissionais e esquematizar a sua atuação perante casos de dor. Uma prática contínua na avaliação e monitorização da dor torna-se um processo simples quanto rotinizado levando à melhoria dos cuidados prestados ⁽⁸⁾. Confere-se ainda importância ao treino nas avaliações e monitorizações e na atualização constante de conhecimento.

Recentemente traduzida para português e validada para Portugal ⁽³⁾ a BPS constitui uma escala válida e confiável ^(3, 4, 12) sendo uma ferramenta adequada para doentes que não possuem ao momento da avaliação de capacidade de comunicar, tanto por sedação como por ventilação mecânica ⁽⁵⁾.

Considera-se que enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, foi despoletada a curiosidade da investigação e fomentada a criação de novo conhecimento. A produção de conhecimento não se pode iniciar sem que haja um catalisador e o enfermeiro especialista atua como dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica ⁽¹⁴⁾.

Foi iniciado um projeto e aguarda-se que seja incorporada a melhoria da qualidade na prática já existente, que traga ganhos em saúde e que seja possível o fomento da investigação em saúde no seio da equipa de Enfermagem envolvida.

Objetiva-se, também, que este tenha sido um momento de viragem na mentalidade de cada profissional e que tenha despertado a curiosidade de cada um ver reconhecidas as suas capacidades individuais e de todos enquanto equipa.

No final da formação, e após ter sido reconhecida a eficácia e a mais-valia da BPS pela equipa de Enfermagem, aguarda-se que, com a implementação da nova escala nas rotinas de Enfermagem, todos os enfermeiros avaliem e monitorizem a dor no doente sedado e ventilado através da BPS.

A integração de novos conhecimentos na equipa de Enfermagem constituiu um desafio ao exercício da prática de estágio, bem como o diagnóstico das necessidades da mesma equipa. A escolha da integração de uma nova escala na prática de Enfermagem nesta equipa tem em vista não só a aquisição de novos e melhorados conhecimentos, como o fornecimento de ferramentas com vista a uma prática profissional com vista à melhoria dos cuidados prestados e à mensuração da qualidade dos cuidados como também da resposta do doente face a esses resultados.

Reconhece-se que as competências de enfermeiro especialista na área de especialidade a que me propus foram cumpridas nomeadamente na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas ⁽¹⁵⁾. Foram identificadas evidências que demonstraram conhecimento, garantindo a gestão de medidas que possibilitem levar a cabo novas abordagens e estratégias,

assentes em conhecimentos e habilidades, no que à dor e ao doente crítico e/ou falência orgânica diz respeito ⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa N°09/DGCG de 14 de junho de 2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
2. Go, Ronaldo; Cole, Barry Eliot; Broglio, Kathleen (2013) Managing Pain in Intensive Care Units. Aggressive pain management for the typically very ill and unstable patients in the ICU must be individualized based on the circumstances of each patient's pathology and condition. Acedido 05 de novembro de 2017 em <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/managing-pain-intensive-care-units>
3. Batalha, L; Figueiredo, A; Marques, M; Bizarro, V. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). Revista de Enfermagem Referência. junho de 2013, 9, p7-16. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a01.pdf>
4. Rijkenberg, Saskia; Stilma, Willeemke; Bosman, Robert J.; van der Meer, Nardo J.; van der Voort, Peter H.J.. Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. agosto de 2017 31(4):1227-1234. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28800982>
5. Hsiung, Nai-Huan; Yang, Yen; Lee, Ming Shinn; Dalai, Koustuv; Smith, Graeme D. Translation, adaptation, and validation of the BPS and the critical-care pain observational tools in Taiwan. Journal of Pain Research. 2016, Vol. 9, p661, 9 p. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27695360>
6. Mularski, Richard A.; White-Chu, Foy; Overbay, Devorah; Miller, Lois; Asch, Steven M.; Ganzini, Linda. Measuring Pain as the 5th Vital Sign Does Not Improve Quality of Pain Management. 2006. Journal of General Internal Medicine 2006; 21:607–612. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16808744>
7. Berry, Patricia H.; Chapman, C. Richard; Covington, Edward C.; Dahl, June L.; Katz, Jeffrey A.; Miaskowski, Christine; McLean, Michael J. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. 2001. National Pharmaceutical Council. Assesment of Pain. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em <http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf>

8. Barr, Juliana; Fraser, Gilles L.; Puntillo, Kathleen; Ely, E. Wesley; Gélinas, Céline; Dasta, Joseph F. *et al* (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine Journal*. Volume 41. No 1. Acedido a 5 de novembro de 2017 em https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/01000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_of.29.aspx
9. Aydede M. Defending the IASP Definition of Pain. *The Monist*. outubro de 2017, Vol. 100, Nº. 4. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <http://faculty.arts.ubc.ca/maydede/Defending%20IASP%20Definition.pdf>
10. Rahu M; Ferguson P; Joseph P; Sherman S; Elswick RK Jr. Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American Journal of Critical Care*. 2015 Nov;24(6):514-23. Acedido a 5 de novembro de 2017 em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/6/514.long>
11. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Grupo de Avaliação da Dor. Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor. Acedido a 5 de novembro de 2017 em https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
12. Batalha LMC. Avaliação da dor. Coimbra: ESEnfC; 2016 (Manual de estudo–Versão 1). Acedido a 5 de novembro de 2017 em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
13. Sabine J. G. M.; van der Veen, A. M.; van Dijk, M; Tibboel, D; Knibbe, C; Pharm D. The Use of the Behavioral Pain Scale to Assess Pain in Conscious Sedated Patients. Janeiro de 2010. *Critical Care and Trauma*. Vol. 110, No.1. Acedido a 5 de novembro de 2017 em https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Abstract/2010/01000/The_Use_of_the_Behavioral_Pain_Scale_to_Assess.23.aspx
14. Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 5 de novembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
15. Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa Acedido a 5 de Novembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

APÊNDICE 6 – Pedido de autorização à enfermeira-chefe do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas

Exma. Sr.^a Enf.^a Chefe do serviço UCIDEM, ULSNA, EPE

Enf.^a Paula Maurício,

Avenida de Santo António

7300-074 Portalegre

Portalegre, 06 de novembro de 2017

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização

Eu, Joana Isabel Trindade Carvalho, enfermeira da sua instituição com número mecanográfico nº. 2372, na condição de estudante a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a realizar práticas clínicas de Estágio no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira – UCIDEM, da instituição que preside, venho por este meio pedir autorização para desenvolver no seio do serviço supracitado (UCIDEM) trabalho de investigação no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, na área do “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”.

O objetivo primordial será a elaboração de um projeto desenvolvido no seio da equipa multidisciplinar onde me insiro enquanto estudante e profissional, com vista à melhoria da prestação dos cuidados de Enfermagem nomeadamente na avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

A elaboração deste projeto terá como objetivo geral e principal:

- Implementar a Behavioral Pain Scale para a avaliação e monitorização da dor no doente crítico ventilado.

Os objetivos específicos:

- Capacitar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

- Prestar cuidados de Enfermagem de qualidade ao doente crítico, nomeadamente na correta avaliação e monitorização da dor.

- Proceder a uma uniformização de cuidados e de registos de Enfermagem.

Será ainda fornecida, no âmbito da elaboração deste projeto, formação à equipa de Enfermagem e apresentados dados relevantes de toda a investigação que levem os prestadores de cuidados a um melhor desempenho profissional.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua colaboração.

Joana Isabel Trindade Carvalho

APÊNDICE 7 – Pedido de autorização ao diretor do serviço para iniciar a realização do projeto incluído nas práticas clínicas

Exmo. Sr. Dr. Diretor do serviço UCIDEM, ULSNA, EPE

Dr. Fernando Pádua,

Avenida de Santo António

7300-074 Portalegre

Portalegre, 06 de novembro de 2017

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização

Eu, Joana Isabel Trindade Carvalho, enfermeira da sua instituição com número mecanográfico nº. 2372, na condição de estudante a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a realizar práticas clínicas de Estágio no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira – UCIDEM, da instituição que preside, venho por este meio pedir autorização para desenvolver no seio do serviço supracitado (UCIDEM) trabalho de investigação no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, na área do “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”.

O objetivo primordial será a elaboração de um projeto desenvolvido no seio da equipa multidisciplinar onde me insiro enquanto estudante e profissional, com vista à melhoria da prestação dos cuidados de Enfermagem nomeadamente na avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

A elaboração deste projeto terá como objetivo geral e principal:

- Implementar a Behavioral Pain Scale para a avaliação e monitorização da dor no doente crítico ventilado.

Os objetivos específicos:

- Capacitar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

- Prestar cuidados de Enfermagem de qualidade ao doente crítico, nomeadamente na correta avaliação e monitorização da dor.

- Proceder a uma uniformização de cuidados e de registos de Enfermagem.

Será ainda fornecida, no âmbito da elaboração deste projeto, formação à equipa de Enfermagem e apresentados dados relevantes de toda a investigação que levem os prestadores de cuidados a um melhor desempenho profissional.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua colaboração.

Joana Isabel Trindade Carvalho

APÊNDICE 8 – Pedido de autorização à Administração da ULSNA, EPE, para realização do projeto nesta instituição de saúde

Exmo. Sr. Dr. João Moura Reis,

Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, EPE

Avenida de Santo António

7300-074 Portalegre

Portalegre, 06 de novembro de 2017

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização

Eu, Joana Isabel Trindade Carvalho, enfermeira da sua instituição com número mecanográfico nº. 2372, na condição de estudante a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a realizar práticas clínicas de Estágio no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira – UCIDEM, da instituição que preside, venho por este meio pedir autorização para desenvolver no seio do serviço supracitado (UCIDEM) trabalho de investigação no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, na área do “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”.

O objetivo primordial será a elaboração de um projeto desenvolvido no seio da equipa multidisciplinar onde me insiro enquanto estudante e profissional, com vista à melhoria da prestação dos cuidados de Enfermagem nomeadamente na avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

A elaboração deste projeto terá como objetivo geral e principal:

- Implementar a Behavioral Pain Scale para a avaliação e monitorização da dor no doente crítico ventilado.

Os objetivos específicos:

- Capacitar a equipa de Enfermagem de conhecimentos acerca da avaliação e monitorização da dor no doente crítico.

- Prestar cuidados de Enfermagem de qualidade ao doente crítico, nomeadamente na correta avaliação e monitorização da dor.

- Proceder a uma uniformização de cuidados e de registos de Enfermagem.

Seguirá informação semelhante a Sr.ª Enfermeira Responsável de serviço, Enfermeira Paula Maurício, ao diretor Clínico do serviço. Dr. Fernando Pádua e serão informados enfermeiros e médicos da realização deste projeto no serviço. Será ainda fornecida, no âmbito da elaboração deste projeto, formação à equipa de Enfermagem e apresentados dados relevantes de toda a investigação que levem os prestadores de cuidados a um melhor desempenho profissional.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já a colaboração para realizar a minha prática de investigação na instituição ULSNA, EPE; reitero o pedido de deferência,

Joana Isabel Trindade Carvalho

APÊNDICE 9 – Pedido de parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora para realização de projeto



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/12533/2018

Requerente

Nome: Joana Isabel Trindade Carvalho
Email: m36767@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36767
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: eficácia da Behavioral Pain Scale

Nome dos investigadores:

Joana Isabel Trindade Carvalho

Nível da Investigação:

Ciências de Saúde

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professor Doutor Adriano Pedro

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Professor Doutor Adriano Pedro

Resumo / Abstract:

Produzir conhecimento resulta de processos de investigação que possibilitam uma tomada de decisão em Enfermagem baseada na evidência.

DA DGS define a dor como o 5º sinal vital, presente na generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde e afirma que um controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais, um direito dos doentes e fundamental para a humanização dos cuidados.

DPela subjetividade que apresenta, a avaliação da dor torna-se um dos maiores desafios profissionais dos enfermeiros.

DA Behavioral Pain Scale é uma escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo e avalia a dor pela observação comportamental do doente.

DA atendendo a uma metodologia de projeto, através de formação em serviço à equipa de Enfermagem, pretende-se implementar a BPS no serviço UCIDEM.

DVerifica-se que a contribuição do enfermeiro é fundamental na melhoria contínua dos cuidados e do exercício profissional da classe, pela capacidade de identificação de necessidades e de desenvolvimento de planos estratégicos.

DA certificação de competências pretende atestar a aquisição de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades mobilizadas ao longo deste projeto.

Palavras-chave: Metodologia de projeto; Enfermagem; Avaliação da Dor; Behavioral Pain Scale



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/12533/2018

Requerente

Nome: Joana Isabel Trindade Carvalho
Email: m36767@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36767
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Fundamentação e pertinência do estudo:

O levantamento de necessidades e justificação surge após contacto com a enfermeira chefe do serviço e com o enfermeiro orientador de estágio, bem como com conhecimento do director de serviço, a fim de colmatar a lacuna da avaliação e monitorização da dor no doente ventilado ou sedado. Na realização de estágio no serviço em causa efectuou-se um diagnóstico de situação e de necessidades. Este revelou a que a escala de avaliação da dor existente não era adequada à avaliação da dor em doentes sedados e ventilados em contexto de unidade de cuidados intensivos. Assim, pretende-se implementar uma escala que possibilite avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Objetivos:

□□Avaliar e Monitorizar a dor no doente sedado e ventilado no serviço UCIDEM através da Behavioral Pain Scale.

□□Aquisição de novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado em contexto de UCI;

□□Melhoria dos cuidados prestados ao doente sedado e ventilado em contexto de UCI;

□□Mensuração da qualidade dos cuidados prestados e da resposta do doente sedado e ventilado face a esses cuidados em contexto de UCI.

Seleção da amostra:

Pretende-se efectuar uma formação em serviço de forma a cumprir os objectivos supracitados e a implementar a escala no serviço. Assim não se verifica a existência de amostra seleccionada.

Procedimentos metodológicos:

Através da metodologia de projecto pretende-se efectuar uma formação em serviço de forma a implementar uma escala de avaliação da dor no serviço de cuidados intensivos do Hospital Doutor Maria Grande de Portalegre (ULSNA, EPE).

Instrumentos de avaliação:

Apenas se usará um questionário anónimo para avaliação da própria sessão de formação em serviço. Não são



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

GD/12533/2018

Requerente

Nome: Joana Isabel Trindade Carvalho
Email: m36767@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36767
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

utilizados instrumentos de avaliação.

Como serão recolhidos os dados:

Não se fará colheita de dados no terreno. As informações apresentadas terão por base uma revisão da literatura incluída na metodologia de projecto.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

A confidencialidade nos registos não está em causa neste projecto pois não é pretendido o uso de quaisquer dados de doentes ou profissionais.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Esta investigação baseia-se numa revisão de literatura incluída na metodologia de projecto.


Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Foram feitos os pedidos de autorização de realização de projecto no serviço Unidade de Cuidados Intensivos ao Conselho de Administração da ULSNA, EPE e à comissão de Ética da ULSNA, EPE. Foram diferidos e enviam-se em anexo via e-mail.

APÊNDICE 10 – Cronograma de atividades do projeto

CRONOGRAMA

Atividades	Inicial 18/09/2017 a 13/10/2017	Revisão 13/10/2017 a 5/11/2017	Planeamento 5/11/2017 a 31/12/2017	Execução 02/01/2018 a 27/01/2018	Avaliação 28/01/2018 e anualmente	Revisão 29/03/2018
Levantamento de problemas do serviço	x					
Escolha da temática	x					
Definição do orientador mediante reunião com o docente responsável	x					
Redefinição da temática		x				
Traçar o objetivo do projeto			x			
Pedido de autorização à enfermeira responsável e ao diretor do serviço para iniciar a realizar projeto			x			
Pedido de autorização à Administração da ULSNA, EPE para realização de estágio e projeto			x			
Pedido de parecer ético à comissão de ética da Universidade de Évora			x			
Elaboração da proposta de projeto			x			
Levantamento de disponibilidades da equipa de Enfermagem para formação em serviço				x		
Delinear Sessão/Sessões de formação				x		
Realizar sessão/Sessões de formação				x		
Avaliar sessão/Sessões de formação					x	
Estruturar auditorias periódicas de manutenção					x	
Novo pedido de parecer ético à comissão de ética da Universidade de Évora						x



APÊNDICE 11 – Plano de sessão de formação

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO			
Ação de formação	Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado em UCI: Behavioral Pain Scale		
Serviço	UCIDEM		
Data	24.01.2018		
Hora início	14:00h		
Duração	60 minutos		
Destinatários	Enfermeiros e alunos de especialidade		
Local de realização	Sala de reuniões do serviço UCIDEM		
Formador	Joana Isabel Trindade Carvalho (sob supervisão do orientador)		
A ação de formação estava contemplada em plano de serviço		SIM	Justificação: Formação realizada no âmbito de Trabalho Projeto em Unidade Curricular Estágio Final, inerente ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica
	x	NÃO	
Objetivos gerais	Avaliar e Monitorizar a dor Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado no serviço UCIDEM através da Behavioral Pain Scale.		
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquisição de novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado; ✓ Melhoria dos cuidados prestados ao doente sedado e ventilado; ✓ Mensuração da qualidade dos cuidados prestados e da resposta do doente sedado e ventilado face a esses cuidados 		
Metodologia	Método Expositivo/Interrogativo/Demonstrativo/Ativo		
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução ✓ Metodologia ✓ Contextualização Teórica, Vídeo e discussão ✓ Behavioral Pain Scale ✓ Resultados/Discussão ✓ Conclusão ✓ Bibliografia 		
	Programação	10 minutos	Apresentação, Introdução e Metodologia
	15 minutos	Contextualização Teórica, Vídeo e discussão	
	5 minutos	Explicação da Behavioral Pain Scale	
	10 minutos	Demonstração da Behavioral Pain Scale	
	5 minutos	Resultados/Discussão	
	10 minutos	Conclusão e Bibliografia	
	5 minutos	Questionários de Avaliação da sessão e formador	
	60 minutos		
Avaliação da sessão e do formador	Questionário		
Avaliação contínua do projeto	Auditorias anuais à continuidade da utilização da escala pela totalidade da equipa de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar se a escala implementada é utilizada; ✓ Compreender a satisfação da equipa de Enfermagem na utilização da escala como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho; ✓ Compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente a longo prazo 		

APÊNDICE 12 – Apresentação utilizada na sessão de formação

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



**Avaliação e Monitorização da dor no doente
sedado e ventilado em UCI:**
Behavioral Pain Scale

Adriano Pedro
apedro@essp.pt

Joana Carvalho
m36767@alunos.uevora.pt

24 de janeiro de 2018

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**

Introdução

Metodologia

Contextualização Teórica

Behavioral Pain Scale

Resultados/Discussão

Conclusão

Bibliografia

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Unidade Curricular Estágio Final, inerente ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica



O tema definido centrou-se no diagnóstico das necessidades do serviço onde a prática clínica teve lugar – UCIDEM, ULSNA.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Desafios:

A Integração de novos conhecimentos na equipa de Enfermagem;
Diagnóstico das necessidades da mesma equipa.

Objetivo Geral:

Avaliar e Monitorizar a dor Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado no serviço UCIDEM através da Behavioral Pain Scale.

Objetivos específicos:

- ✓ Aquisição de novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado;
- ✓ Melhoria dos cuidados prestados ao doente sedado e ventilado;
- ✓ Mensuração da qualidade dos cuidados prestados e da resposta do doente sedado e ventilado face a esses cuidados.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Proposta apresentada pelo Conselho Superior
Linha 1 de Saúde 202
Aprovada em Assembleia Geral de 20 de Maio de 2010

NR. CONTEÚDO, GESTÃO E DOLIDADE EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Descritor:
Reconhecimento e avaliação e qualidade

Unidades de
E2.1. Avalia e g
sistémicos
nas várias
Práticas

**E2.1. Planeta
especialista**

Unidades de competência	Críticas de avaliação
E2.1.1. Responsabiliza-se por atividades de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade	CE2.1.1. Atua como formador supervisor em contexto de trabalho, na assembleia clínica e em dispositivos formativos formais. CE2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. CE2.1.3. Consegue o plano programático e dispositivos formativos. CE2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. CE2.1.5. Avalia o impacto da formação.
E2.1.2. Apoiar a prática clínica, na investigação e no conhecimento, na área de especialidade	CE2.2.1. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento ao contexto da prática clínica, visando ganhos em saúde dos cidadãos. CE2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. CE2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação. CE2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes de evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. CE2.2.5. Discute as implicações da investigação. CE2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
E2.1.3. Promove o ensino na formação e implementação de políticas, práticas e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	CE2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimento do enfermeiro e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. CE2.3.2. Demonstra conhecimentos e atitudes no sentido de cuidar especializado, seguros e competentes. CE2.3.3. Participa em comunidades de aprendizagem e toma e inicia a análise de situações clínicas. CE2.3.4. Usa as técnicas de informação e métodos de pesquisa adequados. CE2.3.5. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

1 - Cuidar da pessoa e viver os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Descritor:
Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

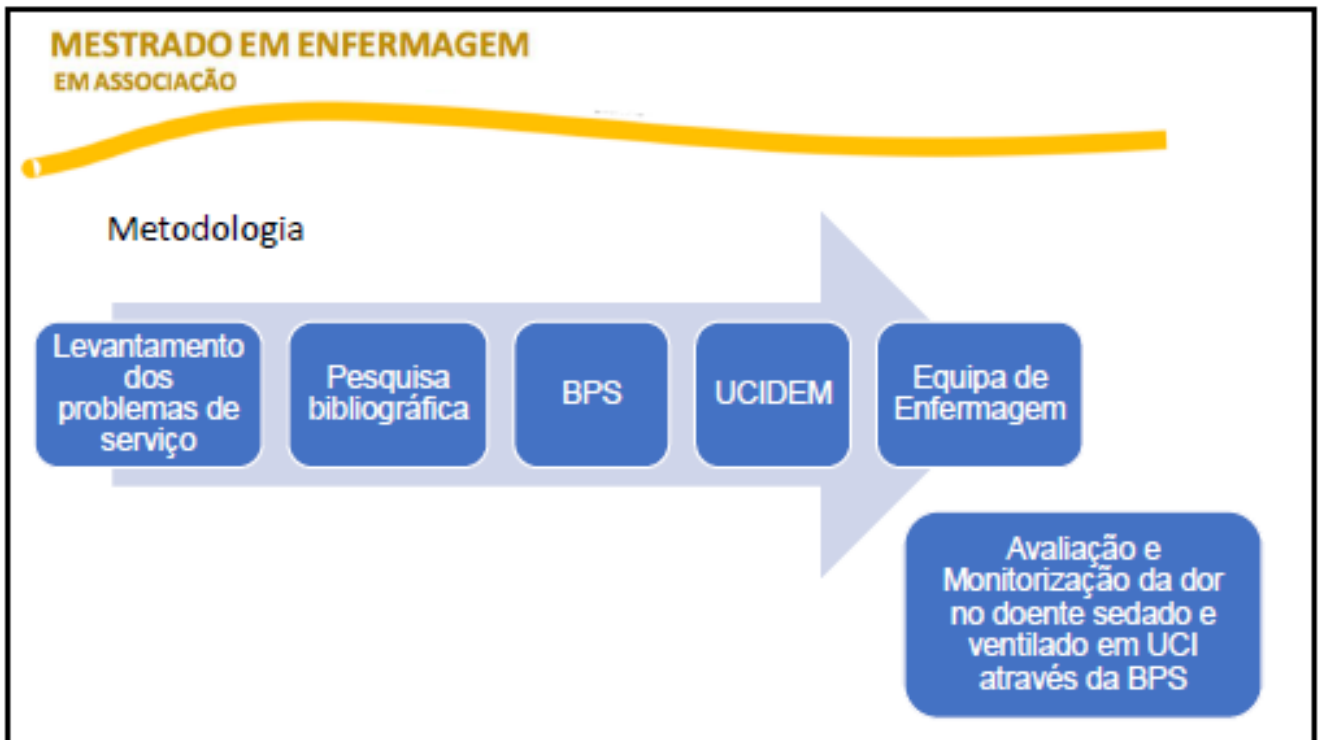
Unidades de competência	Críticas de avaliação
K.1.1 - Planeta e gestão de situações de emergência e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica	K.1.1.1 - Identifica prontamente focos de instabilidade. K.1.1.2 - Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. K.1.1.3 - Executa cuidados focados de alta complexidade dirigidos à pessoa e viver os processos de sobrevivência crítica e/ou falência orgânica. K.1.1.4 - Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.
K.1.2 - Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos	K.1.2.1 - Diagnostica precocemente os sinais e sintomas resultantes do implementação de protocolos terapêuticos complexos. K.1.2.2 - Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações. K.1.2.3 - Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados.
K.1.3 - Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do paciente em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.	K.1.3.1 - Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar. K.1.3.2 - Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual em resposta às necessidades do paciente em situação crítica e/ou falência orgânica. K.1.3.3 - Garante a gestão de medicação farmacológica de combate à dor. K.1.3.4 - Demonstra conhecimentos e habilidades em medicação não farmacológica para o alívio da dor.
K.1.4 - Avaliar a pessoa e	K.1.4.1 - Responde conhecimentos sobre a gestão de processos e do mal-estar para

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PROPOSTA POR CONSELHO DE ENFERMAGEM
REVISÃO DA COMISSÃO DE ENFERMAGEM DE 2010

Proposta apresentada pelo Conselho Superior, que integra o Conselho de Cuidados de Especialidade de Enfermagem em Saúde Crítica em 20/05/2010
Linha 1 de Saúde 202

2010 DE ENFERMAGEM



Atividades a desenvolver	Fase Inicial	Revisão	Planeamento	Execução	Avaliação
Levantamento de problemas de serviço	<input checked="" type="checkbox"/>				
Escolha de temática	<input checked="" type="checkbox"/>				
Definição de tema mediante reunião com o docente responsável	<input checked="" type="checkbox"/>				
Redefinição de temática		<input checked="" type="checkbox"/>			
Trazer o objetivo do projeto			<input checked="" type="checkbox"/>		
Pedido de autorização à enfermeira responsável e ao diretor do serviço para iniciar e realizar projeto			<input checked="" type="checkbox"/>		
Pedido de autorização à Administração da ULSNA, EPE para realização de estágio e projeto			<input checked="" type="checkbox"/>		
Pedido de parecer ético à comissão de ética da Universidade de Évora			<input checked="" type="checkbox"/>		
Elaboração de proposta de projeto			<input checked="" type="checkbox"/>		
Levantamento de disponibilidades da equipa de Enfermagem para formação em serviço				<input checked="" type="checkbox"/>	
Definir Sessões/Sessões de formação				<input checked="" type="checkbox"/>	
Realizar sessão/Sessões de formação				<input checked="" type="checkbox"/>	
Avaliar sessão/Sessões de formação					<input checked="" type="checkbox"/>
Estruturar auditorias periódicas de manutenção					<input checked="" type="checkbox"/>

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Direção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 6º sinal vital. Registo sistemático da
intensidade da Dor

Nº circular: 03
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Genéticas

da Dor em todas as suas variantes.

- f) Avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Direção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de

- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios;

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

whenever he/she says it does" (McCaffery, 1968). Unfortunately, some patients cannot provide a self-report of pain verbally, in writing, or by other means, such as finger span (Obeidat, 2002) or blinking their eyes to answer yes or no questions (Pasero & McCaffery, 2011).

This position statement addresses five populations of patients who may be

Establish a Procedure for Pain Assessment

A procedure for evaluating pain presence and response to treatment should be instituted in each health care setting. The hierarchy of assessment techniques discussed above is recommended, and the fol-

Observation of Patient Behavior

Facial expressions such as grimacing, frowning, and wincing are often seen in critically ill patients experiencing pain (Purdillo et al., 2004). Physical movement, immobility, and increased muscle tone may indicate the presence of pain. Tearing and diaphoresis in the sedated, paralyzed, and ventilated patient represent autonomic responses to discomfort (Harrell-Ruth & Marsden, 1999). Behavioral pain tools are not appropriate for pharmacologically paralyzed infants, children,

Position Statement

Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations

*** Keela Hove, PhD, RN, AGSE, FAAN,*
Patrick J. Coyne, MSN, RN, APRN, FAAN,†
Margo McCaffery, MS, RN, FAAN,‡
Kevine Massareiros, PhD, RN, CR, APRN, PCNS-BC,§
and Sandra Herbel, MS, RN-BC,¶

Pain Management Nursing, Vol 12, No 4 (December), 2011; pp 230-250

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Pain, enquanto um facto vital de sinal de alarme, a dor não representa qualquer outro sintoma fisiológico para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que incluem alterações, avaliação e monitorização, que são essenciais para o aparecimento de re-equilíbrio orgânico e promovem a melhor resposta à prevenção do fenómeno doloroso.

O Programa Nacional de controlo da Dor baseia-se nos seguintes princípios orientadores:

- 1.1. **Subjetividade da dor** – No estado actual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, intrinsecamente, aquela que o doente sente. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal.
- 1.2. **A dor como "s" sinal vital** – A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde, tal como sucede a referida Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde.
- 1.3. **Direito ao controlo da dor** – Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbidade que lhe está associada.
- 1.4. **Dever de controlo da dor** – Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

A avaliação da dor é uma atividade que faz parte das funções e obrigações dos profissionais de Saúde por ser indispensável à melhoria dos cuidados de saúde. Atualmente não basta apenas realizar rituais para uma avaliação, prevenção e tratamento da dor, pois para além das pessoas terem o direito de não sofrer, vários fisiopatológicos resultantes de complicações associadas à dor não tratada e até secundárias (absentismo ao trabalho, à escola, o aumento dos tempos de internamento, de mobilidade e mobilidade) fazem com que seja uma prioridade.

Desde então que a avaliação da intensidade da dor torna-se vital e necessária. O objetivo deste trabalho é a sua implementação na prática dos cuidados em Portugal não se têm revelado tarefa fácil. O desenvolvimento de uma nova ferramenta (avaliação e registo da intensidade da dor), as dificuldades na sua execução tem especial relevo no grupo pediátrico, geriátrico, com incapacidade e nos Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) onde estão o foco.

Esta conceção multidimensional da dor tem implicações diretas na sua avaliação e controle ao exigir uma intervenção abrangente, abrangente e individualizada. Nas pessoas que sofrem de dor há de desenvolverem não apenas a verbalização, as suas alterações comportamentais são o melhor índice da dor.

Repercussões da dor

A dor está associada a uma resposta de stress neuroendócrina proporcional à sua intensidade e que resulta da ativação do sistema nervoso simpático e de reflexos mediados pelo hipotálamo. A dor, quando não controlada, tem o potencial de afetar quase todas as funções do organismo e de influenciar de forma adversa a mobilidade e a estabilidade.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



1. Comportamentais:

- ✓ expressão vocal: relato de dor, gritos, choros, suspiros;
- ✓ expressão facial: olhos secos e estreitos, hiperemia facial, compressão da linha palpebral, olhos lacrimejantes, contração e abertura boca, tessar do queixo, lagrimas ou profusa, olhos fechados e fixos num lugar e silêncio;
- ✓ expressão corporal: agitação (mover-se na cama e estender os membros fixos no estremo, hiperemia e pulso aumentado), prostração (inatividade pelo não movimento pouco amplo), atitude antálgica, arqueamento do tronco, localização e proteção da zona dolorosa sensível à dor;
- ✓ modificações comportamentais: sono agitado com despertar frequente, irritabilidade, apatia, mobilidade difícil, agitação ao contacto, diminuição de interação, indiferença à estimulação, posição e posição contínua e encoberta apenas interrompida pelo choro, expressão de emoções (alegria, surpresa, medo, raiva, desprazer) agressividade (morder, bater ou fugir, falta de cooperação).

2. Fisiológicas:

- ✓ sinais vitais: alteração dos sinais vitais, taquicardia, palidez, hipotensão, hipertensão intracraniana, ruborose, sudorese;
- ✓ alterações endócrino-metabólicas: libertação de hormonas que levam à mobilização de substratos e catabolismo como a libertação de cortisol, adrenalina, noradrenalina, corticóides, aldosterona, glucagone, hormonas do crescimento e aumento de lactato e testosterona.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ISSNn. 2181.2883 | ISSNp. 0876.0283
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12795/RNECOS>

ARTIGO DE REVISÃO

Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura

Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review
Seguimiento del dolor en pacientes en estado crítico: una revisión integradora de la literatura

Josina Moreira Ferreira Teixeira*
Marta Cláudia Duarte**

CONCLUSÃO: As escalas *BPS*, *BPAS* e *CPOT* são apontadas como as escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico. Os indicadores de dor referidos são a variação do diâmetro pupilar, a assincronia do ventilador, a inquietude e os movimentos do corpo, expressão facial e as vocalizações.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

SPCJ
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS

Resultados
Plano Nacional de Avaliação da Dor

Grupo Avaliação Dor

OBJETIVOS:
Embora as recomendações de sociedades científicas^{1,2,3} a adoção avaliação da dor em UCI não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é frequente^{4,5}, sendo de realçar a tendência para a subavaliação da intensidade da dor dos doentes críticos^{6,7,8}.

Portuguesa de Cuidados Intensivos (PNAC-SPCI) foi realizado o diagnóstico da situação que procurou conhecer como se avalia a dor do doente crítico internado nos Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesas. Verificou-se que 0% das UCIs não avaliavam a dor do doente crítico nem a resposta à terapêutica analgésica. 67% das UCIs utilizavam a Escala Visual Numérica para avaliar a intensidade da dor relatada pelo doente, embora este instrumento de avaliação da dor seja considerado o "gold standard" para a avaliação da dor e resposta à analgesia. Esta escala é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam, ou seja não é indicada para doentes críticos que estão submetidos a ventilação mecânica e sedados. Desta forma, verifica-se que apenas 26% das UCIs utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequados para esta tipologia de doentes críticos.

3.1 - ESCOLHA DOS ENFERMEIROS ENTRE A BPS E A ESCID

Após a utilização de ambas as escalas na avaliação da dor no doente crítico, 549 correspondendo a 52,5 % dos enfermeiros escolheram a BPS como a escala preferencial como instrumento a utilizar na avaliação da dor do doente em fase crítica, enquanto apenas 477 dos profissionais correspondendo a 46,3% da amostra. Após a utilização de ambas as escalas, os profissionais quando questionados de forma direta e objetiva sobre a escolha de uma delas para utilização na avaliação da dor nos doentes críticos, adultos, sedados e que não comunicam de forma verbal rotineira, a escolha preferencial foi pela BPS.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale* – *Intubated Patient* (BPS-IP/PT)

Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese version of the Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT)
Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la versión portuguesa de la escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT)

Lúcia Manuel Cunha Bralho¹; Ana Margarida Figueiredo^{2*}; Maria Marques^{3**}; Vera Bizaco^{4***}

Revista de Enfermagem Referência | Ano 8 - 5^o Tr. | Maio-Jun, 2018

pp.135-142

concordância intraclassa entre observações para o score total foi de 0,79.

A versão Portuguesa da BPS-IP/PT, quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica intubados nos cuidados intensivos, revelou ser válida e fiável.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

o the other
during pain
during the
procedure.




patients who are able to self-report pain intensity.^{1,7} However, when patients are unable to self-report their pain, valid and reliable behavioral pain scales such as the BPS and the CPOT are recommended in the clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit.¹

At the time of our study, BPS was more commonly used than CPOT because of its better psychometric properties and more frequent use in research studies.⁴ We used the BPS along with other

VALIDITY AND SENSITIVITY OF 6 PAIN SCALES IN CRITICALLY ILL, INTUBATED ADULTS

By Manooona Arif Rabbu, RN, PhD, CCRN; Mary Jo Cray, RN, PhD, AGNP; Pam Ferguson, RN, BSN, CCRN; Patsy Joseph, RN, BSN, CCRN; Sarah Sherman, MS, NCC; and R. K. Hawick, Jr, PhD

AEC | AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, November 2015, Volume 26, No. 6

Indicador	Item	Pontuação	Exemplo
Expressão Facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída – sobrancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída – pálpebras fechadas	3	
	Careta – esgar de dor	4	
Movimento dos Membros Superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1	
	Parcialmente flexidos	2	
	Muito flexidos com flexão dos dedos	3	
	Retraído, resistência aos cuidados	4	
Adaptação ao Ventilador	Tolera a ventilação	1	
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2	
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3	
	Incapaz de controlar a ventilação	4	
Total			

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Proposta:

2 avaliações por turno (Início e fim) e em SOS

Inclusão dos scores BPS total na folha de registo de Enfermagem



BPS = 3 [Sem dor] BPS ≥ 4 [Com dor] BPS = 12 [Com dor máxima]

estes indicadores e a frequência de avaliação são a mesma em todos os casos de doentes em cuidados intensivos. A pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima). O tempo estimado no seu preenchimento situa-se entre os 2 e os 5 minutos.

MISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Primeira fase

- Uniformizar procedimentos;
- Padronizar a avaliação e a monitorização da dor;
- Fornecer conhecimentos na avaliação da dor e a sua importância;
- Dar a conhecer uma escala que nos permita enquanto profissionais de saúde avaliar e monitorizar a dor do doente ventilado ou sedado.

Segunda fase

- Padronizar auditorias aos registos de Enfermagem (verificar se a escala implementada é utilizada);
 - Compreender a satisfação da equipa de Enfermagem;
- Compreender se a equipa considera a utilização desta escala uma mais-valia.

MISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Resultados/Discussão



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Conclusão



4,7). Um teste de normalidade sobre um intervalo para uma amostra de 1000000 de Anger (p=0,00 e 0,66 e um ICC entre observações para uma percentagem total de 0,79). Os autores concluíram que a escala quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica intubada em cuidados intensivos revelou-se válida, fiável e de fácil aplicação. 11

Apesar de válida e confiável a BPS não é uma escala perfeita, pois não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. A sua percentagem mínima começa em três em vez de zero, como na maioria das outras escalas. Os fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a condição física (fragilidade) do doente, o uso de restrição física para segurança (dispositivos terapêuticos, prevenção de auto-haustagem, estabilização de articulações) influenciam a capacidade do doente sobre os movimentos dos membros e permanecem algumas ambiguidade em relação aos itens de indicação adaptada ao ventilador.

Apesar de existirem instrumentos de avaliação válidos, estes ainda não são implementados usualmente e quando o são, nem sempre são escolhidos os métodos e as escalas mais adaptadas, se cumprem os passos metodológicos específicos de cada uma ou se tomam decisões clinicamente acertadas na resolução de problemas práticos que a avaliação da intensidade da dor nos coloca.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Conclusão



Apresenta-se de seguida os resultados desta monitorização:

1. Verificou-se uma taxa de adesão ao PNAD de 96% dos enfermeiros que trabalham nas UCI's que participaram no estudo;
2. Enfermeiros de referência indicaram que as principais dificuldades sentidas na formação do grupo foram: o tempo para formar a equipa na totalidade (47%), a interpretação das escalas (15%) e o conhecimento reduzido sobre a temática (10%), refere-se ainda que 28 % não sentiu qualquer dificuldade;
3. As principais dificuldades sentidas indicadas pelo grupo foram: interpretação das escalas (40%), os critérios de inclusão e exclusão definidos (25%), falta de conhecimentos sobre a temática (7%), os enfermeiros de referência indicaram que o que teve na base das dificuldades sentidas foram: a falta de tempo (40%), a conjuntura organizacional (24%), a falta de motivação (19%) e a falta de reconhecimento/envolvimento das chefias (2%);
4. Quanto aos principais pontos fortes na implementação, os enfermeiros de referência indicaram: a sensibilização/motivação para a avaliação da dor (55%), as potencialidades do PNAD (17%), a implementação de um instrumento para a avaliação da dor (15%) e o facto de a formação ser uniformizada (9%).

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Avaliar e monitorizar a dor no doente crítico em UCI torna-se um desafio porque estes são alvo de um processo saúde-doença caracterizado por uma enorme instabilidade e porque os profissionais que trabalham nesta área estão muitas vezes focados no problema inicial e não na dor que daí advém, tomando todo o tratamento mais moroso.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O desafio da avaliação da dor nestes doentes passa por entender que a dor é mais do que um fenómeno subjetivo e multidimensional, é um fenómeno sob o qual a pessoa não consegue expressar-se nem exteriorizar sinais ou sintomas.



Surge a necessidade de encontrar ferramentas que nos permitam, avaliar a dor, monitorizá-la de forma a prestarmos cuidados de saúde de qualidade, holísticos e diferenciados, e aumentando a humanização dos cuidados em UCI.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Bibliografia

- Batalha LMC. Avaliação da dor. Coimbra: ESEnFC; 2016 (Manual de estudo – Versão 1). Acedido a 5 de Novembro de 2017 em <https://repositorio.esenfc.pt/brata/index.php?process=download&id=120681&code=4454159798001777d637a7194e68c721a18086>
- Herr K, Coyne, P.J, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. Pain Management Nursing, Vol 12, No 4 (December), 2011: pp 230-250 Acedido a 5 de Novembro de 2017 em http://www.asakpain.ca/images/pdf/patient_unable_clinical_practice.pdf
- Ministério da Saúde. Peredo J, Ribeiro A, Lopes H, Pimental J, Pedrosa J, Vasconcelos e Sá R, e Moreno R. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Relatório Final. Despacho 4320/2013. Diário da República N.º 59, 2ª série de 25 de Março de 2013. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003. A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directoras-de-dga/homens-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9/dgcoj-de-14062003.aspx>
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, no âmbito da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas/de-sistema/saude-de-a-e-o-plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-perp-dor.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao/CE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoas em Situação Crítica. Lisboa. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao/CE/Regulamento/Competencias/Personas/Situacao/Critica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Grupo de Avaliação da Dor. Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em https://spci.pt/files/2018/03/Relatorio_Final_GA01.pdf
- Teixeira JMF, Durão MC. Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 10 - julho/ago. 2016. pp.135-142. Acedido a 5 de Novembro de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rev/2016/v10/rev10a15.pdf>

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

**Agradeço a vossa
atenção e colaboração**

Joana Carvalho
m36767@alunos.uevora.pt

APÊNDICE 13 – Questionário de avaliação da sessão de formação e formador

Questionário de avaliação da sessão de formação e formador

Sessão: Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado em UCI: Behavioral Pain Scale

Data: 24 de janeiro de 2018 – 14:00h

Formador: Joana Carvalho (aluno do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

A sua opinião é importante, agradece-se desde já a colaboração no preenchimento do questionário para que possamos melhorar.

Este questionário é anónimo

Enf. Cuidados Gerais	<input type="checkbox"/>
Enf. Especialista	<input type="checkbox"/>
Anos de experiência profissional	

Marque com um ☒, utilizando a seguinte escala de avaliação:




	Discordo totalmente	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1. Foram cumpridos os objetivos da sessão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Considera importantes os conteúdos apresentados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Considera que os conteúdos da sessão são importantes para o seu desempenho profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que adquiriu novos conhecimentos sobre a avaliação e monitorização da dor no doente sedado e ventilado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Considera que a bibliografia utilizada foi adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que, com esta sessão, vai prestar melhores cuidados ao doente sedado e ventilado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sente que utilizando a BPS é possível mensurar a qualidade dos cuidados prestados e a resposta do doente face a esses cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sente-se capaz de avaliar e monitorizar a dor no doente sedado e ventilado através da BPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se respondeu "Discordo totalmente" à pergunta anterior, indique, por favor, um problema/barreira que considera existir para a utilização da BPS no serviço UCIDEM.				
10. Sente que daqui a um ano continuará a avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado e sedado através da BPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestão na implementação do projeto "Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado em UCI: Behavioral Pain Scale"				
a) Considera que a metodologia utilizada nesta sessão de formação pelo formador foi adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Considera que a forma de exposição utilizada pelo formador permitiu a melhor compreensão sobre o assunto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Considera que o formador conseguiu motivar a equipa a adotar o projeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Considera que o formador conseguiu motivar a cada elemento da equipa a investir na sua formação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestões ao formador nas suas futuras intervenções de sessão de formação				

Agradeço a sua disponibilidade

Joana Carvalho (m36767@alunos.uevora.pt)


APÊNDICE 14 – Folheto entregue na sessão de formação

Avaliar e monitorizar a dor no doente ventilado e sedado em UCI: *Behavioral Pain Scale*

Indicador	Item	Pontuação	Exemplo
Expressão Facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída – sobrançelas franzidas	2	
	Completamente contraída – pálpebras fechadas	3	
	Careta – esgar de dor	4	
Movimento dos Membros Superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1	
	Parcialmente fletidos	2	
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3	
	Retraído, resistência aos cuidados	4	
Adaptação ao Ventilador	Tolera a ventilação	1	
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2	
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3	
	Incapaz de controlar a ventilação	4	
Total			

Joana Isabel Trindade Carvalho, Licenciada em Enfermagem, Aluna do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Universidade de Évora, m36767. (m36767@alunos.uevora.pt)

Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro, Professor Doutor em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (a.pedro@essp.pt)



APÊNDICE 15 – Resultados da avaliação dos questionários

Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação

Sessão: Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado em UCI: Behavioral Pain Scale

Data: 24 de janeiro de 2018 – 14:00h

Formador: Joana Carvalho (aluno do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.



Enf. Cuidados Gerais	8/15
Enf. Especialista	7/15
Anos de experiência profissional	Média 15 anos

- ✓ Número total de enfermeiros: 27
- ✓ Número de Enfermeiros do serviço que assistiram à formação: 15
- ✓ Outras presenças: 2 alunas de especialidade
- ✓ Considerou-se para efeito de avaliação da sessão o número total de 15.

- ✓ À pergunta número 1, 10 (66%) responderam concordo totalmente, 5 (33%) responderam concordo.
- ✓ À pergunta número 2, 15 (100%) responderam concordo totalmente.
- ✓ À pergunta número 3, 12 (80%) responderam concordo, 3 (20%) responderam concordo totalmente.
- ✓ À pergunta número 4, 15 (100%) responderam concordo totalmente.
- ✓ À pergunta número 5, 15 (100%) responderam concordo totalmente.
- ✓ À pergunta número 6, 15 (100%) responderam concordo totalmente.
- ✓ À pergunta número 7, 5 (33%) responderam concordo totalmente, 7 (46%) responderam concordo, 3 (20%) responderam sem opinião.
- ✓ À pergunta número 8, 10 (66%) responderam concordo totalmente, 5 (33%) responderam concordo.
- ✓ À pergunta número 9, 8 (53%) responderam concordo totalmente, 7 (46%) responderam concordo.
- ✓ Ao pedido de Sugestão na implementação do projeto "Avaliação e Monitorização da dor no doente sedado e ventilado em UCI: Behavioral Pain Scale", a única sugestão obtida foi a inclusão ou início de projeto no serviço da avaliação do nível de sedação através de uma escala validada que viesse a fazer parceria com a escala BPS.

APÊNDICE 16 – Estudo de caso elaborado durante o estágio 1, UCI2, Badajoz

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – ESTÁGIO 1

ESTUDO DE CASO:

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM ASSITOLIA

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof. Dr.ª Maria da Graça Gama

Enfermeiro Orientador: Enf. Óscar Rina

Joana Isabel Trindade Carvalho - m36767

junho

2017

Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem em Associação

I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – Estágio 1

Estudo de Caso:

Doação de Órgãos em Assistolia

Docente Responsável da Unidade Curricular: Prof. Dr.^a Maria Da Graça Gama

Enfermeiro Orientador: Enf. Óscar Rina

Joana Isabel Trindade Carvalho - m36767

junho

2017

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

BIS – Bispectral Index Scale

Cc – centímetro cúbico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Electrocardiograma

EV – Endovenoso

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica]

INVOX – Invivo Optical Spectography

Kg – Quilograma

mcg – Micrograma

mg/dl – Miligrama/decilitro

mg – Miligrama

ml – Mililitro

mmHg – Milímetros de Mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIV - suporte Imediato de vida]

SF – Soro Fisiológico

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

VOS – Ver, Ouvir, Sentir

TOT – Tubo orotraqueal

ÍNDICE

f

INTRODUÇÃO	10
1. CASO CLÍNICO.....	12
1.1. GENOGRAMA	13
2. DOENTE CRITICO	15
2.1. PARAGEM CARDIORESPIRATORIA.....	15
2.2. SBV	16
2.3. SAV	17
3. PROJETO TERAPEUTICO DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	19
3.1. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	19
4. ANÁLISE DO CASO CLÍNICO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

ÍNDICE DE IMAGENS

f

Imagem 1 – Genograma familiar do senhor A.N., adaptado de Rakel, RE, segundo Rebelo (2007:309)
..... 13

ÍDICE DE TABELAS

f

Tabela 1 - Plano de Cuidados de Enfermagem 21

ÍNDICE DE ANEXOS

f

Anexo 1 – Protocolo de Doação de órgãos em Assistolia do Hospital Infanta Cristina (adaptado) 41

Anexo 2 – Algoritmo SAV segundo Manual de Suporte Avançado de Vida – INEM Departamento de Formação em Emergência Médica (2006)..... 43

Anexo 3 – Algoritmo SAV segundo Manual de Suporte Avançado de Vida – INEM Departamento de Formação em Emergência Médica (2006)..... 45

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica – Estágio 1, foi-nos proposto a elaboração de um Estudo de Caso.

Este Estágio 1 inseriu-se na componente teórico-prática do I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, do Mestrado em Associação da Universidade de Évora. Teve local no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos 2 do Hospital Infanta Cristina, na cidade espanhola de Badajoz, uma Unidade de Cuidados Intensivos polivalente e de primeira linha.

Segundo Fortin, “a investigação científica serve para descrever acontecimentos, verificar dados ou hipóteses, prever e controlar fenómenos” (Fortin, 1996:23). Torna-se importante a investigação para o desenvolvimento do conhecimento e fomento de práticas adequadas e melhoradas. Investigar é um dos traços fundamentais do Enfermeiro Especialista que promove práticas baseadas no desenvolvimento do conhecimento, bem como “levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Galdeano, Rossi e Zago (2003:372), apontam que “os estudos de casos foram os precursores dos planos de cuidados, que, por sua vez, constituíram-se nas primeiras expressões do Processo de Enfermagem, tão discutido atualmente”, destacando ainda que é a prova de como a Enfermagem se organiza e organiza o seu método de trabalho, baseando as suas ações na análise das necessidades do doente, adequando os seus cuidados.

Elaborar um Estudo de Caso no âmbito da prática em contexto real torna-se uma possibilidade para o Enfermeiro de cuidados gerais adquirir competências no âmbito da investigação na construção do seu perfil profissional como Enfermeiro especialista

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, gere e presta cuidados em processos complexos de doença contribuindo, através do conhecimento aprofundado e competências, para a manutenção do bem-estar e da vida, exigindo a aptidão de identificar e responder de forma antecipada em situações de instabilidade (OE, 2010).

Para atingir o objetivo proposto para conclusão desta Unidade Curricular, será utilizada a metodologia de estudo de caso, que, segundo Fortin (1996:164) permite a exploração intensiva e o aumento do conhecimento de um indivíduo, família, comunidade ou cultura.

Assim, o objetivo deste trabalho centra-se em elaborar um plano de cuidados de Enfermagem de nível especializado, segundo a metodologia do processo de Enfermagem, para a pessoa com processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo-se neste caso específico, abordado também a doação de órgãos.

Definimos então os seguintes objetivos específicos: (1) Aprofundar conhecimentos sobre um utente em situação crítica nas suas diferentes dimensões (fisiopatologia, biopsicossocial, espiritual e cul-

tural); (2) Compreender os processos fisiopatológicos, biológicos e sociais do doente crítico enquanto doador de órgãos; (3) Elaborar um plano de cuidados de Enfermagem de nível especializado, segundo a metodologia do processo de Enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], à pessoa doadora de órgãos e à sua família.

No curso deste trabalho far-se-á primeiramente uma descrição do caso clínico e do genograma familiar. De seguida uma breve abordagem ao doente crítico e uma breve revisão bibliográfica sobre Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida. No terceiro capítulo consta o Projeto Terapêutico de Equipa bem como plano de cuidados delineado. Seguem-se as considerações finais e por fim as referências utilizadas.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA].

1. CASO CLÍNICO

Indivíduo do sexo masculino, A.N., de 45 anos de idade, raça eurocaucasiana, residente em Badajoz. Vive com a esposa da mesma idade. Funcionário do Estado, trabalhador da Câmara Municipal de Badajoz. Tem duas filhas mulheres de 25 e 23 anos que vivem com o casal. Chega ao serviço de UCI, trazido pelo serviço de Emergência espanhol no dia 7 de junho de 2017 cerca das 14:20h (hora local) com status pós PCR [Paragem Cardiorrespiratória]. Encontrado caído na via pública a cerca de 150 metros da sua residência, uma queda presenciada por duas testemunhas que chamaram o 112. A viatura da emergência médica quando chegou iniciou manobras de SBV [suporte Básico de Vida] com SAV [Suporte Avançado de Vida]. Transportando de seguida o doente para o Hospital Infanta Cristina que se encontrava a cerca de 2 minutos de distância do local da ocorrência. Tem como antecedentes pessoais conhecidos hábitos tabágicos e alcoólicos acentuados. Segundo informação da esposa e filhas, até ao acontecimento era autónomo na vida diária e sem antecedentes clínicos conhecidos nem medicação do domicílio

À entrada apresentava-se não reativo a estímulos, com um Score de Glasgow de 3, sob administração contínua de sedoanalgesia (Propofol 2% a 10cc/h e Fentanilo 0,60mcg a 3cc/h), ventilado com tubo Orotraqueal na modalidade de Ventilação Controlada por Volumes, geralmente adaptado e bem oxigenado. Apresentava secreções brônquicas mucopurulentas em grande quantidade e sialorreia gelatinosa em moderada quantidade.

A pele íntegra, sudada e fria, com as extremidades cianosadas. Estava com monitorização cardíaca e com oximetria de pulso.

Apresentava dois acessos venosos centrais de acesso periférico, um em cada membro superior: um com perfusão de SF e perfusão de Dextrose a 10%; e o outro com as perfusões sedoanalgésicas.

Tinha SNG [Sonda Nasogástrica] em drenagem passiva a drenar um líquido sugestivo de biliar em pequena quantidade. Sonda Vesical funcionante a drenar urina concentrada em moderada quantidade. Apresentava uma dejeção semipastosa de características castanhas.

Apresentava-se hemodinamicamente estável com um traçado cardíaco em ritmo de taquicardia sinusal.

À chegada ao serviço inicia protocolo de entrada na UCI: perfusões contínuas de Fentanilo (5 ampolas em 100 cc de SF [Soro Fisiológico] (0.75 mcg de Fentanilo em 100cc de SF) a 10 cc/h, e de Propofol a 2% a 10cc/h.

É avaliado pela equipa médica residente que coloca cateter venoso central na veia jugular direita e cateter arterial na artéria radial direita. Retirados anteriores acessos venosos e feitos os pensos de ambos os locais de inserção.

Monitorizados sinais vitais e neurológicos. Colocada monitorização BIS [Bispectral Index Scale] que permite avaliar e monitorizar o nível de sedação do doente e INVOS [In vivo Optical Spectrography] que permite avaliar e monitorizar a saturação periférica regional cerebral bilateral.

Foram feitas colheitas de sangue para análise bioquímica, hemograma, coagulação, tipagem e gasometria arterial e venosa. Feita colheita de urina para análise. Realizado ECG [Electrocardiograma] de 12 derivações e TAC CE [Tomografia axial computadorizada Crânio Encefálica].

Feita avaliação inicial objetiva e anamnese. Houve possibilidade reduzida de colher dados junto da esposa que se ausentou por se apresentar nervosa e ansiosa.

Sendo diagnosticado status pós PCR, morte cerebral, contactada a Equipa de decisão clínica de doação de órgãos para se proceder a decisão clínica. No dia seguinte, 8 de junho de 2017 é atribuído a este doente estatuto de doador de órgãos em assistolia pelo mau prognóstico apresentado.

Contactada a família pela Equipa de Decisão Clínica de Doação de Órgãos.

Nesse mesmo dia são prestados os cuidados de Enfermagem ao doente enquanto dador de órgãos em assistolia. Mantem monitorização cardíaca, monitorização da pressão arterial invasiva, suporte ventilatório e terapêutico medicamentoso. Retirada monitorização BIS e INVOS. Feita higiene corporal segundo protocolo de Doação de órgãos em Assistolia do Hospital Infanta Cristina (Anexo 1).

1.1. GENOGRAMA

“A Família é quem a família diz que é” (Wright, Watson & Bell, 1996 citado por Wernet, 2000). Na legislação sobre a organização do Ministério da Saúde e Assistência, pelo Dec. Lei n413/71, de 27 de setembro, a família é tida como a unidade básica do desenvolvimento do ser humano e torna-se num alvo dos cuidados de saúde e assistência.

A introdução da ficha familiar nos Cuidados de Saúde Primários veio evidenciar a família como uma unidade à qual se presta cuidados de saúde e tornou-se alvo de processos de conhecimento e investigação. Estes, para que melhor se compreendam e simplifiquem na forma de estudar são apresentados em forma de esquema por genogramas ou ecomapas.

O genograma consiste no registo gráfico da composição da família dando um rápido panorama da posição que o individuo em questão ocupa na vida familiar. Assim, foi elaborado o genograma familiar do Senhor A.N., conforme os dados fornecidos aquando da admissão na UCI, com figuras adaptadas de Rakel (2002) citado por Rebelo (2007:309).

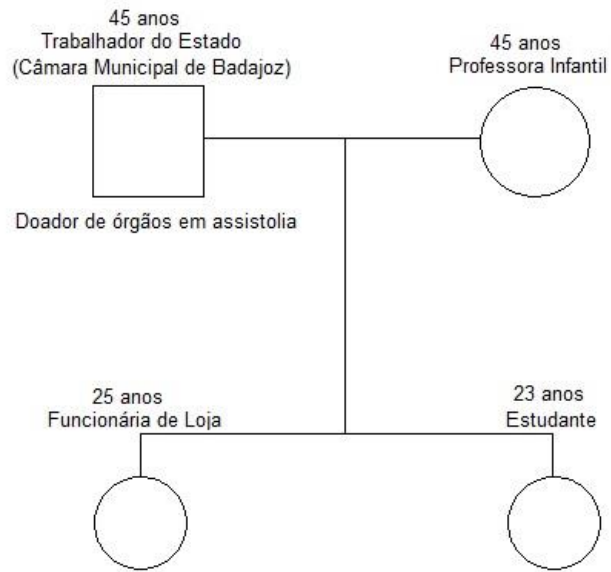


Imagem 1 – Genograma familiar do Senhor A.N, adaptado de Rakel RE, segundo -Rebelo (2007:309)

J.N. era o chefe de família. Casado com a sua esposa e tinha duas filhas que viviam com o casal. Após a entrada do doente foi possível à família realizar uma visita breve na qual conseguimos perceber alguma história familiar e a sua dinâmica. Segundo informação da filha mais velha do casal, esta família seria destruída pois o casal não mantinha relação de casamento e refere à equipa de auxiliares de Enfermagem que “há muito tempo esperavam que houvesse uma tragédia pela vida alcoolizada que o pai levava”.

2. DOENTE CRÍTICO

O doente crítico necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, tendo muitas vezes o enfermeiro um papel preponderante nesta abordagem. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015).

Segundo a OE (2010), “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

De acordo com o Regulamento nº 361/2015, os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

2.1. PARAGEM CARDIORESPIRATORIA

O INEM [Instituto Nacional de Emergência Médica] é perentório em afirmar que “Quando surge uma paragem cardíaca e/ou respiratória as hipóteses de sobrevivência para a vítima variam em função do tempo de intervenção”, e que “a probabilidade de sobrevivência e recuperação nessas situações depende da capacidade de quem presencia o acontecimento”.

Uma situação de paragem cardiorrespiratória na via pública poderá não ser comum e o cidadão ainda não consegue reagir face a uma situação como esta, excetuando o pedido de socorro. A cadeia de sobrevivência é considerada a primeira linha de conhecimento acerca das atitudes a tomar face a uma situação emergente, e o INEM aponta três atitudes fulcrais que podem fazer a diferença nestas situações: pedido de ajuda acionando de imediato o sistema de emergência médica; iniciar de imediato manobras de SBV de qualidade; e aceder à desfibrilhação tão precocemente quanto possível, sempre que indicado.

No entanto, a falta de conhecimento da população em geral face à situação de emergência torna todo este processo ainda um mundo muito desconhecido.

A importância dos quatro elos da cadeia de sobrevivência, bem como o conhecimento dos mesmos, determina o futuro de um processo eminente de morte, bem como a possibilidade de existirem possibilidade de sobrevivência.

São quatro os elos da cadeia de sobrevivência da vítima adulta:

1. pronto reconhecimento e pedido de ajuda (112), para prevenir a PCR;
2. SBV precoce e de qualidade, para ganhar tempo;

3. Desfibrilhação precoce, para restabelecer a atividade elétrica do coração;
4. Cuidados pós reanimação (SAV), para melhorar a qualidade de vida.

2.2. SBV

O Suporte Básico de Vida surge neste Estudo de caso pela importância de ser abordado como plataforma de atuação que permite iniciar cuidados efetivos que possibilitem o ganho de tempo até uma equipa de saúde diferenciada chegue até a Vítima.

O algoritmo do SBV (Anexo 2) deveria ser do conhecimento geral da população e existem atualmente esforços coletivos dos profissionais de saúde no sentido da sua larga divulgação.

Acredita-se que nos países ocidentais umas das principais causas de morte são as doenças cardiovasculares, segundo informação do INEM (Manual de Suporte Avançado de Vida, 2011). A mesma fonte afirma que o Suporte Básico de Vida é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas que tem como objetivo reconhecer as situações de perigos de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivos, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e cardíaco.

O SBV implica a fase de Avaliação inicial; a manutenção da via aérea permeável e a fase das compressões torácicas e ventilação com ar expirado. Estas três fases seguem a metodologia “ABC” pelas iniciais dos termos na língua inglesa (Manual de Suporte Avançado de Vida, 2011): A – Via Aérea (Airway); B – Ventilação (Breathing) e C – Circulação (Circulation). No entanto para abordar qualquer tipo de situação é sempre e imprescindível avaliar as condições de segurança antes de qualquer abordagem à vítima.

Esta avaliação deverá ser executada com a vítima em decúbito dorsal e as compressões sempre executadas em plano duro. Sempre que seja necessário posicionar a vítima este procedimento deve fazer-se segundo a técnica de posicionamento em bloco.

Para se iniciar todo este processo deverão ser avaliadas as condições de segurança e após haver condições de segurança para a abordagem da vítima deve-se proceder ao estado de consciência da vítima, fazendo perguntas claras em voz altas “Está bem? Sente-se bem?” enquanto se toca sobre os dois ombros. No caso estudado, apesar de ter sido uma queda na via pública e presenciada, nenhuma das testemunhas detinha conhecimentos para iniciar todo este processo.

Seguindo o algoritmo do SBV, segue-se a permeabilização da via aérea e deve-se avaliar a existência de ventilação. Efetua-se o VOS – Ver, Ouvir e Sentir a respiração, quando existente, durante os dez segundos. Quando se declara que a vítima não respira deve-se chamar de imediato o 112.

Segundo informação que se obteve junto dos profissionais do 112 as testemunhas apenas acionaram este serviço. Iniciaram então a fase do pedido de ajuda, em que a vítima não respondeu. Ainda

segundo informação do 112, telefonicamente as testemunhas apenas indicaram que viram um homem cair na via pública, não respirava e que tinha cerca de 50 anos.

Neste momento deveriam ter sido iniciadas compressões torácicas, que apenas foram iniciadas quando a equipa diferenciada chegou até à vítima. As compressões torácicas seguem o algoritmo de a cada 30 compressões torácicas se seguem 2 insuflações e que todo este processo se deve continuar até à chegada de ajuda diferenciada; até à exaustão das pessoa que estão a executar este processo ou até que haja qualquer movimento da vítima, abertura dos olhos ou seja restabelecia a respiração normal.

2.3. SAV

O Suporte Avançado de Vida é executado por equipas médicas diferenciadas e implica a utilização de fármacos, ventilação por entubação traqueal, monitorização cardíaca e desfibrilhação elétrica. É iniciado com as manobras de SBV não sendo possível existir se as manobras SBV não acontecerem. É colocado o algoritmo em anexo e descrito apenas o procedimento executado, segundo informação passada pelo médico do 112 espanhol.

O algoritmo do SAV (Anexo 3) iniciou-se com o SBV aquando da chegada da equipa diferenciada ao local. Segundo informação que foi transmitida ao médico assistente à chegada do serviço foram iniciadas manobras de SBV, iniciados os dois minutos correspondentes a 5 ciclos de 30:2 (trinta compressões para cada duas insuflações), procedeu-se à aplicação das pás multifunções e avaliaram ritmo cardíaco. O doente apresentava na primeira avaliação de ritmo um ritmo não desfibrilhável – uma assistolia. Após a equipa ter confirmado os elétrodos e a visualização o monitor foi efetuado novamente dois minutos de SBV e administrada 1mg de Adrenalina EV. Após 2 minutos de SBV foi mais uma vez avaliado o ritmo cardíaco. O doente apresentava um ritmo compatível com pulso no monitor, foi efetuado o VOS e o doente não apresentava pulso nem respiração. Foi aplicado um primeiro choque de energia submáxima por estarem com um desfibrilhador bifásico e iniciado novo ciclo de SBV durante dois minutos. Foi colocado TOT (número 7,5 a Nível 24) e garantida a via aérea. Após esses dois minutos foi avaliado novamente o ritmo cardíaco. O doente possuía um ritmo cardíaco compatível com pulso. Efetuado VOS. O doente respirava e apresentava pulso periférico. O doente foi transportado para o serviço de UCI sem passar pelo serviço de Reanimação nem pelo serviço de Urgência. Foram prestados os cuidados pós reanimação já na UCI. Apresentava sinais vitais à chegada de Pressão Arterial 89/45 mmHg, Frequência Cardíaca de 112 bpm, SpO2 de 92%, Dor = 0, Temperatura Axial de 35,8°C.

3. PROJETO TERAPÊUTICO DE EQUIPA

Um projeto terapêutico de equipa requer a participação individual do doente e deverá ter a participação coletiva dos diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Segundo Organização Mundial de Saúde [OMS] (1988), “uma equipa é constituída por um conjunto de indivíduos com características semelhantes, que se inter-relacionam regularmente, com vista a atingir um objetivo comum, tendo como base a cooperação entre os elementos, que mantêm um contacto regular e próximo.”

Uma equipa multidisciplinar é constituída por profissionais de diversas áreas que deverão partilhar objetivos comuns; ter por base a compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um no seio da equipa, devendo existir também adequados recursos humanos e materiais; cooperação ativa e confiança mútua; liderança adequada e eficaz; rede de comunicação circular, aberta, multidirecional e por último, mecanismos de feedback e de avaliação (OMS, 1988).

Momentos de discussão da situação do doente onde todos os elementos da equipa multidisciplinar, definição de objetivos terapêuticos, propostas de intervenção e por fim a avaliação dos resultados devem coexistir entre a equipa. O doente terá assim ao seu dispor, uma equipa de referência ao longo de todo o internamento, com a qual poderá contar, não inviabilizando possíveis referências para outras especialidades/profissionais.

No caso evidenciado do senhor J.N., além dos médicos e enfermeiros, estão envolvidos no seu projeto terapêutico os técnicos de diagnóstico e terapêutica e a equipa de decisão clínica de doação de órgãos do Hospital constituída por medico, enfermeiro e psicóloga.

Neste plano foi também incluída a família e foram traçados objetivos e delineadas ações que visam a diminuição do stress pela doença e pela morte, e o ensino ao nível da preparação para a conversa que ocorrerá com a equipa de decisão clínica de doação de órgãos.

3.1. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A CIPE

O Plano de Cuidados que se segue foi elaborado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Esta constitui um sistema de linguagem unificado da Enfermagem, com uma terminologia funcional para a sua aplicabilidade na prática, tendo vindo a consolidar-se mundialmente como uma tendência para a padronização da comunicação e troca de informação entre enfermeiros.

A CIPE, para além de constituir um instrumento de informação, visa também a representação da prática de Enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde, descrevendo a prática de Enfermagem e ainda fornecendo dados que identifiquem a contribuição de Enfermagem nos cuidados de saúde. Esta classifica Fenómenos de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem.

Este plano de cuidados centra-se na realidade CIPE, no entanto a realidade espanhola não possibilitou que todas estas intervenções fossem realizadas. Far-se-á uma compressão mais aprofundada desta situação nas considerações finais e na comparação entre as duas realidades.

As Intervenções de Enfermagem foram adequadas de acordo com os Diagnósticos de Enfermagem atribuídos a cada Foco de Atenção e os Objetivos traçados. A cada Intervenção foi-lhe atribuído um horário adequado. De notar que ao ser atribuído “sem horário” a uma Intervenção, esta surge uma vez em cada turno.

Plano de Cuidados de Enfermagem

Data de Início	Fenómeno de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de termo
	Autocuidado: Higiene	Autocuidado Higiene Dependente em grau elevado	Promover o conforto no autocuidado: higiene	- Avaliar Autocuidado: higiene	Agora/SOS	
				- Dar banho na cama	Turno fixo: 8-16h	
				- Lavar a boca	Turno fixo: 8-16h	
				- Gerir ambiente	Sem Horário	
	Autocuidado: Vestuário	Autocuidado Vestuário Dependente em grau elevado	Promover a acessibilidade ao doente	- Avaliar Autocuidado: vestuário	Agora/SOS	
	Autocuidado: Alimentar-se	Autocuidado Alimentar-se Dependente em grau elevado	Prevenir a mal nutrição	- Avaliar Autocuidado: alimentar-se	Agora/SOS	
					Doente em dieta zero	
	Autocuidado: Beber	Autocuidado Beber Dependente em grau elevado	Promover ingestão de líquidos eficaz	- Avaliar Autocuidado: beber	Agora/SOS	
				- Planear a ingestão de líquidos	Agora	
				- Administrar líquidos	Sem Horário	
				- Gerir a ingestão de líquidos	Sem Horário	
			Gerir eliminação	- Avaliar Autocuidado: Uso do sanitário	Agora/SOS	

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

Autocuidado: Uso do Sanitário	Autocuidado Uso do sanitário: Dependente em grau elevado		- Otimizar fralda	Sem Horário	
			- Otimizar sonda vesical	Sem Horário	
			- Assistir no uso do sanitário	Sem Horário	
			- Vigiar eliminação intestinal	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Vigiar eliminação urinária	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Monitorizar eliminação urinária	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Monitorizar eliminação vesical	Hora Fixa: 7h; 15h; 23h	
Posicionar-se	Posicionar-se Dependente em grau elevado	Aliviar zonas de pressão	- Avaliar o posicionar-se	SOS	
			- Posicionar	De x em x horas: 3h/3h horas	
Transferir-se	Transferir-se Dependente em grau elevado	Promover conforto	- Avaliar o transferir-se	Agora/SOS	
Sedação	Doente sedado	Monitorizar o nível de sedação	- Avaliar sedação através da Escala de RASS	Hora fixa: 7h; 15h; 23h	
Infeção	Risco de Infeção Presente	Prevenir infeção	- Avaliar risco de infeção	Agora/Turno fixo: 8-16h	
			- Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso central	De x em x dias: 5/5 dias/SOS	
			- Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial	De x em x dias: 5/5 dias/SOS	
			- Trocar cateter venoso central	De x em x dias: 10/10 dias/SOS	

			- Trocar cateter arterial	De x em x dias: 10/10 dias/SOS	
			- Otimizar cateter venoso central	Sem Horário	
			- Otimizar cateter arterial	Sem Horário	
			- Vigiar Sinais inflamatórios do local de inserção do cateter venoso central	Sem Horário	
			- Vigiar Sinais inflamatórios do local de inserção do cateter arterial	Sem Horário	
			- Vigiar penso do cateter venoso central	Sem Horário	
			- Vigiar penso do cateter arterial	Sem Horário	
			- Remover cateter venoso central	SOS	
			- Remover cateter arterial	SOS	
			- Vigiar sinais inflamatórios pela presença de cateter urinário	Sem Horário	
			- Trocar cateter urinário	De x em x dias: 10/10 dias/SOS	
			- Remover cateter urinário	SOS	
			- Otimizar cateter urinário	Sem Horário	
			- Monitorizar temperatura corporal	De x em x horas: 1h/1h hora	
Dor	Risco de Dor	Aliviar Dor	- Monitorizar dor através da escala numérica	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Vigiar dor	Sem Horário	
			- Gerir medidas não farmacológicas	SOS	
Queda	Alto risco de queda	Prevenir Queda	- Avaliar risco de queda	Agora/De x em x dias: 2/2 dias	
			- Otimizar ambiente físico	Sem Horário	
			- Manter grades da cama	Sem horário	

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

			- Gerir a atividade do doente	Sem horário	
			- Vigiar comportamento	Sem Horário	
Agitação	Risco de Agitação	Promover a segurança	- Avaliar agitação	Agora/SOS	
			- Otimizar imobilização	Sem horário	
			- Aplicar dispositivo de imobilização	Agora/SOS	
			- Executar medidas de segurança	Agora	
			- Gerir medidas de segurança	Sem horário	
Confusão	Risco de Confusão	Monitorização Neurológica	- Monitorização neurológica pela Escala de Coma de Glasgow	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Monitorização da reatividade pupilar	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Monitorização de BIS	De x em x horas: 1h/1h hora	
			- Monitorização de INVOX	De x em x horas: 1h/1h hora	
Comunicação	Comunicação Comprometida por sedação	Gerir comunicação	- Avaliar comunicação	Agora/SOS	
			- Incentivar comunicação (estimulação de audição)	Sem Horário	
			- Otimizar comunicação (estimulação de audição)	Sem Horário	
Pele	Risco de comprometimento da integridade cutânea	Otimizar pele	- Avaliar a pele	Agora/De x em x dias: 2/2 dias	
			- Avaliar a integridade da pele	Agora/De x em x dias: 2/2 dias	
			- Limpar a pele	Sem Horário	
			- Manter a pele seca	Sem Horário	
			- Aplicar creme	Sem Horário	

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

	Úlcera por Pressão	Alto risco de úlcera por pressão	Prevenir úlcera por pressão	- Avaliar risco de úlcera por pressão	Agora/De x em x dias: 2/2 dias	
				- Providenciar dispositivos para prevenção de úlcera por pressão	Agora	
				- Aplicar dispositivos para prevenção de úlcera por pressão	Agora	
				- Avaliar zonas de pressão através de dispositivos	Sem horário	
				- Vigiar sinais de úlcera por pressão	Sem horário	
	Ventilação	Ventilação Mecânica presente	Garantir respiração eficaz	- Avaliar ventilação	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Vigiar adaptação ao ventilador	Sem horário	
				- Monitorizar parâmetros e modalidade ventilatória	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Gerir oxigenoterapia	Sem horário	
				- Otimizar inaloterapia	Hora fixa: 7h; 15h; 23h	
				- Monitorizar a saturação periférica de oxigénio	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Monitorizar frequência respiratória	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Elevar a cabeceira da cama para prevenção da PAV [Pneumonia Associada ao Ventilador]	Sem horário	
	Limpeza das Vias aéreas	Expetoração presente	Incapacidade de expetorar	Aspirar secreções através do tudo orotraqueal	SOS	
				Aspirar secreções da cavidade oral/nasal	SOS	
				Mudar nastro	Turno Fixo: 8h – 16h/SOS	
				Vigiar Secreções	Hora Fixa: 7h; 15h; 23h	
				Monitorizar secreções	Hora Fixa: 7h; 15h; 23h	
	Edema	Risco de Edema	Vigiar sinais de Edema	- Vigiar sinais de edema/Monitorização de sinal de Godet	Agora/Hora fixa: 7h; 15h; 23h	
				- Monitorizar entrada e saída de líquidos	Agora/Hora fixa: 7h; 15h; 23h	

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

				- Gerir a ingestão de líquidos	Sem horário	
Febre	Risco de Febre	Vigiar Febre		- Monitorizar temperatura corporal	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Executar técnica de arrefecimento natural	Sem horário	
Hipertensão	Risco de Hipertensão	Vigiar Hipertensão		- Monitorizar a tensão arterial	De x em x horas: 1/1 hora	
Hemorragia	Risco de Hemorragia	Vigiar sinais de hemorragia		- Monitorizar frequência cardíaca	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Monitorizar tensão arterial	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Vigiar hemorragia.	SOS	
Metabolismo Energético	Risco de Hipoglicémia/ Hiperglicémia	Vigiar Glicémia		- Monitorizar glicémia capilar	De x em x horas: 4/4 horas	
				- Vigiar sinais de hiperglicémia	SOS	
				- Vigiar sinais de hipoglicémia	SOS	
Arritmia	Risco de Arritmia	Deteção de alterações hemodinâmicas		- Monitorizar frequência cardíaca através de monitor cardíaco	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Vigiar pulso	De x em x horas: 1/1 hora	
				- Vigiar traçado eletrocardiográfico	De x em x horas: 1/1 hora	
Obstipação	Risco de Obstipação	Alteração do padrão de eliminação		- Administrar líquidos;	Sem Horário	
				- Monitorizar eliminação vesical	Hora Fixa: 7h; 15h; 23h	
				- Remover fecalomas.	SOS	

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

Precauções de segurança	Cateter venoso central presente	- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso central		De x em x dias: 5/5 dias/SOS	
		- Otimizar cateter venoso central		Sem Horário	
		- Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso central		De x em x dias: 5/5 dias/SOS	
		- Trocar Cateter venoso central		De x em x dias: 10/10 dias/SOS	
	Cateter arterial presente	- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter arterial		De x em x dias: 5/5 dias/SOS	
		- Otimizar cateter arterial		Sem Horário	
		- Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial		De x em x dias: 5/5 dias/SOS	
		- Trocar Cateter arterial		De x em x dias: 10/10 dias/SOS	
	Cateter urinário presente	- Trocar cateter urinário		Sem Horário	
		- Remover cateter urinário		SOS	
		- Otimizar cateter urinário		Sem Horário	
	Sonda Nasogástrica presente	-Verificar a permeabilidade da SNG		Sem Horário	
		- Verificar fixação da SNG		Sem Horário	
		- Trocar SNG		De x em x dias: 10/10 dias	
		- Monitorizar Líquido drenado		Sem Horário	
	Stress do prestador de	Risco de Stress do prestador de	Gerir stress do prestador de	- Vigiar sinais de stress	
- Monitorizar ansiedade através da Escala de Hamilton				Sem horário	

Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale

	cuidados informal/família	cuidados informal/família	cuidados informal/família	- Otimizar comunicação	Sem horário	
				- Gerir ambiente	Sem horário	

4. ANÁLISE O CASO CLÍNICO

O conceito de morte, que se pensaria estanque, ganha cada vez mais contornos especiais visto que a vida é cada vez mais um conceito subjetivo. Com o avanço e desenvolvimento das técnicas de ressuscitação e de suporte de vida, aceita-se cada vez mais que viver não é apenas o bater do coração, respirar ou pensar. Nem mesmo a combinação de todos os fatores. Os profissionais de saúde assistem cada vez mais a doentes que, suportados pelo avanço da tecnologia, continuam possibilitados de um coração a bater e de uma função ventilatória mantida. No entanto, todos os dias se avaliam as condições de vida em que cada doente é mantido.

Segundo o despacho n.º 14341/2013, do Ministério da Saúde, os progressos técnicos e científicos registados nas últimas décadas na área da medicina permitiram melhorar a forma de colheita, preservação e transplante de órgãos, contribuindo para o aumento do número global de transplantes.

Envolto na definição de qualidade de vida, podemos inserir a possibilidade de constituir como tratamento de um grande número de patologias a transplantação de órgãos sólidos. Para além de ser um grande avanço tecnológico, permite um progresso extremo na medicina atual e na construção de novas possibilidades de vida.

Avello e Santos (2013) afirmam que “nas últimas décadas, e devido ao estancamento na quantidade de doações e ao aumento progressivo das listas de espera, desenvolveram-se diferentes ações com o objetivo de ampliar o número potencial de doadores, reconsiderando novamente aqueles procedentes de parada cardiocirculatória (doadores em assistolia)”.

Desta forma, entra-se numa nova era do pensamento: a doação de órgãos em assistolia e a suspensão de suporte vital. Os autores anteriores afirmam que o transplante de órgãos sólidos é uma alternativa válida e eficaz há mais de quarenta anos, tratando um grande número de doenças em fase terminal, melhorando globalmente a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes submetidos à receção de órgãos e é considerado um progresso para a medicina e para a sociedade. De facto, a doação de órgãos possibilitou um volte face nas situações em que a falência orgânica levaria um doente à morte ou a tratamentos de substituição crónicos. A estimativa aponta para que se realizem mais de cem mil transplantes em todo o mundo, no entanto, um enorme número que não suprime as necessidades.

O mais comumente aceite é que o dador seja alguém previamente falecido, cuja paragem cardi-respiratória se efetivou. No entanto, com o aumento progressivo da procura por dadores e a diminuição do número destes fez-nos repensar o conceito de vida e a sua qualidade, bem como reconsiderar os doentes que são candidatos fortes a uma situação de cessação das suas funções vitais sem suporte artificial das mesmas. Os doadores em assistolia. Avello e Santos (2013) nos seus desenvolvimentos estimam que se esta situação for considerada pode-se aumentar o número de potenciais dadores de órgãos em mais 25 a 30%.

A doação em assistolia considera a retirada de órgãos para doação após ser determinado o fim da função circulatória.

O desenvolvimento deste pensamento levou ao desenvolvimento de protocolos que permitem otimizar a preservação dos órgãos, possibilitando hoje em dia transplantes renais, hepáticos, pancreáticos, pulmonares e até mesmo cardíacos.

Em Portugal, desde 1993, a legislação admite a possibilidade de colheita de órgãos em doentes em morte cerebral, conforme previsto na Lei n.º 12/93, de 22 de abril, republicada em anexo à Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, tendo a Declaração da Ordem dos Médicos, publicada no Diário da República, 1.ª série-B, n.º 235, de 11 de outubro de 1994, fixado os critérios e regras de semiologia médico-legal de verificação da morte cerebral.

Neste momento, é necessário com urgência atualizar os critérios de verificação da morte para efeitos de doação, criando um conjunto de critérios e regras semiológicas médico-legais para a verificação da morte cerebral bem como outros cientificamente irrefutáveis que permitam reger a colheita de órgãos em doentes em paragem cardiocirculatória irreversível (despacho 14341/2013 do Ministério da Saúde).

A legislação aponta ainda a, segundo a conferência de Maastricht (1995) sobre dadores em paragem cardiocirculatória, 4 Categorias de doentes, sendo adicionada a classe V em 2000, pelo grupo de Madrid:

Categoria I — Morte à chegada — vítimas de acidente ou de paragem cardiocirculatória, encontradas mortas no local pela equipa de ressuscitação, não se sabendo em regra o tempo de isquémia quente, e transportadas para o hospital;

Categoria II — Ressuscitação infrutífera — dadores que tiveram morte cardíaca súbita ou que apresentam lesões cerebrais catastróficas, seguidas de paragem cardiocirculatória, ocorridas no hospital ou no exterior deste. Sujeitos a manobras de ressuscitação sem êxito, declarada a morte cardíaca, sendo depois mantidas as manobras de ressuscitação e transportados até ao hospital;

Categoria III — Doentes irreversíveis que aguardam paragem cardíaca — doentes em regra internados em Serviço de Medicina Intensiva, com doença de evolução irreversível. É suspenso o suporte de funções vitais e o doente é transportado para o bloco operatório, onde se aguarda que a paragem cardíaca ocorra nos 90 minutos seguintes;

Categoria IV — Paragem após diagnóstico de morte cerebral — doentes que sofrem paragem cardíaca inesperada após ou durante o diagnóstico de morte cerebral;

Categoria V — Morte por paragem cardíaca inesperada de doentes internados em serviços de medicina intensiva — Período de isquemia quente — definido como o período entre a paragem cardíaca e o início da ressuscitação cardiocirculatória. Este é descrito como o período de isquemia quente absoluta, porque durante o processo de ressuscitação há um somatório de outros períodos de isquemia quente designados como relativos, cuja importância na viabilidade final do órgão será em função da forma melhor ou pior como foi realizada a ressuscitação.

Em Portugal, à semelhança de outros países do sul da Europa em que não existe uma tradição de limitação do esforço terapêutico aceite socialmente e em que a maioria das colheitas se faz por consen-

timento presumido, vai optar-se por colher órgãos de dadores em paragem cardiocirculatória para transplante só na Categoria II de Maastricht. À Ordem dos Médicos compete, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida (CNECV), definir, manter atualizados e divulgar os critérios médicos, técnicos e científicos de verificação da morte, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 141/99, de 28 de agosto. Nos termos do artigo 5.º da Lei n.º 141/99, de 28 de agosto, os documentos elaborados pela Ordem dos Médicos fixando os critérios para a verificação da morte estão sujeitos à aprovação do membro do Governo responsável pela saúde. Assim, em cumprimento do disposto no artigo 5.º da Lei n.º 141/99, de 28 de agosto, e ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, determino o seguinte:

1 — Os requisitos necessários para a colheita de órgãos em dadores falecidos em paragem cardiocirculatória são os seguintes:

a) A pessoa falecida a quem se pretende extrair órgãos não esteja inscrita no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA);

b) O diagnóstico da paragem irreversível das funções cardiocirculatórias tenha sido feito mediante exame clínico adequado, após um período apropriado de observação, de acordo com o disposto no anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante;

c) A extração de órgãos a dadores falecidos só pode fazer-se após comprovação e certificação da morte (ausência irreversível das funções cardiocirculatórias e cerebrais), realizada de forma e com os requisitos que constam no anexo ao presente despacho por médicos com qualificação ou especialização adequadas a este fim, independentes daqueles que realizam colheitas ou transplantes;

d) Ser registada como hora legal de falecimento a hora em que se completou o diagnóstico de morte;

e) Após o diagnóstico de morte do indivíduo para efeitos de doação, procede-se a técnicas de preservação, com vista à colheita de órgãos, tal como previsto no anexo ao presente despacho.

Ainda segundo a mesma lei, o diagnóstico e certificação da morte por paragem cardiocirculatória. O diagnóstico e certificação da morte por paragem cardiocirculatória requer a demonstração da cessação irreversível das funções cardíaca e circulatória. 1 — Diagnóstico Para o estabelecimento do diagnóstico de morte por paragem cardiocirculatória é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

a) Ausência inequívoca de batimentos cardíacos, traduzida por ausência de pulso central, de traçado eletrocardiográfico compatível com atividade ventricular eficaz, midríase arreflexiva;

b) Ausência de movimentos respiratórios espontâneos por período não inferior a 10 minutos;

c) Realização, durante um período não inferior a 30 minutos, de manobras de suporte avançado de vida, ajustadas à idade e às circunstâncias que determinaram a paragem cardiocirculatória;

d) Nos casos de hipotermia (temperatura corporal

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“É incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões” (Fortin, 1966:23). O estudo de caso é uma das oportunidades que o profissional de Enfermagem tem de demonstrar trabalho de investigação na aquisição e desenvolvimento de conhecimento e competências.

Com a elaboração deste estudo de caso, bem como com a elaboração de um plano de cuidados de nível especializado tornou-se possível a nossa intervenção enquanto ainda enfermeiros de cuidados gerais na obtenção de características para a construção do nosso perfil de enfermeiros especialistas.

Este foi um caso clínico real, inserido na realidade espanhola. O estágio levado a cabo no hospital espanhol Infanta Cristina possibilitou um grande desenvolvimento prático, no entanto, ficou aquém das expectativas a nível teórico. A realidade da Enfermagem espanhola, pela sua falta de desenvolvimento ao nível da especialização de cada profissional na área da investigação leva esta área apenas para os médicos. Investigar Enfermagem em Espanha é ainda uma área em desenvolvimento. Pude ainda perceber que a maioria dos enfermeiros no serviço UCI não detinham da vontade de investigar sobre o seu doente. Uma das maiores dificuldades na realização deste estudo de caso, para além do pouco tempo de contacto com o doente em questão, e a dificuldade que os enfermeiros têm ao nível do acesso à informação complementar sobre o doente, foi o pouco conhecimento que cada enfermeiro mostrava acerca da maioria dos casos.

Houve algumas limitações na obtenção de informação detalhada sobre o doente, desde logo porque o Sr. A.N. esteve relativamente pouco tempo internado, vindo a falecer no serviço de bloco operatório. Tive por isso algumas limitações ao longo da elaboração deste trabalho, nomeadamente falta de informação complementar de diagnóstico e o seguimento familiar completo.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, enquanto membro da equipa multidisciplinar participa na elaboração do plano terapêutico, em simultâneo que desenha o plano de cuidados de acordo com os diagnósticos de Enfermagem, define intervenções e determina resultados.

Posso considerar que, não constante dos objetivos deste trabalho, o maior dos objetivos conseguido foi a identificação da importância de cada enfermeiro deter a informação necessária sobre o seu doente. Tanto a nível pessoal, na investigação e na procura de melhorar a prática profissional a cada dia, conseguindo a cada dia a construção da identidade enquanto enfermeiro especialista, mas muito a nível de defesa profissional em cada procedimento efetuado. Senti em larga escala que o enfermeiro espanhol executava tarefas consoante a sua avaliação do momento, e que não havia continuidade de cuidados.

No entanto, acredito ter atingido os objetivos traçados. Utilizando a identificação e descrição da nossa unidade de investigação, cruzando a informação com a bibliografia consultada, foi possível definir um plano de cuidados especializado. Foram ainda de grande utilidade para este estágio clínico, os conhecimentos já detidos pelo meu percurso profissional, utilizando informação e conhecimento atualizado e

conciso. A revisão da literatura científica utilizada possibilitou-nos, enquanto profissionais, enriquecer o nosso conhecimento e a nossa prática diária, identificando situações e direcionando os nossos cuidados.

Enquanto enfermeiros especialistas devemos manter o nosso conhecimento atualizado e basear a nossa prática em evidências científicas recentes, de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O enfermeiro especialista consegue responder às complicações originadas pela pessoa em situação crítica ou falência orgânica, com a devida monitorização e avaliação das suas intervenções - de acordo com as unidades de competência K.1.1 e K.1.2 do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica. A doação de órgãos está ainda naquele que considero o começo de um caminho bastante longo. A mudança de atitude e de mentalidade está ainda no processo de conhecimento. Compete-nos enquanto profissionais especializados identificar e diagnosticar, intervir, adequar, prever resultados e avaliar cada intervenção e cada cuidado, para que a pessoa em situação crítica receba cuidados dirigidos e de alta segurança e qualidade. Estando em consonância com as unidades de competência K.1.4 do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica. Perante um caso clínico de doação de órgãos o enfermeiro especialista deve reforçar os procedimentos de prevenção e controlo de infeção durante a prestação de cuidados na sua prática diária, de acordo com as unidades de competência K.3.2 do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2010).

Enquanto futura enfermeira especialista, considerarei abordar este caso pela sua pouca incidência no meu contexto profissional e pela curiosidade suscitada para apreender a legislação em vigor no nosso país, para casos semelhantes. Há, pelo que me foi dado a conhecer depois da pesquisa, diretrizes claras no que à doação de órgãos diz respeito. É também dever do enfermeiro especialista, manter-se atualizado, no seguimento da alteração legislativa que tenham influência direta ou indireta no exercício das minhas competências. Um enfermeiro informado não só será um melhor enfermeiro no desempenho das suas tarefas clínicas, mas também um elemento que acrescenta mais ao seu ambiente profissional.

Torna-se pertinente enquanto futura profissional de nível especializado, e muitas vezes trabalhando em áreas que não impliquem a pessoa em situação crítica ou emergente, conseguir relacionar e lidar com situações dilemáticas ou que nos causem estranheza ou tristeza profissional.

Este caso clínico serviu essencialmente para partilhar a ideia de que “todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns – a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários” (OE, 2010). Desta forma podemos confirmar a mais-valia de termos aplicado ao doente em questão cuidados de saúde especializados enquanto enfermeiros especialistas em Enfermagem em pessoa em situação crítica, pois o estado de criticidade não é apenas em que o nosso desempenho levará ao restabelecimento da vida do doente em causa, mas neste caso à abertura do restabelecimento de outras vidas.

O doente doador de órgãos e a família tornou-se no alvo dos nossos cuidados enquanto enfermeiros especialistas pela novidade da sua incidência nos doentes que cuidamos bem como pela interação profissional que criamos com o doente para o qual parece que não estamos aptos a cuidar e a lidar com o fim de vida, já declarado.

Desta forma, foi tomado este tema na área do doente crítico, pondo em prática uma das competências a que me proponho adquirir: enfermeiro especialista, é aquele que demonstra “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”, utilizando conhecimentos já adquiridos com os novos desenvolvidos.

Perante a diversidade das problemáticas de saúde, situações cada vez mais complexas, bem como a qualidade exigida na prestação de cuidados pautada pelos padrões de qualidade, o enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica é aquele que se deverá assumir como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados, diferenciados e de qualidade. Desempenha assim, um papel fundamental na sua intervenção, junto do doente, no sentido de não só de prevenir eventuais complicações, mas resolvê-las e ainda levar o seu pensamento e a sua atuação mais longe. A posse de conhecimentos adequados que vão ao encontro das necessidades do doente, fomenta a perceção do diagnóstico e suas implicações na qualidade de vida e após a mesma. Têm a oportunidade e a responsabilidade de capacitar o doente, na tomada de decisão, de estilos de vida saudáveis, da importância da adesão terapêutica. Deverá estar desperto para possíveis causas da não adesão ao programa de tratamento e delinear estratégias por forma a reverter tal situação.

Ao delinear o plano de cuidados ao doente enquanto doador, a atenção às unidades de competência do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica evidencia-se

1. Cuidei da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica – Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, como futura enfermeira especialista mobilizei conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Implementei um plano que visa a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (K.1.1.): identifiquei os focos de instabilidade (K.1.1.1), nomeadamente neste caso a continuidade da estabilidade de um doente que terá de manter a sua estabilidade até que seja possível ser doador, bem como sinais de infeção; tentei responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade (K.1.1.2), através de uma monitorização de sinais do doente, sinais vitais e glicemias capilares; executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica (K.1.1.3.) no entanto não foi necessário demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (K.1.1.4.) visto que o doente precedia uma situação controlada de paragem cardíaca e respiratória controlada a fim de ser doador.

Geri a administração de protocolos terapêuticos complexos (K.1.2.) no cumprimento de protocolos existentes no serviço em relação aos cuidados corporais a ter com a pessoa, à prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador, ao cuidados dos locais de inserção de cateteres centrais venosos e cateteres arteriais e aos procedimentos de limpeza das vias aéreas, monitorização de glicémias capilares: pude diagnosticar precocemente as complicações resultantes das implementação de protocolos terapêuticos

complexos (K.1.2.1) na regulação de insulina administrada; implementei respostas de Enfermagem apropriadas às complicações (K.1.2.2), no entanto, não houve complicação do cumprimento de protocolos; monitorizei e avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados (K.1.2.3) fazendo ainda registos horários de cada avaliação.

Fiz ainda a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica utilizando as respostas (K.1.3): identifiquei evidências fisiológicas emocionais de mal estar (K.1.3.1), apesar do doente estar sob sedoanalgesia a dor um dos sinais vitais em que incidi especial atenção visto que neste tipo de doentes é muito facilmente esquecida a percepção de dor e conforto; pude demonstrar conhecimentos sobre o bem estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K.1.3.2.) integrando toda a equipa multidisciplinar na resposta mais adequada a dar ao doente em todas as suas dimensões, bem como à sua esposa e filhas; garanti a gestão de medidas farmacológicas de combate a dor (K.1.3.3.), garantindo que a monitorização da dor era executada e nunca sobrevalorizada, registada e prontamente feita manutenção da perfusão contínua de analgesia; Demostrei conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (K.1.2.4.), a relação terapêuticas estabelecida com este doente foi mantida apesar deste doente se manter sob sedoanalgesia, através do diálogo, promovendo a sua audição, e nunca excluindo a sua pessoa da relação terapêutica.

Tentei assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde doença e ou falência orgânica (K.1.4.), sendo por vezes difícil o contacto com uma língua diferente, foi estabelecida uma relação simples de disponibilidade, procurando mostrar também respeito pela sua dor e também apreço por tal ato de bondade na decisão de constituir o seu familiar como doador: Demostrei conhecimentos sobre a gestão de ansiedade e do medo vividos pela família (K.1.4.1.); Demostrei conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto (K.1.4.2.).

Geri da forma possível a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa e família faça situação de alta complexidade do seu estado de saúde (K.1.5.): Demostrei conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa e família em situação crítica (K.1.5.1.) utilizando muitas vezes o silêncio; Demostrei conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com barreiras a comunicação (K.1.5.2.) e Adaptei a comunicação a complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K.1.5.3.).

Geri o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e família em situação crítica e ou falência orgânica (K.1.6.), senti verdadeiramente que fui capaz de estabelecer uma relação terapêutica para aquela família; iniciei a relação terapêutica recorrendo a transações da relação perante a pessoa com dificuldade de comunicação (K.1.6.1.) apesar do doente incapaz de reconhecer o seu estado clínico; Reconheci o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa/família em situação crítica (K.1.6.2.) e percebi que a família foi alterando a forma como experienciou o processo saúde/doença; Utilizei de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica (K.1.6.3), utilizando estratégias e mobilizando conhecimentos treinados e adquiridos neste curso de especialidade; Avaliei o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K.1.6.4) e obtive resultados esperados, uma vez que a família vivenciou o processo de doação de forma benévola, e enquanto profissional a minha atuação perante situações de stresse emocional associados ao doente em situação crítica.

Em relação à segunda unidade de competência do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, não me foi solicitado que respondêssemos a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação

No entanto a competência 3 que correlaciona a prática na maximização da intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Desde o primeiro momento, o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação foi considerado, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas evasivas, de diagnóstico e terapêutica para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, atuando na prevenção e controle de infeção.

Concebi um plano de prevenção e controle da infeção para resposta às necessidades do contexto cuidados a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (K.3.1.) através do conhecimento de protocolos de atuação no serviço e no hospital (K.3.1.1), pois tive em conta do plano de controlo de infeção instaurado nos serviços e instituição onde prestei cuidados; Diagnostiquei as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controle de infeção (K.3.1.2), nomeadamente identificando ou colmatando falhas; Estabeleci estratégias proactivas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço (K.3.1.3), estabelecendo contacto com o enfermeiro supervisor no sentido da partilha de experiências profissionais e de algumas guidelines existentes a nível europeu.

Conclui ainda que de fato pude participar no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção designadamente das infeções associadas a prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (K3.2.) através da demonstração de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitem ser referência para cuidar da pessoa em situação crítica na prevenção e controle da infeção (K.3.2.1); Estabeleci os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controle da infeção face às vias de transmissão da pessoa em situação crítica /falência orgânica (K.3.2.2.); Fiz por cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção (K.3.2.3.) tanto na prestação de cuidados como nos profissionais que se incluíram nesses cuidados; Monitorizei, registei e avaliei medidas de prevenção e controlo implementadas (K.3.2.4.).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avello, José Manuel Álvarez; Santos, José António (2014) Análisis de los aspectos bioéticos en los programas de donación en asistolia controlada. *Acta Bioethica* Acedido em 10 de junho em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000100002.

Fortin, Marie-Fabienne. (1996) *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. (2003). Roteiro instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana em Enfermagem*.

Guettel, Nancy Ramos; Marques, Isaac Rosa (2007) *Assistência de Enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica*. Universidade de Santo Amaro, Faculdade de Enfermagem. São Paulo, SP. Acedido a 10 de junho em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>.

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2011). 2ª Edição.

Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Despacho n.º 14341/2013 Acedido a 10 de junho em http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Novembro/Desp_14341_2013.pdf.

Ministério da Saúde. Lei nº 141/99 de 28 de Agosto - Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte – Nº 201 de 28-8-1999. *Diário da República*. Acedido a 10 de junho em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=240&tabela=leis

OMS. (1988). *Apprendre ensemble pour oeuvrer au service de la santé. Rapport d'un group d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé. La formation en equipe*. OMS (série de rapports techniques, 769). Genève.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa.

Rebelo, Luís. (2007). Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 23:309-17

Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. *Regulamento do Perfil de Competências*

do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2ª série, Nº 79, 10087. [Acedido a 21 de março de 2017] Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015. *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da Re-*

pública. Acedido a 22 março 2017 disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. (2016) - Manual orientador para a elaboração do processo de Enfermagem.

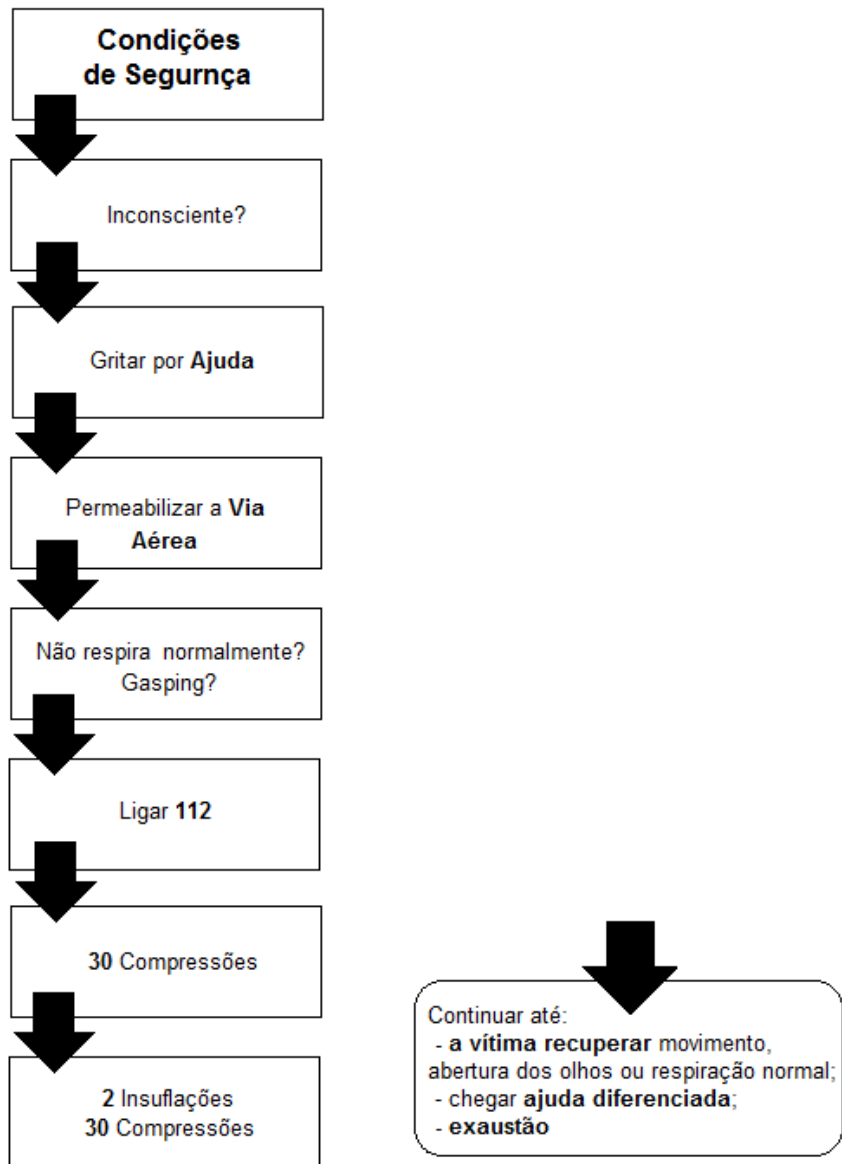
ANEXOS

Anexo – Protocolo de Doação de órgãos em Assistolia do Hospital Infanta Cristina (adaptado)

Protocolo de Doação de órgãos em Assistolia do Hospital Infanta Cristina

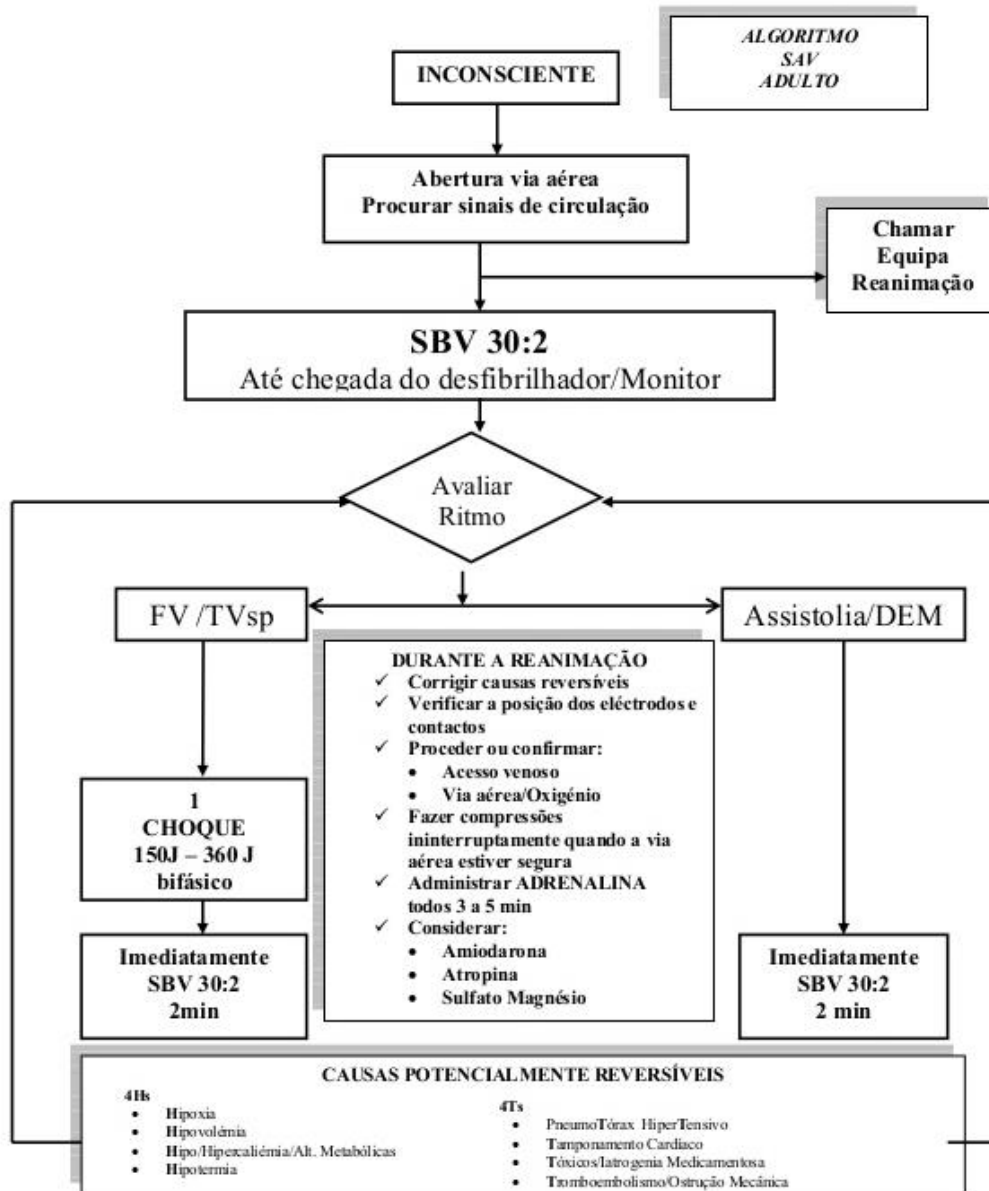
- 1 - Realizar higiene corporal com esponjas impregnadas em sabão de banho;
- 2 - Realizar pensos de feridas ou de soluções de continuidade, mantendo apenas acessos venosos e arteriais de suporte medicamentoso, suporte ventilatório e drenagens;
- 3 - Realizar tricotomia completa desde a linha média do pescoço até à região maleolar;
- 4 - Realizar limpeza e desinfeção cutânea com Iodopovidona solução dérmica;
- 5 - Manter o doente em dieta zero (mantendo drenagem passiva do conteúdo gástrico);
- 6 - Manter drenagem vesical;
- 7 - Manter o doente em decúbito dorsal;
- 8 - Manter pressões arteriais médias segundo prescrição médica;
- 9 - Manter temperatura corporal entre os 36º e 37º.
- 10 - Registrar o peso e medidas do doente (altura, envergadura, medida da cintura escapular e cintura pélvica).

Anexo – Algoritmo SAV segundo Manual de Suporte Avançado de Vida – INEM Departamento de Formação em Emergência Médica (2006).



Algoritmo SAV segundo Manual de Suporte Avançado de Vida – INEM Departamento de Formação em Emergência Médica (2006).

Anexo – Algoritmo SAV segundo Manual de Suporte Avançado de Vida – INEM Departamento de Formação em Emergência Médica (2006).



Algoritmo SAV segundo Manual de Suporte Avançado de Vida – INEM Departamento de Formação em Emergência Médica (2006).