

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação
Crítica**

Relatório de Estágio

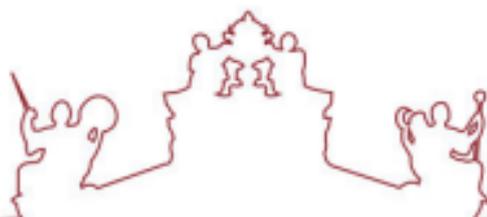
**"Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do
enfermeiro especialista"**

Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa

Orientador(es) | Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

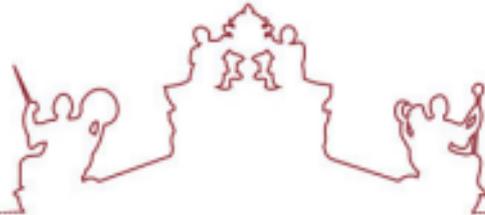
"Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do enfermeiro especialista"

Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa

Orientador(es) | Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Isabel Bico (Universidade de Évora) (Arguente)
Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal) (Orientador)

Be the change you want to see in the world

Mahatma Gandhi

RESUMO

Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do enfermeiro especialista

A dor, definida como sinal vital pela Direção-Geral da Saúde, é um problema real em doentes críticos e, para ser tratada de forma eficiente, deve ser avaliada com precisão utilizando métodos adequados. Prevenir e minimizar a dor é um dever dos enfermeiros. A sua contribuição é essencial na melhoria dos cuidados, pela capacidade de identificação de necessidades e subsequente desenvolvimento de estratégias para a sua satisfação.

Em contexto de estágio, recorrendo à metodologia de projeto, desenvolvemos uma intervenção na área da avaliação da dor no doente crítico, visando contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, surge este relatório onde procedemos à apresentação e reflexão sobre as atividades realizadas e de que modo foram promotoras da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Avaliação da Dor; Doente Crítico; Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Pain assessment in critically ill patients: specialist nurse intervention

Pain is considered a vital sign by the Direção-Geral da Saúde and is a real problem in critical patients. We require adequate methods to measure it with precision, to treat it efficiently. To prevent and minimize pain is a responsibility of the Nurses. Their contribution is essential for improving healthcare through the capacity to identify needs, and subsequent development of strategies to attend them.

We developed an intervention on the subject of pain assessment in the critically ill patient in internship context using the project methodology. This intervention aimed at improving the quality of healthcare.

This report was produced within the scope of the Master's in Nursing. We present and reflect on the activities performed. Specifically, we show how they enabled the acquisition and development of both common and specific competences attributed to the specialist nurse and the master in nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Pain Assessment; Critical Patient; Intensive Care

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido foi de grande esforço pessoal. No entanto, há conquistas que só fazem sentido se forem partilhadas. Deste modo, gostaria de agradecer a todos os que contribuíram para a realização deste sonho.

Aos Hospitais onde decorreram os estágios, bem com as suas equipas, pela oportunidade de aprendizagem;

À professora Mariana Pereira, pela orientação e motivação;

Ao Enfermeiro B. A., pela colaboração, preocupação, incentivo e pela amizade construída;

A todos os doentes e suas famílias a quem prestei cuidados, por me fazerem crescer e por me fazerem amar, ainda mais, esta profissão;

Aos meus amigos pela compreensão da minha ausência;

Aos meus avós, que mesmo já não estando fisicamente presentes, senti a transmissão de força para poder continuar;

Aos meus pais e ao meu irmão por nunca me deixarem cair, pelo seu amor incondicional e sobretudo por fazerem de mim tudo o que sou;

A ti, António, pela presença, pelo suporte, pela estabilidade emocional e por essa incrível capacidade de me fazer acreditar que sou capaz.

O meu mais profundo OBRIGADA, sem todos não teria sido possível chegar aqui.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	18
1.1. Caracterização do Hospital	18
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)	20
1.2.1. Recursos físicos e materiais	22
1.2.2. Recursos humanos	23
1.3. Análise da Produção dos Cuidados.....	25
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	28
2.1. Teoria do Conforto de Khatarine Kolcaba	28
2.2. Dor	30
2.3. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	39
3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	41
3.1. Diagnóstico de Situação	42
3.2. Definição de Objetivos	54
3.3. Planeamento	54
3.4. Execução e Avaliação.....	55
3.5. Divulgação dos Resultados	60
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	62
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	62
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.....	71
4.3. Competências de Mestre	87
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - <i>Checklist</i> do material de cada unidade.....	CVI
Anexo B - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação.....	CVIII
Anexo C - Proposta de projeto de estágio.....	CX
Anexo D - Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXIII

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Projeto individual de estágio.....	CXX
Apêndice B – Cronograma das atividades do projeto.....	CLVI
Apêndice C – Questionário inicial.....	CLVIII
Apêndice D – Plano de intervenção do projeto.....	CLXIV
Apêndice E – Divulgação da sessão de formação.....	CLXVI
Apêndice F – Plano da sessão de formação.....	CLXVIII
Apêndice G – Apresentação da sessão de formação.....	CLXX
Apêndice H – Questionário de avaliação da sessão de formação.....	CLXXXIII
Apêndice I – Proposta de norma de avaliação da dor no doente crítico.....	CLXXXVII
Apêndice J – Resumo do artigo científico.....	CCIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Escala Visual Analógica.....	32
Figura n.º 2 – Escala Visual Numérica.....	33
Figura n.º 3 – <i>Behavioral Pain Scale</i>	33
Figura n.º 4 – Escada analgésica OMS.....	37
Figura n.º 5 – Algoritmo para o controlo da dor.....	38
Figura n.º 6 – Análise SWOT.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Resultados da importância do sintoma da dor.....	45
Gráfico n.º 2 - Resultados do conhecimento sobre a existência de norma de procedimento/protocolo de avaliação da dor.....	46
Gráfico n.º 3 - Resultados da avaliação da intensidade da dor.....	46
Gráfico n.º 4 - Resultados da avaliação da dor consoante alguns itens.....	47
Gráfico n.º 5 - Resultados da avaliação da intensidade da dor em doentes com suporte sedativo/analgésico perante as manifestações de dor.....	47
Gráfico n.º 6 - Resultados do conhecimento de manifestações neurovegetativas de dor em doentes com suporte sedativo/analgésico.....	48
Gráfico n.º 7 - Resultados do conhecimento de manifestações comportamentais de dor em doentes com suporte sedativo/analgésico.....	48
Gráfico n.º 8 - Resultados da importância da prevenção da dor.....	49
Gráfico n.º 9 - Resultados das dificuldades sentidas durante o processo de avaliação de dor.....	49
Gráfico n.º 10 - Resultados do conhecimento e aplicabilidade de escalas de dor.....	50
Gráfico n.º 11 - Resultados das intervenções adotadas perante um doente com dor.....	50
Gráfico n.º 12 - Resultados do conhecimento de intervenções não farmacológicas.....	51
Gráfico n.º 13 - Resultados da necessidade de formação sobre a dor.....	51
Gráfico n.º 14 - Resultados das propostas de intervenção profissional por parte do formador....	52
Gráfico n.º 15 - Resultados dos momentos de avaliação da dor.....	56
Gráfico n.º 16 - Resultados da veracidade da afirmação quanto à importância da dor em doentes inconscientes ou com suporte sedativo/analgésico	57
Gráfico n.º 17 - Resultados das intervenções adotadas perante um doente com dor.....	57
Gráfico n.º 18 - Resultados da veracidade da afirmação quanto aos registos de enfermagem durante o processo de avaliação da dor.....	58
Gráfico n.º 19 - Resultados da classificação da sessão.....	58
Gráfico n.º 20 - Resultados da classificação do formador.....	59
Gráfico n.º 21 - Resultados do aumento do conhecimento após sessão.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Produção realizada por linha de atividade.....	25
Tabela n.º 2 – Variáveis da população em estudo.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓNIMOS

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure</i>
AINE	Anti-Inflamatório Não Esteróide
Angio-TAC	Angiografia por tomografia computadorizada
APA	<i>American Psychological Association</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Índice Bispectral
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit</i>
cc	Centímetro Cúbico
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
CVC	Cateter Venoso Central
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG	Eletrocardiograma
EEEMC-PSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC-PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica
EOT	Entubação Orotraqueal
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Visual Numérica
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GCLPPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogêneos
HST	Hospital do Sul do Tejo
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ITLS	<i>International Trauma Life Support</i>

MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MRSA	<i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus</i>
nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PAINAD	<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PBE	Prática Baseada na Evidência
PiCCO	<i>Pulse Contour Cardiac Output</i>
PICS	<i>Post-Intensive Care Syndrome</i>
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos
PQCEOE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
RPQCEEPSC	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
SABA	Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SAV	Suporte Avançado de Vida
SCA	Síndrome Coronário Agudo
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>
TA	Tensão Arterial
TSFR	Técnicas de Substituição da Função Renal
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIM	Unidade de Cuidados Intermédios
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
VV	Via Verde
%	Porcentagem
ºC	Graus <i>Celsius</i>

INTRODUÇÃO

As constantes evoluções tecnológicas e científicas, particularmente na área da saúde, têm acarretado novos desafios para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros. Por isso, a formação dos mesmos tem sido enfrentada como um processo complexo, exigindo um raciocínio crítico, lógico e questionador, promovendo a procura de novos saberes e, conseqüentemente, uma formação especializada em resposta às necessidades das pessoas na vivência de diversos contextos de saúde-doença. Assim, torna-se imperativo que os profissionais de saúde atuem consoante as práticas baseadas na evidência (PBE), com adoção de tomadas de decisão responsáveis, abstendo-se de conhecimentos prévios e empíricos.

É neste contexto que surge a necessidade crescente de aquisição de competências específicas por parte dos enfermeiros. Desta forma, o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4745), esclarece que a detenção de

“competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC) foi solicitada a realização de um relatório final sobre o percurso desenvolvido para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem e a aquisição de competências de enfermeiro especialista. O edital da Universidade de Évora (2022, p.3), refere que, através do Mestrado em Enfermagem, o enfermeiro consiga:

“desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num 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 a realização deste curso foi introduzida uma parte teórica, onde foram abordadas temáticas fulcrais para aquisição de conhecimentos que foram mobilizados durante a prática clínica, essenciais para o desenvolvimento das competências previstas no âmbito do curso; e

uma parte destinada à prática clínica, onde foram incluídos dois estágios, sendo um deles em contexto de urgência e outro em contexto de cuidados intensivos.

Como referem Pires et al. (2020), a prática clínica é uma componente essencial para a formação dos enfermeiros, uma vez que permite a prestação de cuidados em contexto real, contribuindo para o desenvolvimento de competências. Segundo os mesmos autores, o ambiente do estágio permite consolidação dos conhecimentos teóricos e práticos com o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores que devem caracterizar o enfermeiro. Desta forma, o estágio possibilita a formação de identidade e socialização profissional. O primeiro estágio foi realizado em contexto de urgência num Hospital da Área Metropolitana de Lisboa e o Estágio Final foi desenvolvido em contexto de cuidados intensivos num Hospital a Sul do Tejo.

O presente relatório é referente ao Estágio Final, está inserido na unidade curricular Relatório do 2º ano e foi orientado pela Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira. Segundo Cerqueira et al. (2014, p. 32) o relatório é uma produção escrita onde é realizado “o relato e análise do processo de ensino-aprendizagem, decorrente de atividades e experiências vivenciadas em determinados contextos (de natureza hospitalar e/ou comunitária) balizadas por um período temporal, constituindo-se como instrumento de aprendizagem e simultaneamente como instrumento de avaliação”.

Com este relatório pretende-se refletir acerca dos conteúdos práticos e teóricos abordados, aplicados nos diferentes estágios onde foram desenvolvidas as competências especializadas da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), com especial enfoque na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC). O objetivo primordial deste relatório é a comunicação dos resultados obtidos no projeto de intervenção implementado no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), desenvolvendo capacidades que nos permitam concluir um projeto real através da metodologia de projeto e adquirir competências de investigação através da utilização desta metodologia, a fim de criar o perfil de EEEMC-PSC.

Os objetivos desta área de especialidade podem ser atingidos, segundo a Universidade de Évora (2022), através de: integração de princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à PSC e/ou falência orgânica; desenvolvimento da 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; colaboração em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações; participação na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da PSC e/ou falência orgânica; participação no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores

e normas deontológicas; demonstração de uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Este relatório será alvo de discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016, p. 3176), onde é afirmado que a estrutura do ciclo de estudos para obtenção de grau de mestre agrega “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”.

Na área da qualidade de vida, foi definida uma estratégia de intervenção profissional relacionada com a dor no doente crítico, intitulada “Avaliação da dor no doente crítico – a intervenção do Enfermeiro Especialista”.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016), a dor em doentes críticos é considerada muito comum e a sua gestão representa um desafio universal. Os profissionais de saúde subestimam, ainda, a dor no doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade deste tipo de doentes perante procedimentos dolorosos a que são submetidos constantemente durante o seu internamento.

Analisando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) é o cuidar “(...) da pessoa (...) a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, sendo que uma das unidades de competências subjacente refere-se à “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359, p. 19363). Assim, é dever do enfermeiro especialista identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; demonstrar conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da PSC ou falência orgânica; garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Neste relatório pretende-se analisar, de forma reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEMC-PSC e as competências de mestre, que foram adquiridas ao longo dos estágios. No âmbito do projeto desenvolvido na prática clínica, definiu-se como objetivo geral deste projeto contribuir para a melhoria da avaliação e gestão da dor e como objetivos específicos formar a equipa de enfermagem acerca da temática e propor uma norma sobre avaliação da dor no doente crítico.

Este projeto de intervenção profissional foi realizado através da metodologia de projeto. Segundo Ruivo et al. (2010, p.2), a metodologia de projeto

“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”.

Estes mesmos autores consideram a existência de cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação dos resultados.

Este trabalho está estruturado em diferentes partes, respeitando as indicações patentes no Regulamento do Estágio Final e no Relatório do Mestrado em Enfermagem. Após a introdução encontra-se a contextualização do local onde foi desenvolvido o Estágio Final. Posteriormente é realizado um enquadramento teórico sobre o tema, bem como a teoria de enfermagem que o suporta, Teoria de Katharine Kolcaba. De seguida, é explorada a estratégia de intervenção profissional, com recurso à metodologia de projeto, desenvolvida na área da dor do doente crítico, apresentando, detalhadamente, todo o processo inerente à mesma. No ponto seguinte, é explanada uma análise reflexiva das diferentes competências, mediante uma análise crítica das atividades desenvolvidas e a sua fundamentação com a evidência científica. Finaliza-se com uma conclusão, onde sintetizamos os principais aspetos deste relatório, seguida das referências bibliográficas consultadas. Da estrutura deste trabalho fazem ainda parte, os anexos e apêndices, como complemento da leitura deste relatório.

O presente documento foi realizado de acordo com a 7ª Edição das Normas *American Psychological Association* (APA) e com o acordo ortográfico em vigor.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este capítulo ilustra a caracterização de uma instituição hospitalar da região a sul do Tejo e do serviço Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde foi realizado o Estágio Final, com dados da instituição e com descrição dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis, bem como dos cuidados produzidos e a sua população alvo. O objetivo deste capítulo prende-se com a contextualização das atividades desenvolvidas durante a intervenção profissional. É de referir que se procurará não identificar a instituição, bem como as pessoas que a constituem, pelo que a instituição irá ser intitulada de Hospital a Sul do Tejo (HST).

1.1. Caracterização do Hospital

O Hospital onde foi realizado o Estágio Final existe há cerca de quinhentos anos e é a maior e principal unidade hospitalar da sua área geográfica, sendo aquela que oferece maior diferenciação.

Como principais objetivos do Hospital destacamos:

- “a) Contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o setor social e privado;
- b) Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- c) Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- d) Melhorar a eficiência técnica e económica;
- e) Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- f) Valorizar o capital humano;
- g) Otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação” (HST, s/d).

A missão do HST é prestar “cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (HST, s/d).

O HST rege-se, ainda, pelos valores de respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação; e trabalho de equipa (HST, s/d).

É de louvar que o HST se destaca como referência na sua área geográfica em áreas clínicas. Primeiramente, o Serviço de Urgência (SU) é o único em toda a sua região, bem como o serviço de Nefrologia, Neurologia com a existência da Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Dermatologia, Hematologia, e Anatomia Patológica (HST, 2021).

A nível de técnicas, a experiência em diálise peritoneal, coloca este hospital em destaque a nível nacional. Também o serviço de Gastroenterologia serve toda a área da Administração Regional de Saúde (ARS) da área envolvida, proporcionando exames de diagnóstico e terapêutica, colaborando com a mesma em diversos rastreios. O serviço de Cardiologia é o único da região que possui uma Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e conta também com a Unidade Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção com cobertura de 24 horas, permitindo a realização de angioplastias, cateterismos, inserção/revisão de *pacemakers* e dispositivos cardíacos. O serviço de Pneumologia garante a realização de exames diferenciados, nomeadamente broncoscopias e toracoscopias, correspondendo a técnicas que apenas se encontram disponíveis no HST. O serviço de Imagiologia dispõe de um equipamento de Ressonância Magnética e de Angiografia por Tomografia Computorizada (Angio-TAC), únicos na região. Por último, o serviço de Oncologia assegura a supervisão do tratamento de todos os utentes da região, através de protocolos elaborados com as restantes unidades (HST, 2021).

Na área cirúrgica existem também especialidades em que o HST funciona como Hospital Central de toda a Região, como é o caso da Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Bariátrica (HST, 2021).

Relativamente à área materno-infantil, o Hospital tem um serviço de Obstetrícia com idoneidade reconhecida pelo colégio da especialidade da Ordem dos Médicos e que garante o apoio perinatal diferenciado a toda a região, dispondo de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia (HST, 2021).

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental possui internamento de doentes agudos e crónicos, havendo, também uma grande aposta no ambulatório, de forma a prestar cuidados de proximidade e ajustar o trabalho desenvolvido às necessidades existentes (HST, 2021).

Mais recentemente, em dezembro de 2020 foi criado o serviço de Hospitalização Domiciliária, tendo como objetivo a modernização da resposta às necessidades dos utentes, personalizando a interação doente-enfermeiro-médico e proporcionando uma diferente gestão dos recursos que o HST tem ao seu dispor (HST, 2021).

1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Em 1952, o aparecimento da epidemia de poliomielite em Copenhaga, constituiu um desafio que promoveu o desenvolvimento das primeiras UCI, com necessidade de utilização de suporte respiratório nos doentes com insuficiência respiratória consequente da poliomielite bulbar. Resultante desta necessidade, foi crucial haver um avanço na compreensão de temáticas como o equilíbrio ácido-base e as trocas gasosas (Paiva et al., 2017).

Outros fatores que despoletaram o desenvolvimento das UCI foram os ferimentos graves resultantes da guerra, que implicaram uma necessidade de resposta na lesão traumática e na infeção grave e o aparecimento dos sistemas de emergência de resposta rápida pré-hospitalar, nomeadamente para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) (Paiva et al., 2017).

Em Portugal, as primeiras UCI surgiram no final da década de cinquenta do século XX, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses (Paiva et al., 2017).

Paiva et al. (2017, p.6), define medicina intensiva como “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”.

A UCI é um serviço hospitalar heterogéneo com dotação de recursos humanos e materiais essenciais para admitir doentes clinicamente instáveis e complexos em cuidados de saúde. Destaca-se, também, por ser um dos serviços mais dispendiosos economicamente, o que acarreta uma necessidade crescente de demonstrar eficácia clínica e eficiência económica (Rocheta, 2018).

As UCI podem ser classificadas em três níveis - nível I, II e III - de acordo com o grau de necessidade de cuidados prestados aos doentes. A unidade de nível I é o equivalente a uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) e admite doentes com risco ou falência de órgão. Este tipo de unidade é dotado de vigilância e monitorização dos doentes de forma não/pouco invasiva e tem a possibilidade de se articular com outras unidades de nível superior. Por outro lado, uma unidade de nível II comporta monitorização invasiva e tem a capacidade de proporcionar suporte de órgão, no entanto, não tem acesso permanente a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas como a neurocirurgia, cirurgia torácica e cirurgia vascular. No que diz respeito às unidades de nível III, estas são constituídas por uma equipa de enfermagem e médica qualificada, com assistência médica por um intensivista durante 24h, têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta ao

SU e aos restantes serviços do Hospital. Referente a este último tipo de unidade, a mesma detém um controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados intensivos (Rocheta, 2018).

A UCIP do HST está classificada como nível II, uma vez que tem capacidade para monitorização invasiva e suporte de funções vitais, podendo, ocasional ou de forma permanente, não garantir o acesso a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas e a meios de diagnóstico, tendo necessidade de se articular com unidades de nível superior.

O rácio de doentes por enfermeiro é estipulado consoante o nível da unidade e consequentemente o tipo de cuidados prestados aos doentes. Assim sendo, segundo o Regulamento nº 743/2019 (2019), as unidades de nível I têm um rácio enfermeiro/doente de 1:3, as de nível II têm um rácio de 1:2 e as unidades de nível III têm um rácio de 1:1, sendo cumprindo estes parâmetros na UCIP do HST.

No que diz respeito à missão e aos valores da UCIP do HST, são enquadrados os seguintes objetivos:

“A) Providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos, orientados em três vertentes:

1- Preservar a Vida Humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, para doentes do foro médico, cirúrgico e traumatológico, com situações clínicas que comprometam a vida e que sejam potencialmente reversíveis.

2- Providenciar cuidados especializados de reabilitação aos doentes internados na UCI no início do processo de recuperação da sua doença crítica.

3- Para aqueles doentes que foram admitidos na UCI para tratamento intensivo, mas que durante o processo desse tratamento se verificou terem situações clínicas irreversíveis, ou em relação aos quais, por esse motivo, foi decidido suspender ou não implementar novas medidas de suporte artificial de funções vitais, a UCI tem como missão providenciar ao doente um processo de morte sem sofrimento, e aos seus familiares cuidados de conforto.

B) Elaborar e implementar sistemas, conjuntamente com outros serviços do hospital, que permitam melhorar a assistência ao doente crítico fora da UCI.

C) Explorar caminhos através da formação contínua para prevenir o desenvolvimento da doença crítica.

D) Providenciar um ambiente académico propício à formação pós-graduada em cuidados intensivos.” (HST, 2021).

Como áreas de atuação, a UCIP oferece a monitorização hemodinâmica, a ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI), as técnicas de substituição da função renal (TSFR), a analgesia e sedação, a nutrição entérica e parentérica, o controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), a avaliação e melhoria contínua da qualidade, a humanização, a consulta externa e a formação contínua em cuidados intensivos.

Durante o Estágio Final observámos que a maioria dos doentes eram provenientes do SU do

mesmo hospital e que os diagnósticos mais frequentes dos doentes internados são o choque misto; choque cardiogénico; politrauma; *status* pós-paragem cardiorrespiratória; falência renal com necessidade de técnicas dialíticas contínuas; EAM; insuficiências cardíacas; doentes de cirurgia vascular; e pós-operatórios complicados.

1.2.1. Recursos físicos e materiais

A UCI do HST foi inaugurada em fevereiro do ano de 1994 e está integrada no departamento de urgência. É um serviço munido de instalações, profissionais e equipamentos capazes de assegurar um tratamento eficaz ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica.

Está localizada no 2º piso do edifício principal, junto ao Bloco Operatório e ao Serviço de Cirurgia I e ainda de fácil acesso ao SU, Patologia Clínica e Imagiologia.

A lotação total é de 8 camas, sendo uma delas, o quarto de isolamento. Como dependências funcionais, a unidade apresenta uma sala de trabalho, na qual se encontra todo o *stock* de farmácia, material de consumo clínico necessário à preparação de terapêutica, bancadas de trabalho, lavatório, frigorífico de medicação e aparelho de avaliação de gasimetrias; uma sala de resíduos hospitalares, roupa suja, *stock* de material de limpeza assim como de outros produtos de desinfeção, arrumação e limpeza; uma copa; uma sala com material diverso de consumo clínico; um gabinete médico; diversos armários onde são armazenados a roupa limpa e materiais esterilizados; uma zona de *open space* central à unidade, com mesa e cadeiras, que funciona como local para registos e vigilância dos doentes pela equipa de enfermagem; um vestiário e dois sanitários com zona de duche para uso dos profissionais; uma sala de comunicação de más notícias; um *hall* de entrada onde se encontra um espaço para a administrativa da unidade e também onde se encontra um armário para armazenamento de material de consumo direto.

A unidade do doente está devidamente equipada e apresenta uma *check list* (Anexo A) com material e equipamentos obrigatórios que são repostos e testados ao pormenor, com o objetivo de uma atuação rápida e eficaz na prestação de cuidados. Esta *check list* está organizada conforme o grau de necessidade de utilização. Assim como a unidade do doente, também o carro de emergência está altamente equipado com todo o material necessário de acesso fácil e devidamente identificado para que seja utilizado rapidamente e de forma correta. É de extrema importância o ambiente que circunda o doente, uma vez que, uma organização eficaz permite uma avaliação hemodinâmica minuciosa do doente crítico. Além disso, os equipamentos

possibilitam uma vigilância criteriosa do estado clínico do doente.

Para além disto, foi criada uma UCI para doentes positivos para Covid-19 que atualmente se encontra no 4.º piso e é constituída por uma sala *open space* com lotação para 4 camas, 1 quarto de isolamento e ainda 6 camas em quartos que pertencem, de momento, à UCIM. A nível de recursos materiais segue as mesmas regras do que a UCI para doentes não-Covid. De salientar que durante o Estágio Final, a prática clínica foi exercida nos dois contextos de UCI, quer a nível de doentes positivos para Covid-19 e para doentes não-Covid-19.

No que diz respeito ao período de visitas para os doentes internados na UCIP, anteriormente à pandemia por Covid-19, as visitas decorriam entre as 15h e 15:30h e entre 19h e 19:30h, sendo permitido um máximo de três visitas por doente, entrando uma de cada vez na unidade. Atualmente são previamente agendadas, de maneira a não haver contato entre visitas, sendo apenas permitida uma pessoa de referência por doente. Os visitantes devem vestir bata, usar máscara e fazer a desinfecção das mãos antes de entrar na unidade. A família pode obter informações por contato telefónico, todos os dias entre as 10h e 21h, sendo fornecidas por enfermeiro ou médico. A unidade possui, ainda, um guia de acolhimento às visitas com normas e deveres.

1.2.2. Recursos humanos

A equipa multidisciplinar da UCIP é constituída por enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de ação médica, uma administrativa e equipa de limpeza. Existe ainda a colaboração de outros profissionais tais como: fisioterapeuta, assistente social, dietista, terapeuta da fala, otorrinolaringologista, anestesista e serviço religioso que se deslocam ao serviço quando necessário e sempre que solicitados. A unidade conta com serviços de apoio como a farmácia, armazém, esterilização, bloco operatório, imagiologia e laboratório. Algumas das especialidades que colaboram com a UCIP, em caso de necessidade, são a pneumologia; gastroenterologia; cirurgia geral; cirurgia cardiotorácica, entre outras. As comissões de apoio à UCIP são a equipa do Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que se encontra sempre presente, a comissão de ética que fornece reuniões de 6 em 6 meses e/ou quando solicitada e a equipa de doação de órgãos, em caso de necessidade.

A equipa médica é constituída por 1 diretor geral, 8 médicos efetivos a tempo inteiro e 4 que exercem trabalho externo a tempo parcial. A equipa de enfermagem é constituída por 45 enfermeiros, uma enfermeira responsável e um enfermeiro como segundo elemento, sendo

que, 9 dos enfermeiros são especialistas em EMC-PSC e 4 são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A equipa de técnicos auxiliares de ação médica é constituída por 27 profissionais.

Os elementos da equipa de enfermagem e técnicos auxiliares de ação médica trabalham através do sistema de *roulement*. Durante a maior parte do estágio, os turnos foram de 12:30 horas divididos em turno da manhã (8h-20:30h) e turno da noite (20h-8:30h), no entanto, atualmente, os turnos são de 8:30 horas, divididos em turno da noite (00h-8:30h), turno da manhã (8:00h-16:30h) e turno da tarde (16:00h-00:30). Em regime de horário de 12 horas, no turno da manhã encontravam-se escalados 7 enfermeiros e 5 assistentes operacionais e o turno da noite com 6 enfermeiros e 4 assistentes operacionais. Em regime de horário de 8 horas, no turno da manhã encontram-se escalados 7 enfermeiros e 5 assistentes operacionais, no turno da tarde 6 enfermeiros e 4 assistentes operacionais, bem como no turno da noite. Em cada turno um enfermeiro é destacado para ser o responsável, sendo o critério de seleção determinado pelo tempo de especialidade e nível de cuidados do(s) doente(s).

O método de trabalho instituído na UCI é o método individual de trabalho, pelo que cada enfermeiro é responsável pelo(s) doente (s) que lhe(s) é (são) atribuído(s), prestando-lhe(s) assim todos os cuidados, bem como à sua família. O plano de trabalho (distribuição dos doentes pelos enfermeiros) é realizado a cada turno pelo enfermeiro responsável, consoante o nível académico dos profissionais.

Ainda neste capítulo, é importante frisar que a unidade tem um plano de emergência, incêndio e catástrofe que está sempre atualizado, sendo que as equipas têm formação de teor prático de 3 em 3 anos, tendo agendada nova formação para o ano 2022.

1.3. Análise da Produção dos Cuidados

Tendo por base o Relatório de Gestão do HST relativo ao ano de 2020, o último disponível, houve um significativo decréscimo relativamente aos valores homólogos, consequência direta da pandemia causada pelo Covid-19 (Tabela n.º 1).

Tabela n.º 1 – Produção realizada por linha de atividade

Produção	2019	2020
GDH Médicos	8.008	7.323
GDH Cirúrgicos	5.210	3.889
Consultas Externas	213.610	166.846
Urgência (atendimentos)	74.514	53.915
GDH Médicos de Ambulatório	5.531	4.998
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	5.714	4.731

Fonte: HST (2021)

A atividade de internamento hospitalar durante o ano de 2020 apresentou-se, como seria exetável, abaixo da verificada no ano de 2019, uma vez que houve necessidade de se mobilizarem serviços, transformando cerca de 110 camas convencionais em 70 camas para doentes Covid-19. Assim, a atividade de internamento hospitalar apresenta um decréscimo em relação ao homólogo e à meta definida nos doentes médicos (-8,6% e -3,4%) e cirúrgicos (-25,3% e -9,6%) (HST, 2021).

Decorrente das dificuldades em matéria de internamento hospitalar, o HST reforçou a sua aposta no ambulatório em 2020, sendo que a atividade realizada representou um total de 70,9% da atividade cirúrgica, evidenciando um aumento relativamente a 2019 (66,7%). Ainda assim, a atividade que resultou em GDH cirúrgico de ambulatório teve um desempenho negativo, encerrando o ano de 2020 abaixo do valor homólogo (-17,2%) e do orçamentado (-3,3%). No que concerne aos GDH de ambulatório médico, terminaram o ano abaixo do valor de 2019 e da meta orçamentada, sendo que tal desempenho se encontra influenciado pelas consequências da pandemia, mas também pela introdução de terapêuticas/procedimentos que não geram GDH médicos, como por exemplo, a administração de quimioterapia oral em substituição da

quimioterapia tradicional ou o acréscimo de doentes tratados ao abrigo do programa de tratamento da doença oncológica (HST, 2021).

A atividade do bloco operatório, quando medida em número de intervenções cirúrgicas, apresenta igualmente, um decréscimo em todas as dimensões (convencional, ambulatorio e urgente). Houve um período de suspensão da atividade programada e considerada não urgente e, além disso, o serviço esteve em regime de prontidão para eventual transformação em UCI-COVID (HST, 2021).

No ano de 2020, o HST realizou um total de 166.846 consultas externas, representando uma diminuição de 21,9% relativamente ao ano anterior. A área da consulta foi igualmente afetada pela suspensão da atividade considerada não urgente (HST, 2021).

O número de atendimentos na urgência em 2020 ficou abaixo relativamente ao homólogo (-27,6%) e ao valor contratualizado (-11,5%). Nesta linha de atividade foi notório o receio que a pandemia induziu na população, na medida em que, apesar do HST ter estado sempre preparado para os receber, a procura pelos SU decresceu sempre que o número de novos casos de infeção aumentou. O HST registou, em média, 148 atendimentos por dia (HST, 2021).

A produção interna de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT'S) apresentou um decréscimo, em relação a 2019, de cerca de 20,4%. Os MCDT's são auxiliares das linhas de produção principais, pelo que a sua atividade acompanha a tendência de diminuição das linhas de produção principais (HST, 2021).

A nível de recursos humanos, em dezembro de 2020, o HST contava com 1.777 funcionários, mais 155 do que no final do ano anterior. A pandemia obrigou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) a um esforço adicional em matéria de recursos humanos (HST, 2021).

Relativamente à **análise de produção de cuidados da UCIP do HST**, foi consultado o relatório de atividades de 2021, concedido pela Enfermeira Chefe e pelo Diretor Clínico do serviço.

No referido ano, a unidade apresentou uma taxa de ocupação de 73,56%. Foram admitidos na unidade cerca de 309 doentes, apresentando um tempo médio de internamento de 7,55 dias. A tipologia de doentes internados no serviço é variada e compreende doentes do foro médico (179 doentes), cirúrgico (97 doentes), politrauma (20 doentes) e cardíaco/coronário (13 doentes). A taxa de mortalidade foi de, aproximadamente, 24,92% (77 doentes).

Através da análise dos dados fornecidos, salientamos que, dos doentes cirúrgicos em situação crítica, 17 foram submetidos a pós-operatórios cirúrgicos eletivos e 80 doentes a pós-cirúrgicos urgentes.

Relativamente a dados mais específicos, como por exemplo o tipo de ventilação utilizada nos doentes, podemos afirmar que 206 doentes necessitaram de EOT e VMI, tendo uma média de 9 dias de duração. Por outro lado, 103 doentes não foram submetidos a qualquer tipo de

ventilação mecânica. Importa referir, neste contexto, que 156 doentes foram sujeitos, de acordo com decisão clínica, a uma extubação orotraqueal programada.

Infelizmente, não nos foi fornecida qualquer informação sobre as IACS inseridas na unidade, nomeadamente dados sobre a incidente Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), infeções associadas a dispositivos como o Cateter Venoso Central (CVC) e Cateter Vesical.

De ressaltar que os recursos humanos da UCIP eram escassos perante a situação de pandemia que o Mundo enfrentava, pelo que foi necessário a aquisição de médicos intensivistas e a mobilização de enfermeiros e técnicos auxiliares de ação médica provenientes de outros serviços, para que pudesse ser dada uma resposta eficaz ao doente crítico.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo, subdividido em dois subcapítulos, apresentamos a teoria que norteou o nosso projeto de intervenção e a nossa prática de cuidados, a Teoria de Khatarine Kolcaba e, o principal conceito inerente ao projeto, a dor.

2.1. Teoria do Conforto de Khatarine Kolcaba

Ao longo destes anos, a enfermagem tem conduzido a sua prática profissional através de conhecimentos teóricos, por reconhecer a importância da fundamentação teórica para a prática científica, bem como para a qualidade dos cuidados. Neste contexto, as teorias de enfermagem têm favorecido a implementação de evidência científica a partir do desenvolvimento dos metaparadigmas de enfermagem – saúde, ambiente, enfermagem e pessoa (Cardoso et al., 2019).

A dor é considerada uma experiência individual, subjetiva e é compreendida como uma sensação desagradável. Pode envolver aspetos multidimensionais e é exclusiva a cada indivíduo consoante as suas experiências vivenciadas. Embora o conforto não se restrinja apenas à ausência de dor, a mesma está intrinsecamente relacionada ao desconforto (Oliveira et al., 2020).

Pela clara relação existente entre a dor e o conforto, enquadrou-se o projeto e tema deste relatório na Teoria do Conforto de Khatarine Kolcaba, com a justificativa de ser a teoria mais direcionada para definir as estratégias de intervenção de enfermagem na área do conforto e pelo facto de estar bem documentado que os doentes em UCI experienciam desconforto físico e psicológico, incluindo a dor.

Esta teoria é considerada uma teoria de médio alcance e tem sido muito utilizada como fundamentação para a implementação do processo de enfermagem (Cardoso et al., 2019).

Kolcaba define conforto como “uma experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência atendidas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental” (Castro et al., 2021). O conforto é, ainda, considerado, uma necessidade básica da pessoa e um resultado crucial do cuidado de enfermagem (Cardoso et al., 2019).

A gestão do conforto trata-se de uma prioridade para os doentes em qualquer ambiente de promoção da saúde. A Teoria do Conforto oferece uma abordagem fundamental e holística para essa gestão. Quando o conforto é fornecido aos doentes, os mesmos, consciente ou subconscientemente, desenvolvem comportamentos dirigidos para um estado de bem-estar (Cardoso et al., 2019).

Kolcaba idealiza o conforto como resultado do cuidado de enfermagem, alcançado através do fortalecimento das necessidades de alívio – condição na qual foi satisfeita uma necessidade da pessoa e que irá contribuir para o seu estado de saúde -, tranquilidade – estado de serenidade e bem-estar para que o doente consiga desenvolver um desempenho proativo na sua recuperação - e transcendência – estado em que o doente reúne condições necessárias para planejar a sua vida e para a resolução dos seus problemas (Cardoso et al., 2019). Kolcaba distingue ainda quatro contextos holísticos: físico - sensações corporais ou mecanismos homeostáticos; psicoespiritual - significado da vida da pessoa e consciência de si; sociocultural - relações interpessoais, familiares e sociais e aspetos financeiros; ambiental - meio externo que rodeia a pessoa (Castro et al., 2021).

A autora da teoria descreve várias intervenções para promoção do conforto: técnicas - realizadas para manter ou recuperar funções fisiológicas e prevenir complicações; *coaching* – intervenções para aliviar a ansiedade, fornecer segurança, ter uma escuta ativa e ajudar no planeamento para recuperação; intervenção de transcendência - massagem, ambiente tranquilo, musicoterapia, imaginação e vivência de memórias (Castro et al., 2021).

Kolcaba refere que as intervenções que promovam conforto podem ter consequências positivas no tratamento do doente crítico, perspetivando uma melhor recuperação (Bravo, 2020).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental e privilegiado no processo de cuidar, uma vez que pode proporcionar sensações de confiança, segurança, tranquilidade, bem como de alívio, através de cuidados de conforto (Oliveira et al., 2020).

Atualmente, os enfermeiros tem ao seu dispor vários recursos para aliviar o desconforto dos doentes, no entanto, é necessária, previamente, uma abordagem sistémica do problema. A realização do processo de enfermagem com as medidas que possam ser selecionadas para promover o conforto do doente, pode ser determinante para recuperar rapidamente o seu estado de saúde (Bravo, 2020).

Como enfermeiro especialista, é exetável que o mesmo consiga antecipar e reconhecer quais os fatores que poderão ser promotores de desconforto para o doente crítico e agir no sentido de os colmatar, promovendo conforto (Bravo, 2020).

2.2. Dor

Segundo a *International Association for the Study of Pain*, dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, ou descrita em termos de tal dano” (Raja et al., 2020, p.1). A dor é também um sinónimo de “sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite e compromisso do processo de pensamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11).

A importância da dor aguda provém do facto de constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população. Isto surge porque, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca também alterações fisiopatológicas que contribuem para o desenvolvimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Relativamente à dor crónica, esta pode estar presente na ausência de uma lesão objetivável ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. É neste momento que a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Pelas consequências descritas, o controlo da dor deve ser visto como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo indispensável na humanização dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2008). Assim, o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que dela padecem e por isso foi considerado como o quinto sinal vital, pela Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003).

No âmbito das competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro tem como foco de atenção a dor, contribuindo para a satisfação, bem-estar e autocuidado do doente. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contato, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Existem atualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da dor. Desta forma, o sucesso da estratégia planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. Por isso, é crucial uma avaliação e registo da intensidade da dor, de uma forma constante e adequada, como qualquer outro sinal vital. Através de uma avaliação correta, os profissionais de saúde têm a oportunidade de ajustar a terapêutica, oferecendo uma maior segurança à equipa e uma qualidade de vida ao doente (Direção-Geral

da Saúde, 2003).

Com a implementação da Circular Normativa nº 09/2003, a Direção-Geral da Saúde considerou como essenciais alguns aspetos que fomentem uma norma de boa prática: registo sistemático da dor; utilização de escalas para mensuração da dor; e inclusão da intensidade da dor num espaço próprio na folha de registo dos sinais e sintomas (Direção-Geral da Saúde, 2003).

No que diz respeito à dor no doente crítico, trata-se de uma temática muito comum e a sua gestão representa um desafio universal. Muitas vezes, os profissionais de saúde subestimam a dor no doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade deste tipo de doentes perante procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, “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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem à PSC são prestados de uma forma contínua, com o objetivo de dar resposta às necessidades do doente para manter as funções básicas coincidentes com a vida, mas também para prevenir possíveis complicações e atenuar as inabilidades. Este tipo de cuidados exige

“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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Analisando o mesmo Regulamento, uma das competências do EEEMC-PSC é “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, sendo que uma das suas unidades de competências se refere à “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19369, p. 19363). Assim, é dever do enfermeiro especialista identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; demonstrar conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica ou falência orgânica; garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

O doente crítico nem sempre comunica verbalmente, sendo este um dos maiores obstáculos em cuidados intensivos. Por isso, deve haver uma especial atenção a manifestações de dor que nos podem auxiliar na avaliação da mesma. Existem dois tipos de manifestações: neurovegetativas e comportamentais.

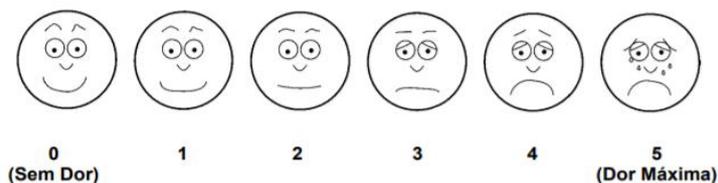
São consideradas manifestações neurovegetativas quando existe modificação, sem outra causa documentada, de tensão arterial (TA), frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC). A dor produz uma resposta fisiológica ao *stress* que inclui o aumento da FC e da TA para fornecer oxigénio e outros nutrientes aos órgãos vitais. Desta forma, são presenciadas respostas fisiológicas do doente à dor como a taquicardia, taquipneia ou hipertensão arterial (Erden et al., 2018).

Já as manifestações comportamentais são observadas através da alteração da mímica facial e da inquietação psicomotora (Silva, 2013).

Após identificada a existência de dor, torna-se crucial mensurá-la. A Ordem dos Enfermeiros (2008) descreve várias escalas de avaliação da dor com várias especificidades incluindo o tipo de dor e a população-alvo. Entre as várias existentes, destacamos alguns exemplos como a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Visual Numérica (EVN), Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), Escala Qualitativa, *Behavioral Pain Scale* (BPS). As escalas utilizadas no serviço UCIP do HST são a EVA, a EVN e a BPS.

A EVA apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais que refletem magnitudes de intensidades de dor diferentes. Por isso, a escala traduz seis imagens de faces com várias expressões (Figura n.º 1) e pretende-se que o doente selecione a face que é consistente com o seu nível atual de dor. É de ressaltar que esta escala é apenas utilizada em doentes conscientes que conseguem comunicar (Direção-Geral da Saúde, 2003).

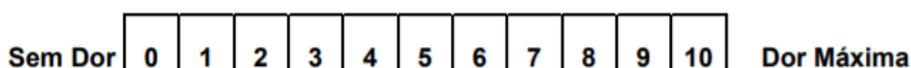
Figura n.º 1 – EVA



Fonte: Direção-Geral da Saúde (2003)

A EVN consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 (Figura n.º 2). Com esta escala, pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde a classificação “sem dor” e 10 a classificação “dor máxima” (a pior dor que o doente sentiu). À semelhança da escala anterior, é apenas utilizada em doentes conscientes e que conseguem comunicar (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Figura n.º 2 – EVN



Fonte: Direção-Geral da Saúde (2003)

Contrariamente às anteriores, a BPS trata-se de uma escala utilizada para avaliar a intensidade da dor em doentes que não conseguem comunicar verbalmente, isto é, em caso de doentes sedados, sob ventilação mecânica invasiva (VMI) ou inconscientes. Este tipo de doentes são bastante incidentes em serviços de cuidados intensivos, pelo que esta escala é a mais utilizada.

A BPS avalia parâmetros como a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. O seu *score* vai de 3 a 12 pontos (Figura n.º 3) (Fortunato et al., 2013).

Figura n.º 3 – BPS

Indicador	Item	Pontuação	
Expressão facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3	
	Careta = esgar facial	4	
Movimentos 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	

Fonte: Batalha et al. (2013)

Os comportamentos de dor considerados para utilização desta escala são a face contorcida, testa franzida, rigidez facial, pálpebras cerradas, nariz franzido, lábio superior levantado e punhos cerrados. É importante referir que a adaptação ao ventilador, de forma isolada, não é considerada um critério específico, uma vez que pode ser causada por outros fatores como a hipoxemia, broncospasmo, presença de secreções ou tubo endotraqueal deslocado. No entanto, juntamente com outros parâmetros de avaliação, pode ser um indicador importante da intensidade da dor (Fortunato et al., 2013).

Em doentes sob analgesia com uma avaliação de *score* > 4, implica que haja um ajuste terapêutico. No caso de avaliação em doentes tetraplégicos com *score* > 3 implica também um ajuste de terapêutica porque é anulado o parâmetro do movimento dos membros (Fortunato et al., 2013).

Após identificação e caracterização da dor, o enfermeiro deve optar por uma abordagem adequada que nem sempre é exclusivamente farmacológica. Está comprovado que o controlo da dor é mais eficaz quando são envolvidas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, em conjunto, sendo estas últimas de baixo custo e de fácil utilização para os profissionais e para os próprios doentes ou cuidadores após a alta (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros (2016) classifica as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitiva-comportamentais e de suporte emocional.

Entre as intervenções não farmacológicas físicas destacamos a termoterapia – através da aplicação de calor ou frio - e a massagem.

A **aplicação do calor** promove a vasodilatação, através do aumento do fluxo sanguíneo na área afetada, bem como o aporte e distribuição de nutrientes e a remoção de metabolitos. Além disso, reduz a viscosidade sanguínea e tensão muscular, melhorando a distribuição de leucócitos no local afetado. Produz, também, o relaxamento muscular e reduz a dor provocada por espasmos ou rigidez (Sousa, 2009).

Esta técnica trata-se de um método por condução ou convexão, sendo a elevação térmica lenta e distribuída superficialmente aos tecidos orgânicos. Está indicada em patologias crónicas onde a dor e a contratura são dominantes e contraindicada em situações de infeção, hemorragia ativa, traumatismos agudos e insuficiência venosa (Cunha, 2018; Sousa, 2009).

A aplicação da fonte de calor deve ser realizada através de imersão ou aplicação de sacos de água quente ou compressas humedecidas, com temperatura entre 40°C a 45°C, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao dia. É importante vigiar a temperatura, coloração e aspeto da pele, assim como colocar uma proteção entre a fonte de calor e a pele e não ultrapassar o tempo recomendado (Cunha, 2018).

Já a **aplicação do frio** reduz a velocidade dos impulsos nervosos, diminuindo os estímulos dolorosos ao sistema nervoso central e aumentando o limiar doloroso. Alivia o espasmo muscular pela redução da atividade muscular, produz vasoconstrição, uma vez que, ao reduzir o fluxo sanguíneo local previne o edema e atenua a inflamação. Além disso, promove a redução do metabolismo celular através da diminuição da necessidade de aporte de oxigênio às células e aumenta a viscosidade sanguínea que promove a coagulação nas zonas afetadas (Cunha, 2018; Sousa, 2009).

Esta técnica está contraindicada em casos de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade (Cunha, 2018).

A aplicação da fonte de frio deve ser realizada através de aplicação de sacos de água fria, sacos de gelo, toalhas geladas, compressas frias ou imersão em água fria durante 10 a 15 minutos, ao longo do dia. Durante a sua aplicação deve ser colocada uma proteção entre a fonte fria e a pele, vigiar alterações na coloração e aspeto da pele, não ultrapassando o tempo de exposição recomendado (Cunha, 2018).

No que diz respeito à **massagem**, o ato de massajar e pressionar partes do corpo tem como objetivos facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A massagem desencadeia a ativação do sistema nervoso parassimpático e suprime a atividade do sistema nervoso simpático através da estimulação dos recetores da pele, melhorando a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático e relaxamento da musculatura. Em termos loco-regionais, a massagem e a manipulação sistematizada dos mecanorreceptores proprioceptivos determina um bloqueio medular da dor. Além disso, estimula o sistema opióide endógeno com libertação de encefalinas circulantes, o que justifica a sensação de bem-estar consequente (Jagan et al., 2019; Cunha, 2018; Sousa, 2009).

Esta técnica está contraindicada em patologias dérmicas, cicatrizes recentes ou feridas abertas, zonas adjacentes a fraturas recentes, articulações ou tecidos com inflamação aguda e sinais de compromisso circulatório (Sousa, 2009).

A massagem deve ser realizada através de movimentos de deslizamento, fricção, percussão, compressão e vibração. A utilização de óleos ou cremes ajudam na realização dos movimentos (Sousa, 2009).

Nas intervenções cognitiva-comportamentais destacamos a terapia cognitiva-comportamental e o treino de habilidades de *coping*.

A **terapia cognitiva-comportamental** é uma combinação de técnicas terapêuticas cognitivas – como por exemplo a diversão e a atenção – com técnicas comportamentais – como o relaxamento e o treino da assertividade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Esta técnica tem como objetivos ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor, por exemplo através da diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças, a aumentar a sensação de controlo, bem como de diminuir comportamentos não adaptativos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O **treino de habilidades de coping** consiste em ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de *coping*, que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, com o objetivo de desenvolver habilidades para controlar/gerir a dor e o *stress* (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Nas intervenções de suporte emocional destacamos o toque terapêutico e o conforto.

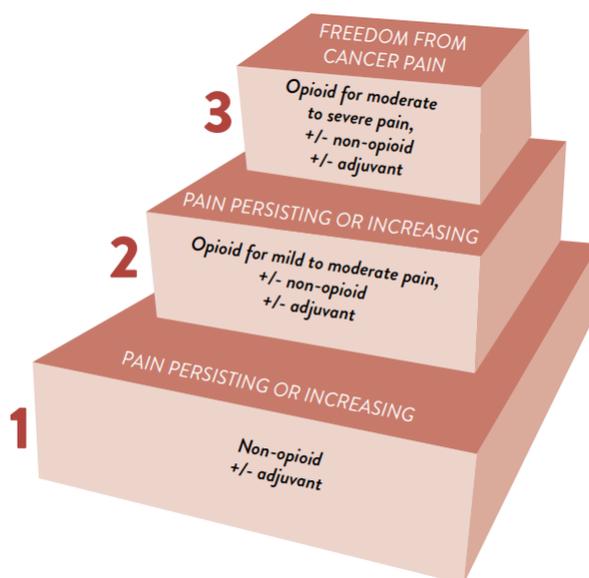
O **toque terapêutico** é um processo intencional onde são utilizadas as mãos para dirigir ou modular o campo energético com o objetivo de promover apoio e segurança através do contacto pele a pele e também de promover relaxamento e reduzir a ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O **conforto** trata-se de uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal através da promoção de apoio, segurança e relaxamento, objetivando, conseqüentemente, uma redução da ansiedade e controlo da dor (Cunha, 2018).

Sousa (2009) enuncia como formas de promover o conforto, a otimização da roupa da cama, certificando-se de que não apresenta vincos ou outros materiais esquecidos que provoquem estímulos dolorosos; manutenção do alinhamento corporal do doente durante os posicionamentos, usando um lençol para alternância de decúbitos; transferência para um quarto mais calmo, longe do centro de atividade; redução de luzes intensas; diminuição das interações verbais; redução do som de ruídos desnecessários como a televisão, rádio ou vozes; restrição do número de visitas; utilização de almofadas nos posicionamentos; suporte dos membros e articulações, ao manipular uma extremidade; usar colchões de pressão alternada; evitar movimentos bruscos na cama; evitar que a roupa da cama toque nas extremidades dolorosas, procurando alternativa como o equipamento de gaiola; e auxiliar nos movimentos e avaliar a flexibilidade articular.

Como complemento às intervenções não-farmacológicas, surge a importância da farmacologia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um conjunto de *guidelines* para o controlo da dor organizadas num esquema intitulado de “Escada da OMS” (Figura n.º 4). Este instrumento tornou-se num esquema *standard* para o tratamento da dor geral, embora tivesse sido criada para controlar a dor oncológica (Afonso, 2021).

Figura n.º 4 – Escada analgésica OMS



Fonte: WHO, 2018

A escada analgésica é caracterizada por ser uma das etapas do tratamento da dor, através da aplicação de fármacos, de acordo com o tratamento e intensidade da dor do doente, a partir da combinação de anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), opióides fracos e fortes, em combinação com outros medicamentos adjuvantes (Vorpapel et al., 2021).

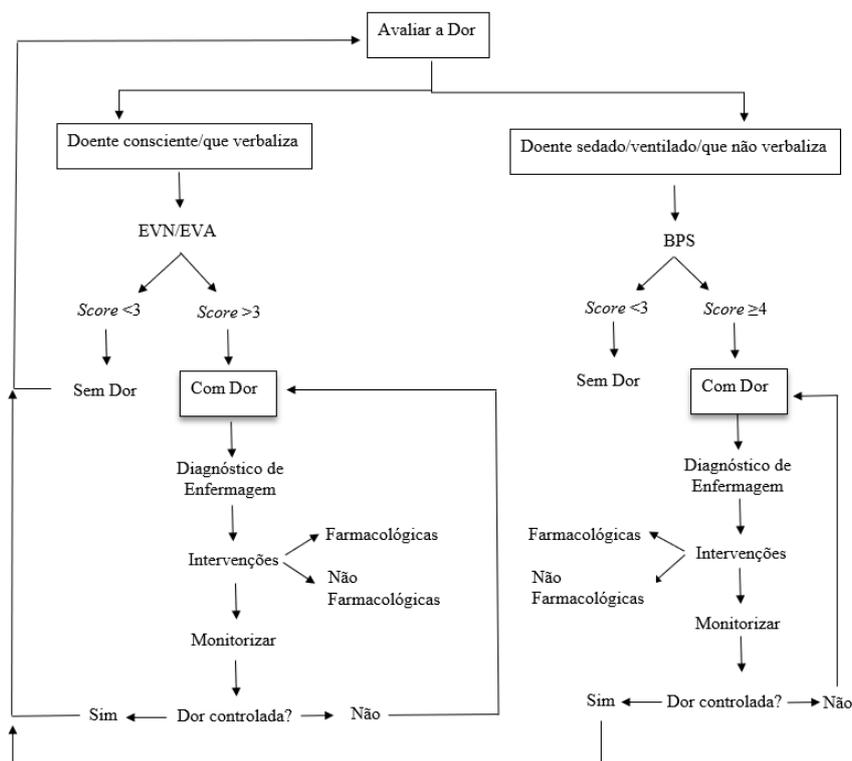
Esta escada possui três níveis: o primeiro nível é relativo ao tratamento da dor leve, que na EVN corresponde a uma intensidade de 1 a 3 e na BPS de 4 a 6; o segundo nível é relativo ao tratamento de dor moderada, que na EVN corresponde a uma intensidade de 4 a 6 e na BPS de 7 a 8; e o terceiro nível é relativo ao tratamento de dor intensa, que na EVN corresponde a uma intensidade de 7 a 10 e BPS de 9 a 12 (HCor, 2021).

Como referido anteriormente, os fármacos adjuvantes que pertencem a diferentes classes farmacológicas, são também importantes no tratamento da dor. Não são analgésicos, mas potenciam-nos e atuam em determinados fatores que podem agravar o quadro algico. Destacam-se os antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticoides e relaxantes musculares. Este tipo de fármacos pode ser utilizado em qualquer nível da escada analgésica da

OMS. É também possível utilizar medicamentos que estão no primeiro nível juntamente com os do segundo e terceiros níveis, no entanto, não é aconselhável a utilização de dois fármacos do mesmo grupo farmacológico (Afonso, 2021).

A Ordem dos Enfermeiros (2008) realizou um algoritmo para o controlo da dor que, posteriormente, adaptámos conforme a última evidência científica (Figura n.º 5).

Figura n.º 5 – Algoritmo para o controlo da dor



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2008), adaptado pelo próprio

O Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos redigiu o Plano Nacional de Avaliação da Dor onde constam tópicos essenciais na abordagem à dor:

- “1- O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o *gold standard* para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
- 2- O uso da EVN é recomenda para avaliar a dor em doentes que comunicam;
- 3- A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS;
- 4- A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos e sempre que se justifique;

- 5- A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- 6- A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (exemplo: posicionamentos);
- 7- A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (exemplo: aspiração de secreções endotraqueais);
- 8- A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
- 9- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;
- 10- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;
- 11- Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016, p. 40-41).

2.3. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

As modificações sociais, políticas e económicas têm alterado o contexto de trabalho na área da saúde, tornando-o mais diversificado, o que acarretou uma maior exigência por parte dos profissionais de saúde na aquisição de competências diferenciadas e numa maior eficiência e eficácia dos cuidados. Além disso, estas modificações acompanharam grandes mudanças nas necessidades de saúde das populações, pelo que exigiu cuidados de qualidade adequados a essas necessidades (Ribeiro et al., 2020).

A OMS define qualidade como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (WHO, 2020, p. 13). Assim sendo, podemos considerar que a qualidade é um conjunto de atributos onde são incluídos cuidados de excelência profissional, com o uso eficiente de recursos, ao mesmo tempo que acarretam um mínimo risco ao doente, culminando num alto grau de satisfação por parte dos mesmos (Silva, 2018).

Os enfermeiros têm sido bastante envolvidos na gestão da qualidade dos cuidados, uma vez que na sua prática clínica são responsáveis direta e indiretamente pela maior parte dos cuidados e por reduzir as possíveis complicações e incidentes a que o doente esteja exposto (Silva, 2018). Somando a essa responsabilidade, o enfermeiro é o profissional que mais interage com o doente e sua família, tendo o privilégio e capacidade de estabelecer um maior vínculo, o que possibilita uma maior compreensão dos problemas e receios dos mesmos (Filho et al., 2019).

Por isto, os enfermeiros detêm um papel crucial enquanto gestores nos cuidados de saúde, pela sua capacidade de liderança e de lidar com situações que requerem tomadas de decisão eficazes (Filho et al., 2019). Desta forma, os enfermeiros são a base para a qualidade dos cuidados (Ribeiro et al., 2020).

O impacto do envolvimento dos enfermeiros na qualidade e segurança nos cuidados tem tido um especial destaque nos últimos anos. Desta forma, em 2001, a Ordem dos Enfermeiros criou os padrões de qualidade que visam explicitar os diversos aspetos do papel da enfermagem e têm como objetivo orientar a prática profissional de excelência (Ribeiro et al., 2020). No Regulamento criado pela Ordem dos Enfermeiros foram definidas sete categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional, à organização dos serviços de enfermagem e à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Nesta linha de pensamento, o triplo objetivo de promover a saúde da população, reduzir o custo e melhorar a qualidade dos cuidados é alcançado através da prestação de cuidados de excelência (Ribeiro et al., 2020).

Para que seja garantida uma qualidade nos cuidados é fulcral que os enfermeiros invistam na aquisição de conhecimento científico (Silva, 2018). É neste sentido que surge a importância dos enfermeiros especialistas, uma vez que, para além da identificação das necessidades e dos problemas dos doentes, é necessário investir na prescrição, implementação e avaliação das intervenções realizadas. Desta forma, é garantida a continuidade dos cuidados e a otimização das capacidades dos doentes (Ribeiro et al., 2020).

3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo explora a estratégia de intervenção profissional desenvolvida ao longo do Estágio Final, intitulada “Avaliação da dor no doente crítico – a intervenção do enfermeiro especialista”. Iremos apresentar as diferentes etapas da metodologia de projeto que culminou na produção de uma norma de avaliação da dor na UCIP do HST.

Segundo Ruivo et al. (2010, p.2), a metodologia de projeto

“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”.

Mateus (2020, p. 5) considera a metodologia de projeto “uma abordagem pedagógica, que promove a participação ativa dos alunos”, sendo que os mesmos são envolvidos, segundo Katz e Chard (2009) citado por Mateus (2020, p.5) num “estudo em profundidade sobre determinado tema ou tópico”.

Esta metodologia está inserida num dos objetivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (PQCEOE) no que diz respeito à organização dos cuidados de Enfermagem, que remete o profissional para a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 8). Desta forma, pretende-se, sobretudo, obter ganhos em saúde e atingir a excelência dos cuidados prestados.

A procura pela melhoria dos cuidados de saúde é uma das premissas dos PQCEOE, demonstrando o processo de identificação das necessidades, bem como das intervenções planeadas e, conseqüentemente, dos resultados obtidos. Além disso, esta metodologia permite, ainda, apresentar a satisfação dos profissionais e remeter para uma prática que fomente a formação contínua e que possibilite a instalação de metodologias nos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade e excelência. Não obstante, também possibilita que, através da utilização destes métodos, seja incutido nas equipas, a vontade de adquirir novos conhecimentos para gerar práticas adequadas, servindo como elemento disseminador entre pares.

Assim sendo, foi identificado um problema real e foram desenvolvidas estratégias para a sua resolução, através de um método organizado e planeado sustentado na teoria e recente

evidência científica. Conseqüentemente, converteu-se numa aplicação prática e na sua avaliação e posterior disseminação para que possa ser partilhado e, eventualmente, estimular nova investigação.

A metodologia de projeto reúne várias fases que não devem ser consideradas isoladamente, devendo haver interligação entre si através de um fio condutor (Mateus, 2020). Ruivo et al. (2010), consideram cinco etapas na metodologia de projeto: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação dos resultados. A nossa estratégia de intervenção profissional seguiu a metodologia de projeto e foi delineada através dessas mesmas etapas.

Para este projeto de intervenção, nas suas diferentes etapas, foram delineadas estratégias e procedimentos para levar a cabo os objetivos propostos, culminando na disseminação dos resultados aqui apresentados.

3.1. Diagnóstico de Situação

Nesta primeira etapa da metodologia de projeto – o diagnóstico de situação – é elaborado um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, realizando um modelo descritivo da realidade sobre a qual o autor pretende atuar (Ruivo et al., 2010). Vasconcelos et al. (2012) citado por Mateus (2020, p. 7) refere que nesta etapa “formula-se o problema, as questões a investigar, definem-se as dificuldades a resolver, o assunto a estudar”.

Este diagnóstico de situação foi definido no final de setembro e início de outubro de 2021, como pode ser visualizado através do cronograma (Apêndice B) que, posteriormente, sofreu algumas alterações devido à idealização de novas atividades.

Para elaboração deste diagnóstico podem ser utilizados vários métodos, pelo que na condução da nossa atividade foram realizadas entrevistas não estruturadas, observação da prática clínica, aplicação de questionário e elaboração de uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (SWOT).

Como referem Ruivo et al. (2010, p. 13), na “utilização dos métodos está implícita a observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização”.

Este diagnóstico surgiu, primeiramente pelo interesse pessoal sobre a temática e posteriormente pela observação direta na prestação de cuidados dos profissionais de saúde

deste serviço. Mateus (2020, p. 29) refere que a observação é “um processo pedagógico que visa colocar o investigador em contacto com os objetos que vão, pela observação realizada, permitir a perceção imediata dos dados”. Desta forma, constatámos que a avaliação da dor no doente crítico era subestimada por alguns elementos do serviço, havendo algumas lacunas na sua perceção e que não havia um registo claro para uma boa continuação de qualidade de cuidados, apesar de ser utilizada a BPS.

De seguida, foi utilizado o método de entrevista, sendo este “um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades” (Ruivo et al., 2010). Foi realizada uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com o enfermeiro orientador do Estágio Final sobre esta situação-problema e o mesmo validou a pertinência do observado, tendo considerado esta temática uma mais-valia para o serviço, contribuindo com sugestões para a intervenção. Após validação com o mesmo, foi realizada também uma entrevista exploratória com a Enfermeira-Chefe do serviço e que, após *feedback* positivo, incentivou-nos a continuar o projeto.

De maneira a ficar mais explícito o problema identificado pela observação realizada previamente, foi aplicado um questionário aos enfermeiros do serviço (Apêndice C). Segundo Mateus (2020, p. 30), o questionário “consiste num conjunto de questões sobre determinado tema ou problema em estudo, que se destinam à obtenção de respostas individuais de um grupo de pessoas (inquiridos), cujo objetivo é a recolha de informação sobre a temática em estudo”.

O questionário utilizado para este projeto de intervenção é alvo de total anonimato e os dados colhidos serão apenas utilizados para contexto de investigação, pelo que foi fornecido um consentimento informado à equipa para participação em estudos de investigação (Anexo B), de modo que estejam salvaguardadas questões éticas, nomeadamente a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

Através do questionário aplicado, conseguimos fazer alusão ao número de participantes. A equipa de enfermagem é constituída por 45 enfermeiros, sendo que 21 desses enfermeiros não responderam ao questionário. Desta forma, são incluídos na análise 24 enfermeiros.

Tão importante como definir o número de participantes é também conhecer a população estudada. Por isso, no questionário aplicado, foram colhidas variáveis como o sexo, idade, detenção do título de EEEMC-PSC e o tempo de experiência profissional em cuidados intensivos (Tabela n.º 2).

Tabela n.º 2 – Variáveis da população em estudo

Questões	Respostas	
	n	%
Sexo	Feminino	20 83,3
	Masculino	4 16,7
Idade	22-29 anos	6 25
	30-39 anos	12 50
	40-49 anos	4 16,7
	50 anos ou mais	2 8,3
Enfermeiro Especialista em EMC-PSC	Sim	6 25
	Não	18 75
Tempo de experiência profissional em UCI	0-5 anos	16 66,7
	6-10 anos	1 4,2
	11-15 anos	4 16,7
	16-20 anos	0 0
	Mais de 20 anos	3 12,5

Fonte: Próprio

Analisando os dados colhidos, constatou-se que a maior parte dos enfermeiros incluídos no estudo são do sexo feminino (83,3%) com idade entre os 30 e 39 anos (50%). Apenas uma pequena percentagem é detentora do título de EEEMC-PSC (25%). Evidenciámos que a amostra inclui maioritariamente uma equipa jovem em termos de tempo de experiência em cuidados intensivos, sendo que grande parte dos enfermeiros possuem entre 0 e 5 anos de experiência (66,7%).

Ainda nesta parte de conhecimento da população analisada, foi questionado aos

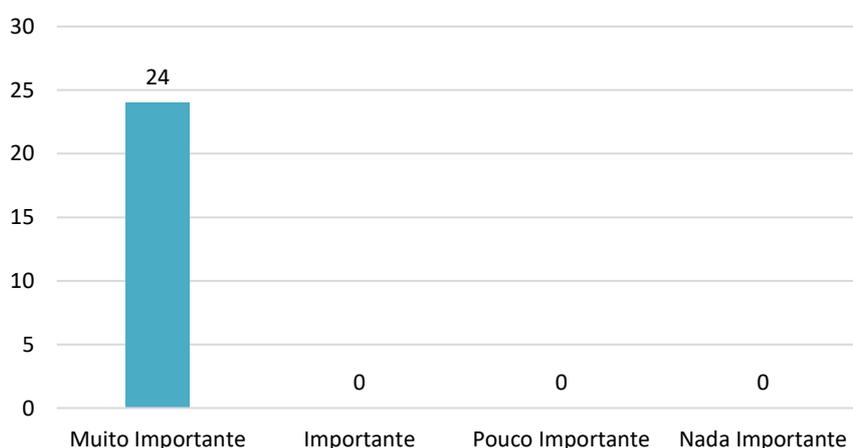
enfermeiros se já tinham assistido a uma formação sobre a temática. Entendemos que cerca de 58,3% dos enfermeiros já tinha tido uma prévia experiência em formação sobre a temática e que cerca de 41,7% nunca tinham tido formação na área.

Posteriormente à parte de conhecer a equipa analisada, foram envolvidas onze questões sobre conhecimento da temática e duas questões para oferecer oportunidade aos enfermeiros na contribuição do estudo. Após a leitura e contagem dos questionários retiraram-se algumas conclusões.

As questões de conhecimento da temática centraram-se na importância do sintoma da dor; no conhecimento da existência de norma de avaliação da dor; no momento de avaliação da dor durante o turno; nos aspetos a ter em conta no momento de avaliação da dor; se têm atenção às manifestações de dor nos doentes com suporte sedativo e/ou analgésico; no conhecimento das manifestações de dor; na importância da prevenção da dor; nas maiores dificuldades sentidas no processo de avaliação da dor; no conhecimento das escalas com aplicabilidade no serviço; no conhecimento das intervenções não farmacológicas; e nas intervenções adotadas perante a dor.

Relativamente à importância do sintoma da dor, os resultados não demonstraram dúvidas quanto à importância estabelecida sobre o sintoma da dor, pelo que, todos os enfermeiros consideram-no como sendo um sintoma muito importante (Gráfico n.º 1).

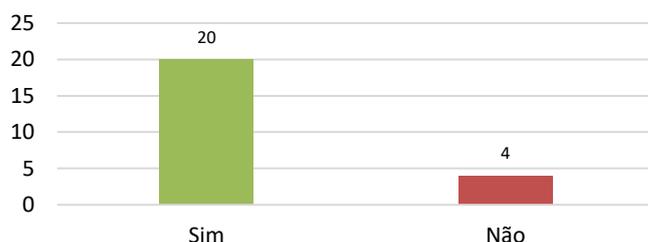
Gráfico n.º 1 - Resultados da importância do sintoma da dor



Fonte: Próprio

Na segunda questão sobre o conhecimento da existência de normas de avaliação da dor, a maior parte dos enfermeiros conhece normas de avaliação da dor. No entanto, ainda existe uma percentagem significativa (20%) de enfermeiros que não tem conhecimento sobre *guidelines* sobre avaliação da dor, o que pode ser preocupante uma vez que, sendo a dor um sinal vital, torna-se fulcral o conhecimento de normas que sustentem os cuidados inerentes à mesma (Gráfico n.º 2).

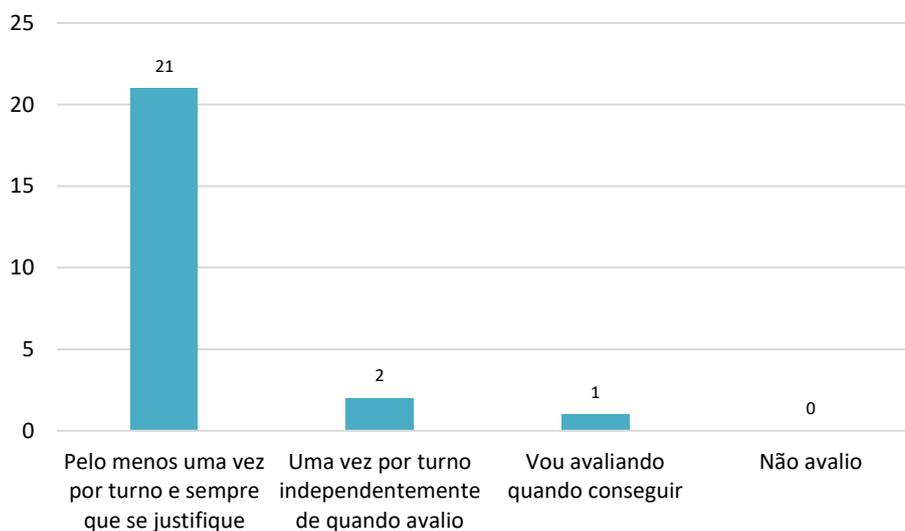
Gráfico n.º 2 - Resultados do conhecimento sobre a existência de norma de procedimento/protocolo de avaliação da dor



Fonte: Próprio

Já no que diz respeito aos momentos de avaliação da dor durante o turno, os enfermeiros variam as suas respostas. A maior parte dos enfermeiros avalia a dor pelo menos uma vez por turno e sempre que se justifique. No entanto, alguns enfermeiros avaliam a dor no doente crítico em momentos que em nada se relacionam com o decorrer da prática clínica e ainda, um dos enfermeiros refere avaliar este sinal vital apenas se conseguir fazê-lo (Gráfico n.º 3).

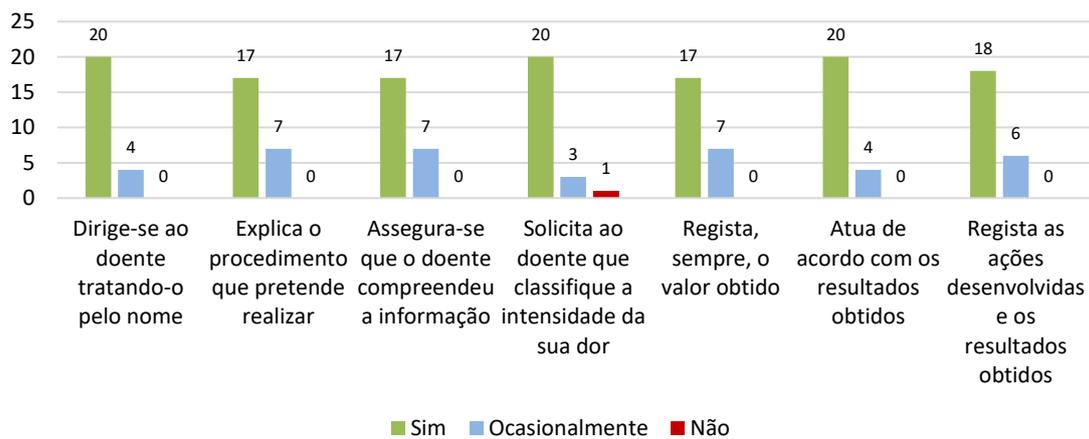
Gráfico n.º 3 - Resultados da avaliação da intensidade da dor



Fonte: Próprio

Foi questionado aos enfermeiros sobre aspetos a ter em conta durante o momento de avaliação da dor. A maior parte dos enfermeiros tem atenção aspetos importantes e inerentes ao processo de avaliação da dor, no entanto, constatou-se que existe uma percentagem considerável de enfermeiros que apenas têm em conta esses aspetos de forma ocasional. Estes dados podem traduzir numa ineficácia do processo de avaliação e podem repercutir, conseqüentemente, numa diminuição da qualidade dos cuidados (Gráfico n.º 4).

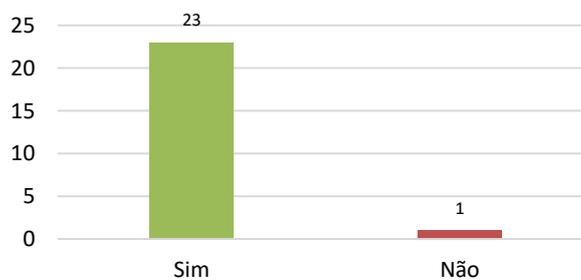
Gráfico n.º 4 - Resultados da avaliação da dor consoante alguns itens



Fonte: Próprio

Em doentes com suporte sedativo e/ou analgésico, a maior parte dos enfermeiros tem consciência que este tipo de doentes apresenta dor independentemente da farmacologia instituída. No entanto, os dados revelam que 4,17% dos enfermeiros não considera a dor como um sinal vital neste tipo de doentes, o que pode refletir num défice de intervenções que posteriormente possam ser exercidas (Gráfico n.º 5).

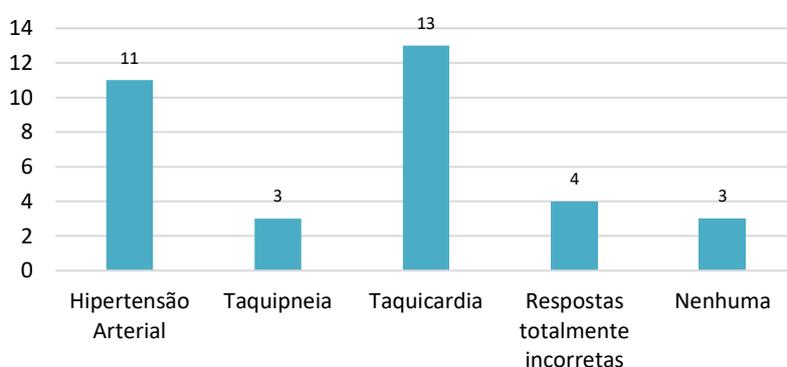
Gráfico n.º 5 - Resultados da avaliação da intensidade da dor em doentes com suporte sedativo/analgésico perante as manifestações de dor



Fonte: Próprio

Foi questionado aos enfermeiros quais as manifestações de dor neurovegetativas que conhecem perante um doente com suporte sedativo e/ou analgésico. 12,5% de enfermeiros não conhecem nenhuma manifestação neurovegetativa e os que conhecem, apontam com mais frequência a taquicardia (54,2%) e a hipertensão arterial (45,8%). Estes dados espelham uma necessidade clara de intervenção, uma vez que, para prestarem cuidados de qualidade, é essencial que os enfermeiros tenham conhecimento do que devem avaliar para, seguidamente, intervir (Gráfico n.º 6).

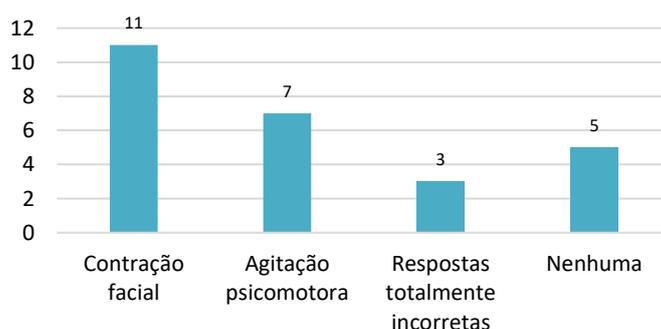
Gráfico n.º 6 - Resultados do conhecimento de manifestações neurovegetativas de dor em doentes com suporte sedativo/analgésico



Fonte: Próprio

Foi efetuada uma questão semelhante à anterior, mas referente às manifestações comportamentais. Constatou-se que 20,8% não conhece nenhuma, sendo que os que conhecem apontam com mais frequência a contração facial (45,8%) e a agitação psicomotora (29,2%). Os dados revelam um défice semelhante à questão anterior e podem resultar no mesmo problema (Gráfico n.º 7).

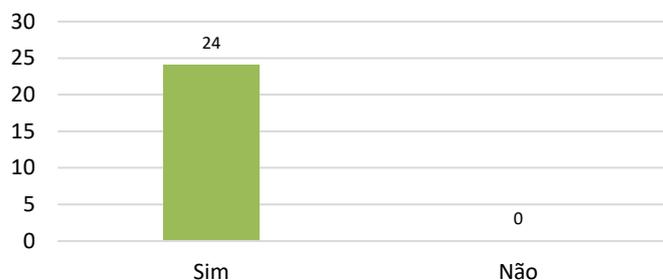
Gráfico n.º 7 - Resultados do conhecimento de manifestações comportamentais de dor em doentes com suporte sedativo/analgésico



Fonte: Próprio

Todos os enfermeiros consideram que a prevenção da dor é importante e por isso os resultados desta questão correlacionam-se com a consciência de que a dor é claramente um sinal vital (Gráfico n.º 8).

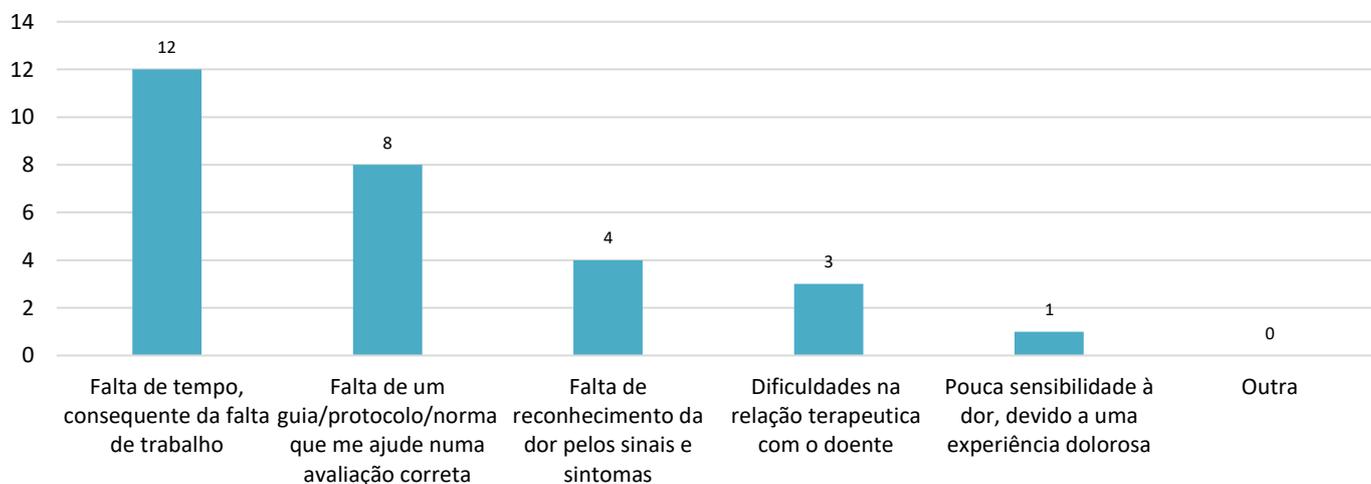
Gráfico n.º 8 - Resultados da importância da prevenção da dor



Fonte: Próprio

Relativamente às dificuldades sentidas durante o processo de avaliação de dor, os enfermeiros referem que uma das maiores dificuldades enfrentadas foi a falta de tempo para a prestação dos cuidados, consequente da sobrecarga de trabalho (42,9%). Esta dificuldade surge pela escassez de recursos humanos face à procura de cuidados, ainda que, no início da pandemia, o serviço demonstrasse prudência na aquisição de enfermeiros. Outra dificuldade com que os enfermeiros se depararam foi com a inexistência de uma norma/protocolo instituída no serviço e que apoiasse os mesmos durante a prática dos cuidados (28,6%). A terceira maior dificuldade sentida foi um défice no reconhecimento dos sinais e sintomas da dor, sendo esta resposta congruente com duas questões anteriormente abordadas (14,3%) (Gráfico n.º 9).

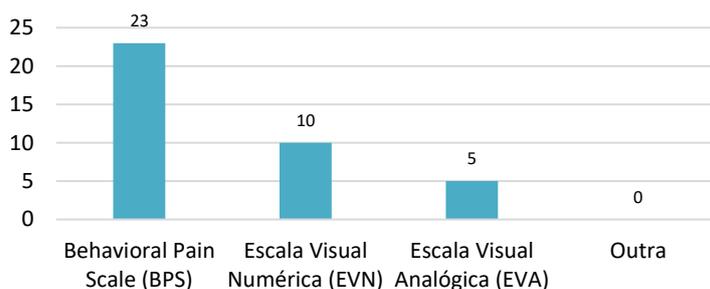
Gráfico n.º 9 - Resultados das dificuldades sentidas durante o processo de avaliação de dor



Fonte: Próprio

Na questão relativa às escalas mais conhecidas e aplicadas no serviço, os enfermeiros referem que o instrumento de avaliação de dor utilizado mais frequentemente no serviço é BPS (60,5%). Esta escala é, habitualmente, a escala mais utilizada em UCI, uma vez que grande parte dos doentes estão sob suporte sedativo, pelo que as outras escalas apenas podem ser utilizadas em doentes com um nível de consciência apropriado para o efeito (Gráfico n.º 10).

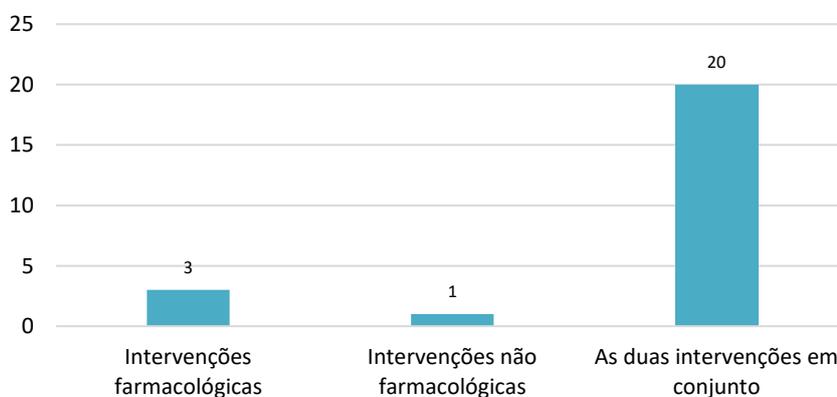
Gráfico n.º 10 - Resultados do conhecimento e aplicabilidade de escalas de dor



Fonte: Próprio

Nas intervenções adotadas perante um doente com dor, 12,5% dos enfermeiros apenas utiliza as intervenções farmacológicas e 4,2% utiliza apenas as intervenções não farmacológicas (Gráfico n.º 11). Apesar do avanço do conhecimento científico que tem vindo a surgir nas últimas décadas sobre o estudo da dor, estes dados podem traduzir uma desvalorização das intervenções não-farmacológicas, o que pode alarmar para uma necessidade urgente de formação sobre medidas que possam complementar a farmacologia e trazer benefícios na qualidade dos cuidados.

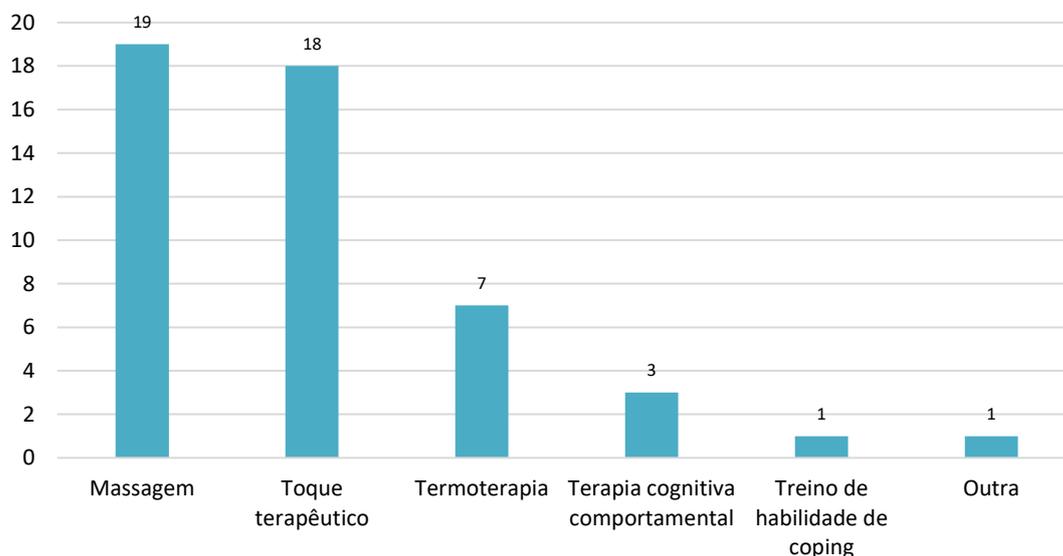
Gráfico n.º 11 - Resultados das intervenções adotadas perante um doente com dor



Fonte: Próprio

Ainda que os dados anteriores possam revelar algum desprestígio no conhecimento das intervenções não-farmacológicas, a massagem (38,8%) e o toque terapêutico (36,7%) são as mais conhecidas pelos enfermeiros deste serviço (Gráfico n.º 12).

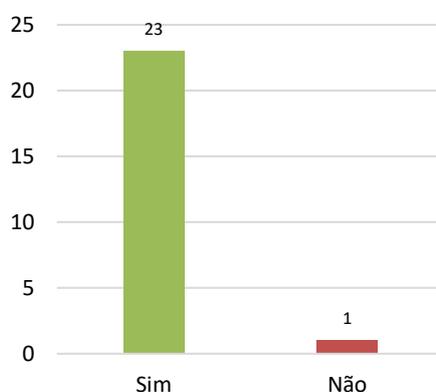
Gráfico n.º 12 - Resultados do conhecimento de intervenções não farmacológicas



Fonte: Próprio

A nível de contribuições para o projeto, 95,8% referem querer ter formação sobre a dor (Gráfico n.º 13). Estes resultados podem indicar que, apesar de grande parte da equipa já ter tido formação na área, a mesma sente a necessidade de rever ou esclarecer alguns conteúdos que possam impedir a correta prestação de cuidados ou insegurança na sua prática.

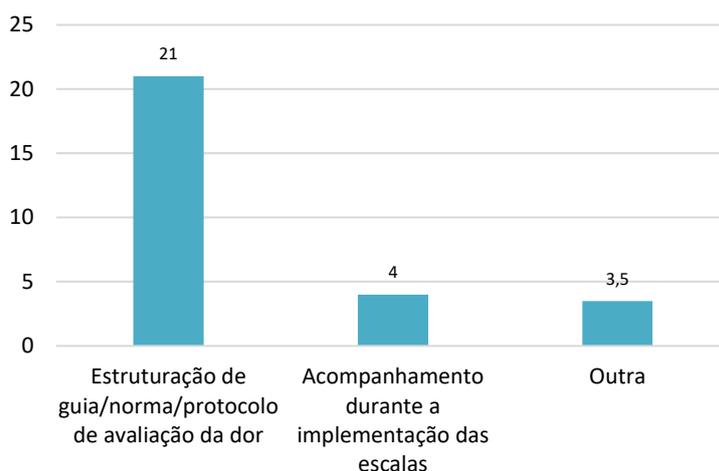
Gráfico n.º 13 - Resultados da necessidade de formação sobre a dor



Fonte: Próprio

Além da proposta de formação, os enfermeiros referiram a necessidade da existência de um documento que possam consultar durante a prática clínica que elucide sobre etapas e procedimentos a realizar perante a avaliação do doente crítico e perante a existência de dor. Por isso, os enfermeiros sugeriram a estruturação de um guia/norma/protocolo de avaliação da dor (77,8%) (Gráfico n.º 14).

Gráfico n.º 14 - Resultados das propostas de intervenção profissional por parte do formador



Fonte: Próprio

O nosso estudo mostra que, embora seja utilizada a BPS, se observam défices na avaliação da dor no doente crítico. Estas falhas podem ser explicadas pelo défice de conhecimento e por isso, evidenciámos a necessidade dos enfermeiros em ter mais formação e da existência de normas ou protocolos que ajudem os mesmos durante a prestação de cuidados.

São evidentes as lacunas da frequência com que os enfermeiros avaliam a dor, bem como a falta de registos deste sinal vital e as intervenções desenvolvidas após a deteção de dor.

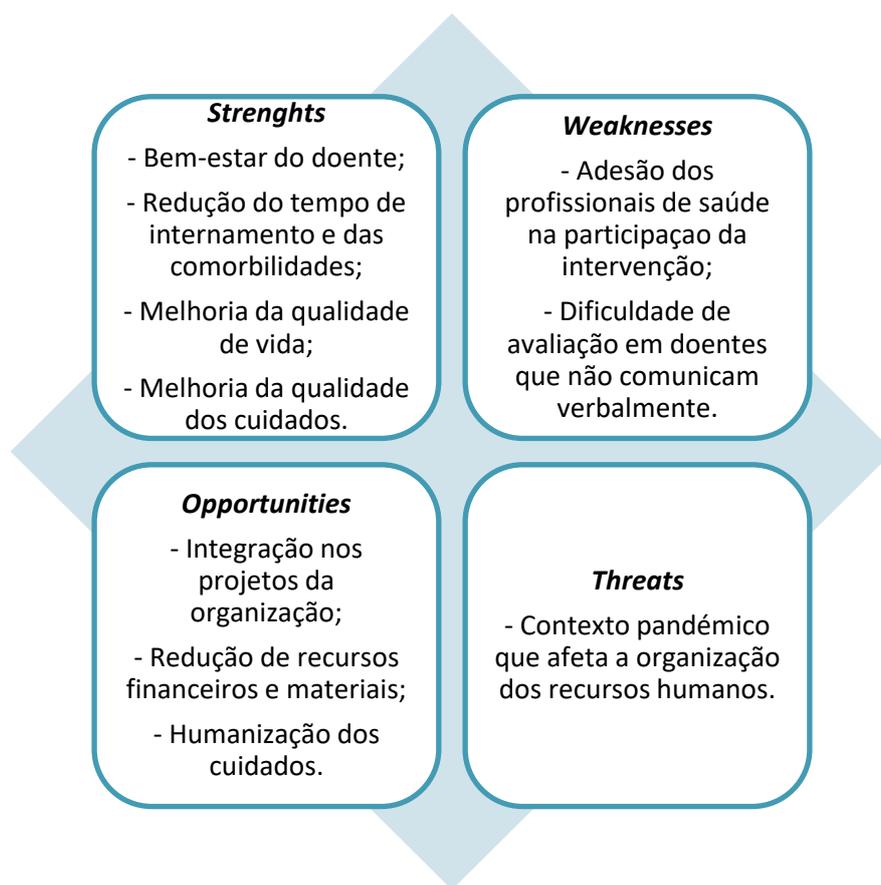
Relativamente ao conhecimento das manifestações neurovegetativas e comportamentais de dor nos doentes que são incapazes de comunicar, os enfermeiros revelam insegurança e falta de conhecimento para as decifrar, uma vez que a taxa de respostas incorretas e a taxa de respostas nulas ainda apresentam uma percentagem considerável. Foi também identificado um défice na utilização de intervenções não farmacológicas, o que pode revelar insucesso nos resultados de diminuição da dor.

O presente estudo enalteceu a necessidade de um guia prático como auxílio na avaliação da dor, uma vez que a maioria dos participantes sugere a elaboração de uma norma para o serviço que possam consultar diariamente para esclarecimento de dúvidas, para os orientar durante a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e também para reduzir a arbitrariedade no

processo de avaliação da dor.

Ainda nesta etapa foi produzida outra fase que complementou a concretização do diagnóstico de situação. Desta forma, foi realizada uma análise SWOT (Figura n.º 6), sendo esta “uma das técnicas mais utilizada na investigação social” e “baseia-se num exercício de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes, sendo estes constituídos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades”, permitindo “a reflexão e a confrontação com os fatores positivos e negativos identificados” (Ruivo et al., 2010, p. 14). Este método foi utilizado para melhor demonstrar os aspetos positivos e negativos deste projeto de intervenção.

Figura n.º 6 – Análise SWOT



Fonte: Próprio

Após esta análise, constatámos que os aspetos positivos sobrepõem-se aos negativos. A mesma análise permitiu ainda um olhar mais objetivo para a problemática e à passagem para a etapa seguinte com a construção dos objetivos que nortearam a nossa intervenção.

3.2. Definição de Objetivos

Os objetivos “assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação ‘a realizar’” e “apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo et al., 2010, p. 18).

Desta forma, definiu-se como **objetivo geral** deste projeto:

- Contribuir para a melhoria da avaliação e gestão da dor do doente crítico.

Como **objetivos específicos** foram definidos os seguintes:

- Objetivo específico 1: Formar a equipa de enfermagem acerca da avaliação e gestão da dor do doente crítico;

- Objetivo específico 2: Propor uma norma sobre a avaliação da dor no doente crítico.

Para a consecução destes objetivos, delineamos a etapa seguinte com as respetivas estratégias e intervenções.

3.3. Planeamento

O planeamento é a terceira etapa da metodologia de projeto e refere-se, essencialmente, ao levantamento dos recursos existentes e à previsão de alguns obstáculos e estratégias para os contornar. São aqui desenhadas as atividades a desenvolver, pensadas estratégias e equacionados os recursos que possibilitem a sua operacionalização. Segundo Vasconcelos et al. (2012) citado por Mateus (2020, p. 7), nesta etapa “faz-se uma previsão do(s) possível(eis) desenvolvimento(s) do projeto em função de metas específicas”.

Após a seleção da área a trabalhar, foi entregue a proposta de projeto de estágio à Universidade de Évora (Anexo C). Também neste período elaborou-se o pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo D), que foi aprovado. Além disso, foi construído um cronograma, como apoio na planificação das atividades a desenvolver (Apêndice B).

Reunidos todos os procedimentos prévios, foi realizada uma revisão bibliográfica aprofundada sobre a temática de avaliação da dor no doente crítico e posteriormente foi elaborado um plano de intervenção do projeto (Apêndice D).

As atividades a realizar passaram por efetuar formação em serviço acerca da avaliação da

dor no doente crítico, de forma a uniformizar procedimentos e padronizar a avaliação e a monitorização da dor. Os objetivos da formação visaram partilhar conhecimentos na avaliação da dor e a sua importância, bem como dar a conhecer estratégias farmacológicas e, sobretudo, não farmacológicas para colmatar a dor. Perspetivou-se que, no final da formação, os enfermeiros avaliassem e monitorizassem a dor no doente crítico, de forma regular e adequada.

Além disto, foi também planeada a elaboração de uma norma sobre a temática e sua posterior implementação no serviço, para que servisse como guia ou apoio durante a prestação dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de promover qualidade dos cuidados no dia-a-dia dos enfermeiros do serviço.

Para que fosse possível atingir os objetivos propostos, intervimos junto da população-alvo, a equipa de Enfermagem da UCIP do HST.

3.4. Execução e Avaliação

A penúltima etapa do projeto é a execução e avaliação. Segundo Ruivo et al. (2010), esta fase pretende ser um ato de transformação. Os mesmos autores (2010, p.24) enunciam 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”.

Os mesmos autores acima supracitados (2020, p. 23), referem que nesta fase “é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos”. Assim, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados com evidência científica recente e fidedigna e foi reunida toda a informação para construir a norma e a sessão de formação. Também nesta fase foi estipulada uma data da formação, que foi posteriormente comunicada via e-mail através de um cartaz de divulgação, onde constava também o programa da formação (Apêndice E).

Assim, após reunir toda a informação pertinente acerca da temática, elaborou-se um plano da sessão de formação (Apêndice F) e a apresentação oral. Para tal, recorreremos ao software *Prezi* e preparou-se uma apresentação (Apêndice G) que dispusesse de 75 minutos, onde fosse possível cumprir os objetivos do nosso projeto, mobilizar conhecimentos, capacitar os enfermeiros, uniformizar procedimentos e padronizar a avaliação e a monitorização da dor.

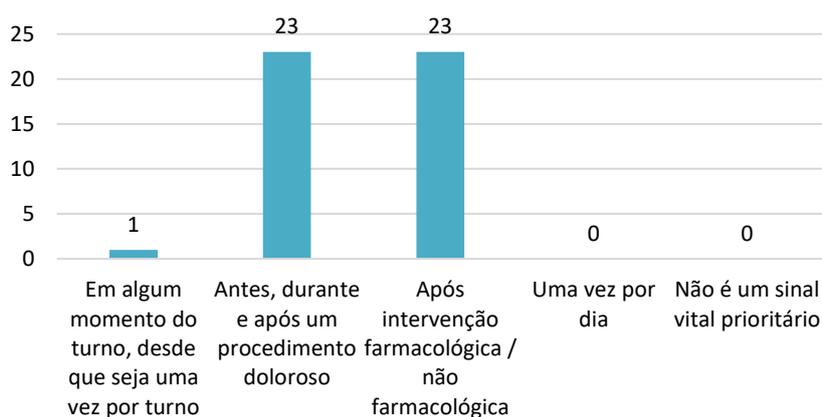
A formação foi abrangida a todos os enfermeiros do serviço, portanto 45 enfermeiros, ainda que nem todos tivessem preenchido o questionário. Participaram na formação 25 enfermeiros.

No final da sessão foram preenchidos questionários de avaliação da sessão de formação e do formador (Apêndice H). Este questionário envolveu quatro questões sobre aquisição de conhecimentos e quatro questões de avaliação da sessão, sendo uma delas, uma questão aberta para sugestões/comentários. Após a leitura e contagem dos questionários retiraram-se algumas conclusões.

A parte de aquisição de conhecimento envolveu questões previamente avaliadas no momento inicial, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento após a formação. Assim, foi questionado sobre quais seriam os momentos indicados para avaliação da dor; se têm atenção às manifestações de dor nos doentes com suporte sedativo e/ou analgésico; intervenções a adotar perante a dor; e sobre os registos de enfermagem após processo de avaliação. A nível da avaliação da sessão, os enfermeiros puderam avaliar a sessão e o formador e foi-lhes questionado sobre a importância da intervenção sobre a temática para o conhecimento pessoal e para a prestação de cuidados.

Relativamente aos momentos de avaliação da dor durante o turno, quase a totalidade dos enfermeiros seleciona as duas respostas corretas. Tendo sido este um dos défices de conhecimento no primeiro questionário, estes dados revelam que após formação, os enfermeiros tornaram-se conscientes e adquiriram conhecimento sobre esta etapa do processo de avaliação da dor (Gráfico n.º 15).

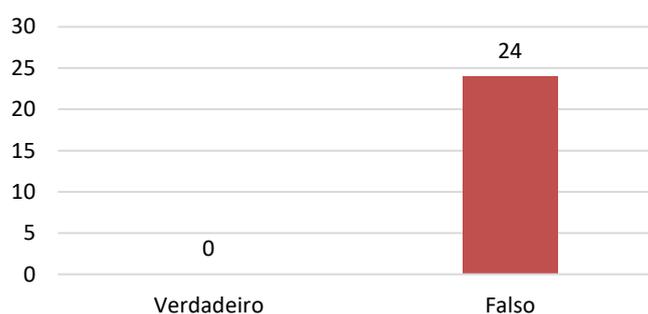
Gráfico n.º 15 - Resultados dos momentos de avaliação da dor



Fonte: Próprio

No que diz respeito à questão de verdadeiro-falso sobre a avaliação da dor nos doentes inconscientes ou com suporte sedativo/analgésico, todos os enfermeiros responderam corretamente (Gráfico n.º 16). Se anteriormente poderiam existir dúvidas sobre a importância da dor neste tipo de doentes, os resultados desta questão demonstram que os enfermeiros ficaram informados sobre este aspeto.

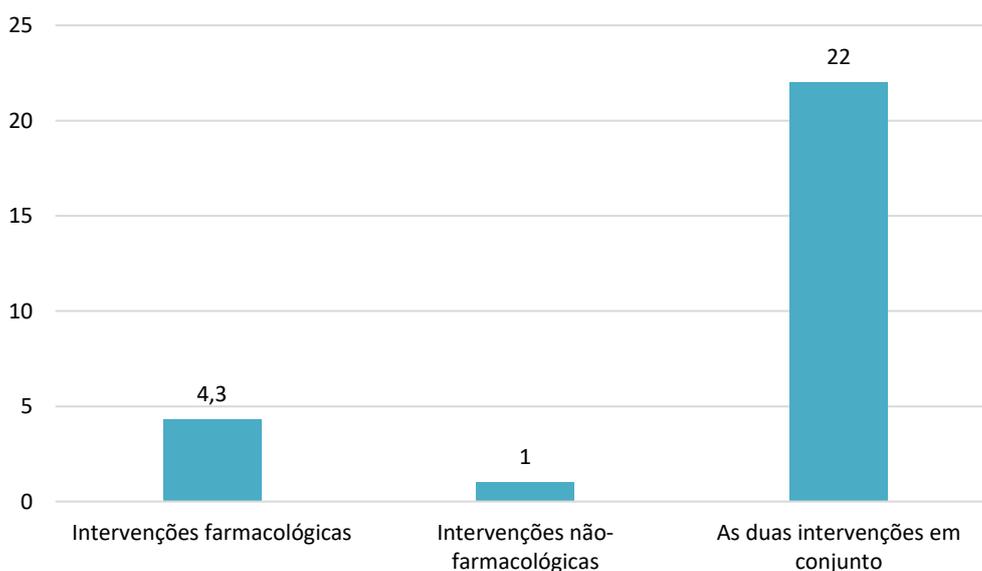
Gráfico n.º 16 - Resultados da veracidade da afirmação quanto à importância da dor em doentes inconscientes ou com suporte sedativo/analgésico



Fonte: Próprio

Na questão sobre as intervenções a adotar perante um doente com dor, a maior parte dos enfermeiros refere ser correto adotar as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas em conjunto (Gráfico n.º 17). Esta análise demonstra a consciencialização por parte dos enfermeiros sobre os benefícios da junção das duas intervenções.

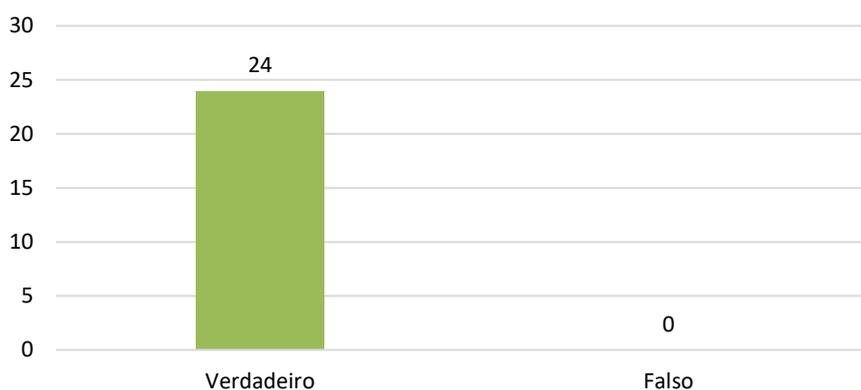
Gráfico n.º 17 - Resultados das intervenções adotadas perante um doente com dor



Fonte: Próprio

Na última questão de verdadeiro-falso sobre os registos de enfermagem perante uma avaliação positiva para a dor, todos os enfermeiros responderam corretamente (Gráfico n.º 18). Torna-se impreterível que os enfermeiros considerem os registos de enfermagem uma etapa fundamental do processo de avaliação da dor, no sentido de promover a continuidade da qualidade dos cuidados.

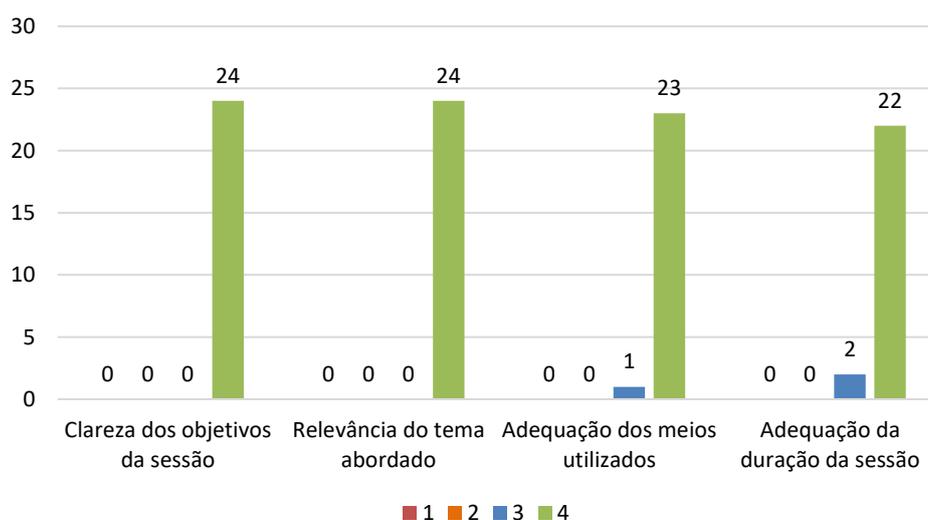
Gráfico n.º 18 - Resultados da veracidade da afirmação quanto aos registos de enfermagem durante o processo de avaliação da dor



Fonte: Próprio

Já na parte de avaliação da sessão, constatámos que a sessão foi realizada de forma adequada (Gráfico n.º 19), quer a nível da clareza dos objetivos da sessão e da relevância do tema abordado, como da adequação dos meios utilizados e duração da sessão.

Gráfico n.º 19 - Resultados da classificação da sessão

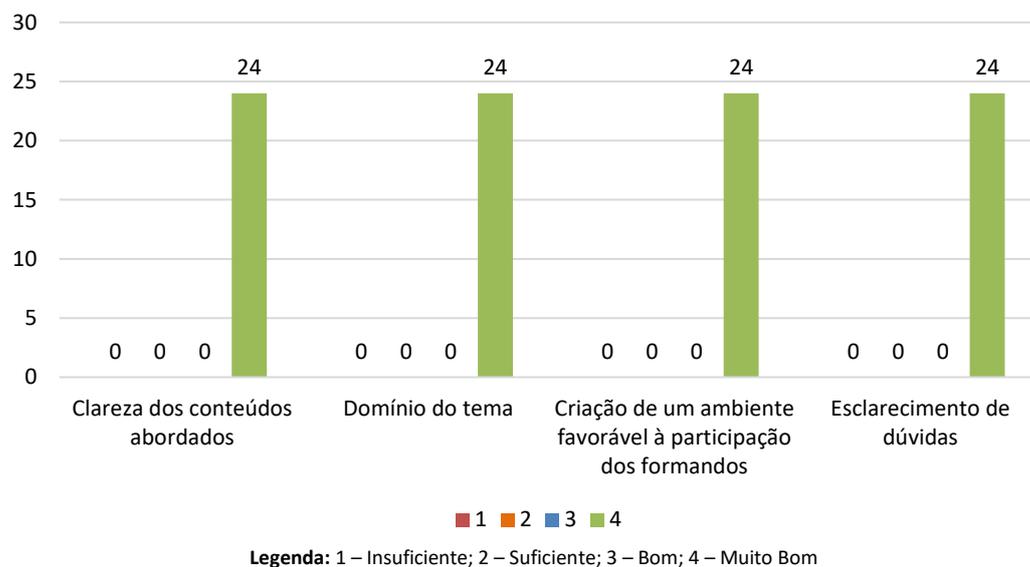


Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom

Fonte: Próprio

Ainda na avaliação da sessão, mas relativamente ao formador, tivemos acesso aos seguintes dados (Gráfico n.º 20). Os enfermeiros consideraram que houve uma clareza dos temas abordados, um domínio do tema e um ambiente favorável para a participação e esclarecimento de dúvidas dos formandos.

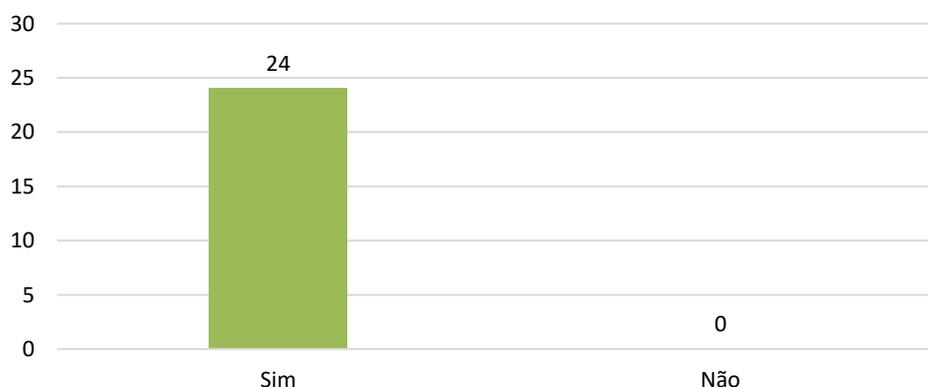
Gráfico n.º 20 - Resultados da classificação do formador



Fonte: Próprio

Por fim, percebeu-se que a intervenção e abordagem sobre esta temática teve importância no aumento do conhecimento por parte dos enfermeiros (Gráfico n.º 21), tendo sido este o nosso principal foco, promovendo consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados.

Gráfico n.º 21 - Resultados do aumento do conhecimento após sessão



Fonte: Próprio

Ainda nesta etapa de execução, importa referir que foi elaborada e, posteriormente disponibilizada ao serviço, uma proposta de norma (Apêndice I) como um guia para os enfermeiros durante a avaliação da dor nos doentes. Futuramente e após implementação da norma, pretende-se reunir com a equipa a fim de compreender a satisfação da utilização da norma como meio facilitador de satisfação profissional do desempenho e compreender se a equipa considera a utilização desta norma uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente.

Perante tudo o que foi executado, pretende-se, futuramente, padronizar auditorias anuais aos registos de enfermagem de forma a conseguir verificar se a avaliação da dor é realizada de forma correta; e reunir com a equipa a fim de compreender a satisfação da existência de uma norma de apoio como meio facilitador da prestação de cuidados.

Com a promoção do conhecimento, 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, mesmo que este projeto seja abandonado pelos profissionais, conseguimos cativar a atenção dos enfermeiros e despoletar a curiosidade e o pensamento crítico sobre a temática.

É importante referir que este instrumento de avaliação da dor só será implementado no serviço mediante autorização do diretor de serviço e da Enfermeira-Chefe. Assim, esta fase de execução foi efetivada, mas encontra-se num estado de pré autorização. Aguarda-se a todo o momento que a norma seja aprovada e possa ser uma realidade no serviço e a nível da instituição.

3.5. Divulgação dos Resultados

A última fase do projeto visa 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 et al., 2010, p.31). Segundo Vasconcelos et al. (2012) citado por Mateus (2020, p. 7), “esta é a fase da socialização do saber, tornando-o útil aos outros”.

Esta fase também permite 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 e a procura contínua pela qualidade e excelência dos mesmos. Igualmente, permite que outros profissionais se

desenvolvam, que diagnostiquem as suas necessidades e façam este conhecimento ser utilizado e replicado, servindo também de exemplo para outros serviços e instituições.

Nesta linha de pensamento, surge o presente relatório, cujo principal objetivo é a divulgação dos resultados obtidos.

Após a intervenção profissional realizada na UCIP no HST e também após a comparação entre os dois questionários, concluímos que houve alterações nas respostas, demonstrando uma melhoria a nível de conhecimento, o que poderá trazer benefícios na prática dos cuidados.

De maneira a relembrar a importância deste tema e os conhecimentos adquiridos durante a formação, será nosso objetivo enriquecer o serviço com uma proposta de norma de avaliação da dor, para que, em caso de dúvidas, possa ser consultada durante a prática no dia-a-dia.

Através deste projeto, pretendemos promover o pensamento crítico dos profissionais de enfermagem acerca do fenómeno da dor em contexto de cuidados intensivos. Verificou-se que, embora a dor seja considerada o quinto sinal vital, os profissionais que cuidam do doente crítico tendem a desvalorizar este acontecimento em detrimento do motivo de doença e internamento. Com esta intervenção, os profissionais foram elucidados sobre conceitos teóricos que estavam esquecidos, atualizando noções e conteúdos temáticos. Pretendeu-se alertar os profissionais sobre a obrigatoriedade de uma avaliação constante e adequada da dor, uma vez que uma correta avaliação da dor do doente crítico conduz a uma prática de cuidados mais real, identifica as necessidades individuais de cada um de forma mais verdadeira, adequando os cuidados e o regime terapêutico, obtendo ganhos em saúde e estabilidade ao doente.

Estes resultados obtidos têm como objetivo atingir a população-alvo e a população em geral. Segundo Ruivo et al. (2010, p. 32),

“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 permite que várias entidades o possam ler e entender, de forma a utilizarem o conhecimento incluído nele.

Este projeto, apesar de se encontrar em fase de apreciação na instituição, permitiu-nos iniciar uma caminhada que visa a implementação de uma norma da avaliação da dor no serviço UCIP do HST.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo será apresentada uma análise reflexiva acerca da aquisição e desenvolvimento de competências de EEEMC-PSC e de mestre em enfermagem. Será estabelecida relação entre as competências adquiridas e as diversas atividades desenvolvidas ao longo do curso e em particular nos estágios realizados.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Assim, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros defende estas linhas de orientação através da atribuição de título de Enfermeiro Especialista, sendo este “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Além disto, a atribuição desse título pressupõe a aquisição de competências comuns sendo estas

“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” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Neste subcapítulo irão ser apresentadas as atividades desenvolvidas nos estágios, refletindo acerca da sua importância e contributo para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, de acordo com os domínios das competências comuns - responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para atingir as competências deste domínio, o enfermeiro deve demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”, bem como “uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

A responsabilidade é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Remete-nos para uma prática reflexiva dos atos, inerente às consequências dos mesmos, das tomadas de decisão e do seu comportamento. A responsabilidade foi um dos aspetos mais presentes na conduta profissional decorrida nos estágios. Foi sempre tida em conta a assiduidade, pontualidade, esclarecimento de dúvidas, debate de ideias com a equipa e com o enfermeiro orientador e autoconsciência dos atos, com o intuito de oferecer os melhores cuidados de enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 39) através do código deontológico, “o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida”. Neste contexto, correlacionam-se os princípios éticos inerentes aos cuidados de enfermagem, sendo que todas as decisões dos enfermeiros devem ser fundamentadas nesses mesmos princípios.

Segundo Nunes (2016), cada pessoa atribui um significado próprio e uma representação mental do seu estado de saúde. A condição humana, sobretudo do doente crítico, é marcada pela vulnerabilidade, sendo que, respeitar a dignidade humana, significa promover a capacidade de pensar, decidir e agir. Os enfermeiros declaram um compromisso de cuidados às pessoas, ao longo de todo o ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida aos que prestam cuidados.

O ambiente crítico pressupõe tomadas de decisão num contexto em que tudo acontece de forma rápida, súbita, por vezes inesperada, envolvendo situações limites que nos desafiam a nível profissional e pessoal. Estas questões suscitaram questões éticas particulares nestes contextos, as quais foram analisadas e refletidas em conjunto com o enfermeiro orientador e docente.

Perante doentes conscientes, foi sempre oferecida transparência na informação sobre a sua situação clínica e sobre os cuidados prestados, com o objetivo de proteger a sua autonomia, liberdade, dignidade e opção de escolha. Todas as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em conjunto com a decisão do doente. Por outro lado, perante doentes sem

comunicação verbal viável, estes aspetos são mais difíceis de atingir, uma vez que não temos acesso à vontade e consentimento do doente. Esta lacuna traz algumas questões éticas merecidas de reflexão sem uma resposta correta. No entanto, atuámos, sempre, no sentido de garantir o seu bem-estar, qualidade de vida, conforto, dignidade e privacidade.

A participação na tomada de decisão em equipa foi sempre aceite, sendo que os resultados das tomadas de decisão foram analisados e partilhados, de maneira a promover o desenvolvimento da prática especializada.

Durante a realização dos estágios, foram identificadas práticas de risco e, conseqüentemente, adotadas medidas adequadas com vista ao aumento da segurança das práticas nas vertentes ética e deontológica. Foi adotada uma postura preventiva perante situações que comprometessem a segurança e a privacidade do doente e quando as mesmas surgiram, atuámos no sentido de prevenir a sua reincidência.

No que diz respeito à confidencialidade da informação escrita e oral, consideramos que as configurações do serviço não favorecem este aspeto, uma vez que na UCIP o local de passagem de turno se trata dum lugar em *open space* e no SU trata-se de um local onde estão outros doentes, exigindo, assim, maior atenção para que esta confidencialidade fosse garantida.

O internamento do doente crítico acarreta problemas emocionais e psicológicos para o próprio doente, mas também para a sua família. A mesma pode expressar sentimentos de dor, ansiedade e preocupação com os cuidados prestados. Por isso, a família é assumida como indissociável da pessoa em situação crítica que deve ser apoiada e respeitada. Este aspeto foi bastante valorizado durante a realização do Estágio Final, sendo que o próprio serviço demonstra uma grande preocupação e cuidado no que diz respeito à família. No entanto, a nível de SU, não estavam permitidas visitas pelas restrições impostas pela pandemia.

Assim, ao longo dos estágios foi adotada uma postura de respeito pela dignidade humana, pela sua individualidade e intimidade, dando primazia às vontades e crenças dos doentes. Princípios como a justiça, a beneficência e a não maleficência também estiveram presentes nas decisões, sendo que os cuidados prestados tiveram como suporte os direitos humanos.

A ética e a responsabilidade são pilares da prática de cuidados, sendo que a aquisição de competências nesta área resulta da experiência. Perante tudo o que foi esclarecido, consideramos que este estágio contribuiu para a aquisição de competências neste domínio.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para atingir as competências deste domínio, o enfermeiro deve colaborar em projetos institucionais

na área da qualidade e participar na sua disseminação. Deve, ainda, proceder à avaliação das práticas e implementar programas de melhoria. O enfermeiro deve também criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

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.

Segundo o Despacho n.º 5613/2015 (2015, p. 13551), qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”.

Neste contexto, surge o documento Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que explana o reforço de ações no âmbito do sistema de saúde:

- a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
 - b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
 - c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
 - d) Reforço da segurança dos doentes;
 - e) Reforço da investigação clínica;
 - f) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
 - g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
 - h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
 - i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação
- (Despacho n.º 5613/2015, 2015, p.13552)

A promoção e a implementação de programas de melhoria tornam-se cruciais na área da qualidade em saúde. Nesta linha de pensamento, foi feita pesquisa sobre os projetos de melhoria contínua no serviço UCIP e destacaram-se os seguintes: projetos na área da prevenção das úlceras de pressão, do transporte do doente crítico, do acolhimento aos familiares dos doentes internados, da prevenção e controlo de infeção e do *delirium*. Não existe nenhum projeto sobre a avaliação da dor no doente crítico, pelo que constitui uma lacuna. A partir deste ponto, foi identificada uma área onde seria possível intervir e foi desenvolvida uma estratégia de intervenção sobre esta temática.

Após identificada a área de melhoria, foram estabelecidas prioridades e selecionadas as estratégias para a pôr em prática. Foi criada um instrumento de trabalho que funcionará como guia orientador de boa prática. Ao longo de todo este processo, foi necessário debater ideias com o enfermeiro supervisor e restante equipa. A abordagem desta temática permitiu melhorar

e adquirir novos conhecimentos, promovendo uma melhoria na qualidade dos cuidados, como preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Esta estratégia de intervenção permitiu a aquisição de habilidades na análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, uma vez que está subjacente a necessidade de se normalizar procedimentos de maneira a melhorar a qualidade dos cuidados.

Como referido anteriormente, um dos aspetos integrantes da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 é a melhoria da segurança dos cuidados de saúde. Deste modo, foi criado um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Este documento

“visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p. 3882-2).

Este plano recomenda que o ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes, deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria, com o objetivo de garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, graves e evitáveis.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como sustento os seguintes objetivos

“aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p. 3882-3).

Perante o que foi anteriormente exposto, consideramos que, em ambos os estágios, procedem a práticas que previnem o erro como a identificação do doente, da terapêutica e do procedimento a efetuar; identificação de situações de risco de quedas, implementando-se estratégias para a sua prevenção; implementação de práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão; cumprimento das indicações do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA). Desta forma, foi criado um ambiente de segurança, tendo sempre por base o respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais dos doentes.

Ressaltamos que na UCIP existe um dossier temático, onde constam normas e protocolos sobre procedimentos habitualmente realizados no serviço e que foram consultados logo na primeira semana de estágio. A existência destes protocolos promove uma atuação equitativa por parte dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, promove a segurança do doente, diminuindo os riscos.

O enfermeiro especialista deve, ainda, no domínio da melhoria contínua da qualidade 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.

Neste contexto de criação de ambiente terapêutico, surge a relação de ajuda. É um dos meios mais poderosos de intervenção em enfermagem e trata-se de uma intervenção onde a pessoa que ajuda (enfermeiro) está completamente disponível para o outro (doente/família). A relação de ajuda é uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, onde é criado um ambiente que permite ao doente ser compreendido e aceite (Coelho et al., 2020). Neste contexto, em ambos os estágios, foi possível recorrer a técnicas de relação de ajuda para aumentar a confiança e empatia com o doente, como a utilização do toque terapêutico, o silêncio, o olhar, a escuta ativa quando possível e o tom de voz que transmitisse compreensão.

Perante tudo o que foi apresentado é possível afirmar que foi assumido um papel de dinamizador de projetos institucionais na área da governação clínica, concebendo, gerando e colaborando em programas de melhoria da qualidade. Além disso, mantivemos um ambiente terapêutico e seguro com vista à gestão do risco e segurança do doente. Por estes motivos, consideramos que as competências neste domínio foram alcançadas.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para adquirir as competências deste domínio, o enfermeiro deve gerir os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a qualidade das tarefas delegadas. Durante essa gestão, o enfermeiro deve adotar o estilo de liderança mais apropriado e adequar os recursos às necessidades dos cuidados.

A gestão de cuidados de enfermagem desempenha um papel fundamental no alcance de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde em Portugal (Ribeiro, 2012).

Está regulamentado que “para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o

conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma.” (Ribeiro, 2012, p. 17). Entre estas funções, salientam-se as inerentes à gestão de recursos humanos e materiais, nomeadamente a nível do planeamento do trabalho; a coordenação da equipa de enfermagem; a gestão e prestação de cuidados de enfermagem; as funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica, em projetos ou programas e a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros (Ribeiro, 2012).

No que diz respeito aos enfermeiros especialistas, estes são detentores de competências, que são “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.” (Ribeiro, 2012, p. 17).

No nosso caso, procurámos desenvolver estas competências no âmbito da prestação de cuidados, na articulação com o orientador e gestor do serviço e na nossa condução do projeto de intervenção.

Todos os enfermeiros deverão ser detentores de competências para a gestão de cuidados de enfermagem. Ribeiro (2012) refere-se às competências de gestor como um conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes que são desenvolvidas para assegurar a competência empresarial. A nível de competências individuais, o mesmo autor sublinha a liderança, a persuasão, o trabalho de equipa, a criatividade, a tomada de decisão, a determinação, o planeamento e a organização. O enfermeiro gestor deve saber agir, mobilizar, comunicar, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica.

Espera-se que os enfermeiros com funções de gestão tenham uma intervenção ativa no processo de gerir equipas de saúde, possuindo competências que lhes permitam fazer uma gestão eficaz e eficiente dos recursos que têm disponíveis, com vista a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

No contexto de gestão dos cuidados, a liderança constitui-se como ferramenta essencial à prática profissional do enfermeiro, sendo talvez essa, a mais complexa tarefa na área de gestão. O enfermeiro líder deve desenvolver responsabilidades com determinação, compromisso, iniciativa, boa comunicação, flexibilidade, empreendedorismo, humildade e negociação (Santos et al., 2020). Um enfermeiro líder é, portanto, aquele que aproxima e ajusta os interesses da equipa, em função dos objetivos da organização.

Ao longo dos estágios, colaborámos nas diferentes decisões de equipa para encontrar soluções eficazes para os problemas que iam surgindo. Sempre que oportuno, foi assumido o papel de líder perante a equipa, criando um ambiente harmonioso e favorável a resultados positivos, utilizando um discurso tranquilo que demonstrasse compreensão e disponibilidade,

optando sempre pelo reforço positivo.

Relativamente às competências de gestão face aos recursos foi feita pesquisa e, através da observação direta, analisámos os recursos disponíveis no serviço para uma posterior utilização eficiente. Para tal, acompanhámos as atividades da Enfermeira Chefe e do Enfermeiro Responsável do serviço, onde também foi possível entender o processo dos pedidos de materiais de consumo clínico e terapêutico. Esta última atividade foi bastante enriquecedora, uma vez que, não se trata de uma prática que faça parte dos nossos cuidados diários, pelo que contribuiu para aquisição desta competência e para o nosso crescimento profissional.

Este domínio foi o que trouxe mais dificuldades na implementação das atividades planeadas como intervenção de enfermeiro especialista. Processos de delegar e supervisionar tarefas e de organizar e liderar a equipa apenas foram vivenciados em momentos onde eram exercidas funções de responsável de turno num anterior serviço. Pelo que, a aquisição de competências nesta área careceu de reflexão individual com o intuito de melhorar aspetos adjacentes.

Perante o exposto, é possível afirmar que foram implementadas, com sucesso, atividades com vista à aquisição das competências do domínio da gestão de cuidados, no entanto, torna-se crucial desenvolver estratégias a nível pessoal e de mais oportunidades onde seja necessário exercer estas funções.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Como consta no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para atingir as competências deste domínio, o enfermeiro deve demonstrar “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). Além disso, “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Ao longo do tempo, a enfermagem tem vindo a consolidar e a assegurar a sua prática através da Ciência e da constante diversidade de informação (Michelan e Spiri, 2020). Segundo os mesmos autores (2020, p. 105), a PBE define-se como “o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para tomada de decisão sobre o processo de cuidar individual do paciente”. A mesma possibilita melhorar a qualidade dos cuidados, uma vez que envolve a

identificação de um problema, a procura e avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação e avaliação dos resultados.

Deste modo, foi identificada uma lacuna de formação, atuou-se como formador através de pesquisa científica detalhada sobre o tema e após ser feita uma avaliação, foi notável que se contribuiu para aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros da UCIP.

Na prestação de cuidados, além dos conhecimentos teóricos que o enfermeiro mobiliza, também se utiliza a si próprio como instrumento terapêutico. Assim, podemos distinguir entre o domínio técnico, onde está incluído o conhecimento adquirido e a experiência; e o domínio de ordem pessoal que compreende as características de cada um.

Deste modo, a relação terapêutica engloba duas dimensões essenciais, a profissional e a pessoal. A título pessoal, as qualidades que beneficiam a relação enfermeiro-doente na prática de cuidados de enfermagem são o altruísmo, a compaixão/solidariedade, gentileza e simpatia, a autenticidade, a compreensão e a disponibilidade (Pereira e Botelho, 2014). É crucial que o enfermeiro se conheça a si próprio, uma vez que a interação é uma característica fundamental nos cuidados de enfermagem.

O autoconhecimento e autorreflexão têm sido constantes ao longo do nosso percurso pessoal e profissional e por isso também ocorreram durante os estágios. Algumas das características que nos definem enquanto pessoa e enfermeiras são a humildade, a exigência, perfeccionismo, responsabilidade, bem como a necessidade de sentir confiança no nosso desempenho e trabalhar a gestão de sentimentos e emoções.

Em suma, consideramos que os cuidados foram prestados de forma competente, assertiva e devidamente fundamentados. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais garante práticas seguras, de qualidade e contribui para o desenvolvimento profissional e pessoal. Considera-se que a capacidade de autoconhecimento foi reconhecida como central na prática de enfermagem e que as tomadas de decisão e intervenções foram baseadas em padrões de conhecimento válidos e atuais. Por isso, concluímos que as atividades planeadas foram adequadas e que as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram adquiridas.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Os processos médico-cirúrgicos traduzem-se em “respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360). Com o intuito de uma melhoria na qualidade de vida da população,

“(…) os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360).

Esta área de especialização tem como alvo a PSC, sendo esta entendida como “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 n.º 429/2018, 2018, p.19362). Deste modo, os cuidados são prestados à “pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

A PSC pode estar perante uma situação de emergência – “agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais” -, exceção – “situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” e/ou catástrofe - “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” - e que colocam a vida da pessoa em risco (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362-19363).

Assim,

“os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (...)” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Para EMC-PSC foram definidas três competências: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). De seguida, estas competências serão exploradas tendo por base a análise das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios.

CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/UIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A pessoa que vivencia a doença crítica incorre em situações de **instabilidade orgânica** que podem provocar falência orgânica. Neste contexto, o enfermeiro é indubitavelmente o profissional de primeira linha na admissão desses doentes e o elemento que maior contacto tem com os mesmos. Por isso, o EEEMC-PSC, é considerado o elemento essencial no acompanhamento do doente crítico, pelas suas competências teórico-práticas desenvolvidas no âmbito da compreensão dos processos de declínio orgânico e treino de resposta aos mesmos de forma precisa e eficiente.

Uma abordagem rápida e eficiente requer uma observação e colheita de dados de forma contínua e sistematizada. Conforme explícito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RPQCEEPSC), é referida a abordagem na categoria de prevenção de complicações como uma “identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica (...) para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros,

2011, p. 5). Para que tal ocorra, é essencial uma observação minuciosa dos sinais e sintomas clínicos, compreender os dados fornecidos pela monitorização disponível e articular conhecimentos sobre a patologia e declínio orgânico.

Nesta linha de pensamento, os estágios foram importantes para pôr em prática esta valência. Para avaliação do doente crítico, foi dada primazia à utilização de instrumentos de avaliação que auxiliassem a observação e a conseqüente tomada de decisão, como algoritmos, escalas e monitorização hemodinâmica.

Perante a chegada de um doente crítico, torna-se essencial uma primeira abordagem que é considerada como início de tratamento no contexto de emergência médica, promovendo uma gestão do tempo e reconhecimento precoce de possíveis complicações. A abordagem segundo o algoritmo Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) apresenta grande relevo em contexto de urgência em qualquer doente instável. Este algoritmo demonstra ser essencial na abordagem ao doente crítico em contexto de serviço de urgência, mas também em cuidados intensivos.

Os sinais vitais continuam a ser a principal fonte de informação do quadro clínico do doente crítico. Hogan et al. (2020) defendem que uma melhor identificação e gestão da deterioração do doente, reduz a mortalidade, bem como aumenta a qualidade de vida do doente após adoção de intervenções adequadas. Deste modo, o benefício da técnica de monitorização passa por fornecer informação fidedigna que permite a prevenção de danos nos órgãos por hipoperfusão, através de decisões terapêuticas adequadas que reduzam a taxa de mortalidade (Pinho, 2020).

A avaliação hemodinâmica tem sofrido grandes evoluções ao longo do tempo, pelo crescimento da atividade tecnológica, desde a avaliação periférica de forma não invasiva, aos métodos cada vez mais objetivos e invasivos (Pinho, 2020).

Sistemas mais simples e não invasivos como os sistemas de *track and trigger* têm sido desenvolvidos para identificar a deterioração num estadio inicial, momento em que existe mais oportunidade de intervir e fornecer cuidados eficazes, seja a nível de monitorização, revisão clínica ou revisão de decisões sobre limites de tratamento. Os obstáculos na implementação destes sistemas relacionam-se com a elevada carga de trabalho e dificuldade na ativação da equipa médica para avaliação/tratamento do doente, assim como o foco exagerado nos sistemas, ignorando outros indicadores de deterioração, pelo que não dispensa a observação do estado geral do doente.

Apesar de este sistema não ter sido presenciado no SU, foi apenas um exemplo de uma das formas de traduzir os sinais de choque que o EEEMC-PSC deve dominar. Em contexto de urgência o desenvolvimento desta competência de antecipação de instabilidade é crucial.

Em contexto de UCI, a monitorização mais complexa e invasiva assume total importância. No Estágio Final desenvolveram-se competências no que respeita à monitorização hemodinâmica contínua, interpretação das curvas hemodinâmicas, interpretação gasimétrica e respetiva articulação com observação clínica. Foi, ainda, estabelecido contacto com a monitorização *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO) que, segundo Pinho (2020, p. 76) trata-se de “um método *gold standard* de termodiluição transpulmonar que fornece medição contínua, por análise da curva de pulso, ou intermitente, por termodiluição do débito” e consequente realização de pontos hemodinâmicos. Também a nível de neuromonitorização, foi estabelecido contacto com índice bispectral (BIS), que segundo Molina et al. (2021), é o primeiro índice quantitativo de eletroencefalograma usado na prática clínica como monitor para avaliar a profundidade da sedação.

O conhecimento acerca da monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva ajuda a desenvolver a capacidade de decisão clínica, de modo a formular um plano de cuidados de enfermagem adequado (Silva et al., 2019). Assim, o domínio da interpretação da monitorização hemodinâmica é imprescindível para a qualidade de cuidados do EEEMC-PSC relativamente à prevenção de complicações.

A PSC é alvo de falência multiorgânica. Por isso, é crucial deter um conhecimento aprofundado sobre cada sistema e órgão, de maneira a conseguir compensar os seus focos de instabilidade, além de conhecimentos sobre fisiologia respiratória para compreensão da VMI e VNI, bem como o conhecimento sobre a fisiologia renal para compreensão das técnicas dialíticas.

A ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada em quadros de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Este tipo de suporte respiratório exige uma equipa de enfermeiros capacitada para o bom funcionamento dos equipamentos, boa adaptabilidade do doente e sucesso no tratamento. No que diz respeito à VMI, o enfermeiro especialista deve ter uma atenção especial pela possibilidade de desajustes entre o ventilador e o doente, à necessidade de alterações nos parâmetros ventilatórios que compensem o quadro estabelecido e ao risco de PAVM (Santos et al., 2020a). Desta forma, o enfermeiro adota estratégias que contribuam para o sucesso da técnica e para o bem-estar e recuperação do doente.

Durante o estágio no SU deparámo-nos com doentes com necessidade de suporte a nível respiratório, no entanto foi na UCI que desenvolvemos maioritariamente essa competência, pelo que foi possível trabalhar com afinco esta técnica e todos os aspetos adjacentes à mesma.

No que diz respeito ao foro renal, Pinho (2020, p. 176) refere-se à insuficiência renal aguda (IRA) como

“uma perda súbita da função renal e potencialmente reversível, independentemente da etiologia ou dos mecanismos, provocando o acumular de substâncias nitrogenadas (ureia e creatinina) e acompanhada ou não pela diminuição de diurese, provocando uma diminuição rápida da filtração glomerular, com retenção de toxinas urêmicas e incapacidade de manter o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base”.

A IRA está geralmente associada a uma disfunção multiorgânica e sépsis, sendo uma situação frequente em cuidados intensivos, com elevado índice de mortalidade associado, com tendência a progressão e consequente necessidade de TSFR pela grande instabilidade que estes doentes apresentam (Pinho et al., 2020). As intervenções do enfermeiro especialista perante esta técnica devem ser baseadas na capacidade de tomada de decisão para garantir resultados eficazes sem desperdício de recursos, tendo a capacidade de avaliação, sistematização e tomada de decisão para uma prática mais adequada (Silva e Takashi, 2021). Ou seja, deve apostar numa conduta de responsabilidade e liderança durante o tratamento.

A técnica dialítica não era, de todo, uma temática com a qual estivéssemos à vontade. Por isso, foi necessária uma pesquisa aprofundada sobre este tema e o enfermeiro orientador elucidou sobre as melhores intervenções a adotar. Consideramos que, no final do Estágio, a experiência com este tipo de doentes foi uma mais-valia no progresso a nível profissional.

Na **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente** é fundamental que o enfermeiro especialista domine os algoritmos sobre Suporte Avançado de Vida (SAV), devendo manter-se atualizado relativamente aos mesmos para que consiga proceder à “apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” como referido na categoria de prevenção de complicações do RPQCEEPSC (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante uma atuação de emergência é necessário que o enfermeiro especialista possua competências técnicas (intervenções, terapêutica e equipamento) e competências não técnicas (cognitivas – definição do problema, soluções existentes, tomada de decisão e avaliação – e de comunicação e liderança) (Sedlár, 2020). A rapidez de atuação e o à-vontade durante uma situação de emergência estão relacionadas com a autoconfiança obtida pela experiência. A experiência em contexto de urgência/emergência dura apenas há sensivelmente dois anos e por isso, consideramos que ainda é preciso mais treino deste tipo de habilidades, no entanto, o estágio em contexto de urgência foi uma mais-valia neste sentido.

No contexto de cuidados intensivos não é tão comum as emergências no doente crítico, uma vez que estes são alvos de um rigoroso controlo analítico e hemodinâmico, o que permite evitar descompensações do quadro clínico do doente ou detê-los numa fase muito precoce. No

entanto, trata-se de um ambiente importante na abordagem de complicações, visto que permite intervir de forma tranquila, mas eficaz.

Em suma, em situações emergentes, é crucial que o enfermeiro especialista apresente clareza no domínio dos algoritmos de atuação, adote tarefas bem definidas de forma rápida e eficaz com minimização de ruído de forma a diminuir a hipótese de ocorrência de erro e aumentar a eficácia do sucesso da técnica de estabilização do doente.

A **gestão de protocolos complexos** é considerada uma unidade de competência do EEEMC-PSC e que faz referência à “correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade” e à “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” estabelecidos no RPQCEPSC (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 5).

Em contexto de urgência podem ser implementados protocolos relacionados com as vias verdes (VV). Segundo a Direção-Geral da Saúde (2017, p. 17), via verde é definida

“como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”.

As VV podem ser VV coronária, VVAVC, VVSépsis e VVTrauma, consoante a situação clínica do doente.

As VV AVC facilitam o encaminhamento do doente com AVC isquémico permitindo um diagnóstico rápido e o acesso a tratamentos de reperfusão precoce, sendo, por isso, a avaliação inicial e a triagem, pontos essenciais deste processo. Neste sentido, a importância do enfermeiro especialista é crucial aquando da triagem e atendimento, uma vez que a rapidez e a eficácia irão influenciar os resultados de saúde relativamente à qualidade de vida e mortalidade.

A sépsis e o choque séptico são considerados problemas de saúde que afetam uma vasta densidade populacional anualmente e por isso é emergente a sua identificação precoce, bem como o tratamento adequado nas primeiras horas (Ferreira et al., 2021). Neste sentido, surge a VV Sépsis onde está contemplado o algoritmo básico de avaliação e terapêutica. Como enfermeiro especialista espera-se que o mesmo responda de forma imediata conforme o preconizado na norma nº 010/2016 da Direção-Geral da Saúde.

Relativamente ao trauma, trata-se de uma condição clínica capaz de causar anomalias físicas e/ou mentais temporárias ou permanentes, podendo resultar em mortalidade. O enfermeiro é o profissional que atua no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação. O seu papel passa por identificar as lesões existentes e garantir sua estabilização. Ao realizar a avaliação primária e secundária, o enfermeiro deve atuar de forma ágil e eficaz, com o objetivo de reduzir a

gravidade das lesões que acarretem risco iminente à vida da pessoa. Nestes procedimentos utilizam-se os critérios preconizados no protocolo ABCDE que foram enunciados anteriormente (Martins et al., 2021).

Por outro lado, as doenças cardiovasculares têm ganho um grande impacto a nível da saúde, sendo que o EAM é considerada uma das principais causas de morte em Portugal. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas é fundamental no tratamento e no sucesso do mesmo. Neste sentido, surge a VV coronária sendo que o seu objetivo é o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do síndrome coronário agudo (SCA) com realização de eletrocardiograma (ECG) o mais precocemente possível, para identificação de sinais de isquemia, com o intuito de serem tomadas medidas de intervenção precoce (Sousa, 2020).

De entre as VV existentes e durante o estágio realizado em contexto de urgência, foi observado em maior número o acionamento da VVAVC. Além dos protocolos das VV, também estivemos perante o protocolo da Triagem de Manchester, onde, mais uma vez, é fulcral o olhar crítico do EEEMC-PSC.

O serviço de unidade de cuidados intensivos onde foi realizado o Estágio Final rege-se, em grande parte, por protocolos e normas, disponibilizadas num dossier temático. Os protocolos existentes no serviço são: prevenção das infeções nosocomiais associadas aos dispositivos CVC; utilização das sondas nasojejunais; penso para tratamento de ulcera de pressão; provas de morte cerebral; colocação de cateter *swan-ganz*; monitorização hemodinâmica por cateter *swan-ganz*; aspiração de secreções; nutrição entérica no doente crítico; administração de fármacos por sonda naso/orogástrica; EOT; administração de insulina endovenosa; fluxograma de avaliação de glicémias; choque circulatório; aplicação da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS); descompressão radial pós-procedimento; e prevenção de PAVM.

Um dos protocolos mais utilizados no serviço é o protocolo de administração de insulina endovenosa e o fluxograma de avaliação das glicémias. No doente crítico, a resposta fisiológica ao *stress* dá origem a alterações a nível metabólico dos hidratos de carbono, caracterizados pelo aumento do consumo de energia, resistência celular à ação da insulina e conseqüente elevação da glicémia. Contrariamente ao que foi evidenciado durante muito tempo, em que se considerava que a hiperglicemia induzida pelo *stress* no doente crítico era benéfica para os órgãos que dependiam da glucose para o seu fornecimento energético, estudos posteriores identificaram a hiperglicemia como um fator de risco importante na morbidade e mortalidade do doente crítico. Desta forma, o controlo da glucose nos cuidados intensivos não é considerado um parâmetro inocente, uma vez que as variações de glucose sanguínea promovem o aumento da morbimortalidade no doente crítico. O enfermeiro especialista deve reconhecer e enaltecer a importância da monitorização da glicémia, bem como reconhecer estratégias preventivas em

situações de instabilidade glicêmica, para que possam fomentar comportamentos seguros (Barrocas e Rabiais, 2019).

A **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica** é também um aspecto que faz parte da primeira competência do EEEMC-PSC. Enquadra-se no enunciado de bem-estar e autocuidado quando se referem à “gestão diferenciada e eficaz da dor com implementação de instrumentos de avaliação de dor e protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 6).

Damos enfoque a esta competência através do nosso projeto de intervenção profissional que se enquadra na avaliação e gestão da dor no doente crítico.

É exigido que o enfermeiro especialista compreenda os elementos facilitadores e limitadores na aplicação da circular normativa nº 09/2003 da Direção-Geral da Saúde nas áreas críticas onde desempenha funções, de forma que a avaliação e abordagem de dor da pessoa nestes contextos não seja negligenciada. Importa referir que neste âmbito os enfermeiros “(...) têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor” e que “(...) devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.13).

A dor é um dos motivos de maior procura nos serviços de urgência e está bem patente em UCI por se tratar de doentes críticos, onde a sua vulnerabilidade acresce.

Em contexto de urgência, a dor é avaliada, primeiramente, durante a triagem. A Triagem de Manchester valoriza bastante a existência de dor e avalia-a através da EVA ou EVN. No entanto, o ambiente de urgência trata-se de um ambiente movimentado e rápido, gerado pelos períodos de elevada afluência, promovendo o método de trabalho de tarefa que pode resultar em falhas de reavaliação da dor após administração terapêutica. Quando avaliada, a dor limita-se a avaliação pelas escalas referidas, no entanto, em doente com estado de consciência/orientação limitados, esta escala não é considerada a mais adequada e não se observa o recurso a alternativas eficazes.

Em ambiente de cuidados intensivos, a sedação do doente e a presença de próteses ventilatórias limitam a comunicação verbal e proporcionam desafios na avaliação da dor. A maior lacuna identificada no Estágio Final foi a respeito desta temática. Verificou-se que não é dada a importância à dor como a outro sinal vital, que é utilizada a BPS apenas uma vez por turno, independentemente de quando é utilizada, não há uma avaliação concisa e eficaz da dor, não há uma norma/protocolo que oriente os enfermeiros durante a avaliação e não há referência à escala da dor na passagem de turno. É neste sentido que surge a nossa necessidade de intervenção como enfermeiro especialista - construir um protocolo na área da dor com base

nos documentos de referência da área - que permita colmatar as dificuldades sentidas e melhorar esta abordagem ao doente.

No âmbito de gestão da dor, torna-se imperativo reforçar que deve ser adotada uma estratégia analgésica preventiva, por exemplo antes da execução de procedimentos dolorosos, para além da perfusão contínua que habitualmente é comum em doentes internados em UCI. Segundo Máximo e Puga (2021), os opióides são a classe farmacológica mais utilizada para controlo analgésico, sendo o fentanil, a morfina e o remifentanil, os fármacos mais comumente utilizados. No serviço onde foi realizado o Estágio Final observou-se que os fármacos mais utilizados foram o fentanil, o tramadol e a morfina.

No que diz respeito à sedação do doente, esta é uma área que também tem implicação no prognóstico do doente. É utilizada, atualmente, uma sedação ligeira para gestão da dor, do *delirium* e da agitação, com recurso a fármacos de modo a promover o conforto do doente, a facilitação da prestação de cuidados e realização de intervenções e procedimentos (Máximo e Puga, 2021). O fármaco mais utilizado no serviço de UCIP foi o propofol.

Além de intervenções farmacológicas, existem ao dispor dos profissionais de saúde, intervenções não-farmacológicas que podem promover o bem-estar, a prevenção/diminuição da dor no doente crítico e que, em articulação com medidas farmacológicas podem apresentar melhores resultados.

A mobilização e os posicionamentos do doente são intervenções preventivas, uma vez que podem atuar na prevenção de úlceras de pressão que provocam dor e na miopatia recorrente em UCI e responsável pelo insucesso na extubação. Esta medida preventiva pode ser bastante útil porque não apresenta limitações, excetuando quando se trata de doentes com patologias vertebromedulares ou com patologia pulmonar unilateral. O decúbito ventral ou *prone position* é crucial, uma vez que “torna a ventilação mais homogénea, diminuindo a distensão alveolar ventral e o colapso alveolar dorsal. Neste contexto, existe uma redução da compressão pulmonar, levando a um aumento da perfusão” (Mota et. al, 2020, p. 17). A adoção deste decúbito foi bastante visualizada no serviço, principalmente em doentes infetados com Covid-19.

As complicações consequentes da imobilidade do doente crítico, podem ser minimizados através de, por exemplo, meias de compressão alternada ou terapia de compressão pneumática intermitente, quando não está instituída terapêutica tromboembólica, sendo a última, a mais utilizada no serviço.

Outro aspeto não-farmacológico que pode contribuir para o bem-estar do doente crítico é o controlo de ruído. Segundo Silva (2020, p. 43), “o organismo humano responde ao excesso de ruído da mesma forma que responde ao *stress*, através da estimulação da hipófise e do sistema

nervoso simpático”. A evidência científica demonstra que o ruído causa várias consequências como: distúrbios do sono; atraso no processo de cura durante o internamento; aumento da percepção da dor devido ao aumento da ansiedade e *stress*; e contribui para erros de comunicação (Silva, 2020). Os SU e as UCI são impreterivelmente considerados departamentos ruidosos, devido à grande quantidade e diversidade de equipamento necessário, bem como à grande atividade de toda a equipa. Ainda assim, na nossa perspetiva, o SU foi o contexto onde se sentiu mais ruído e onde julgamos haver mais necessidade de ações de sensibilização sobre este aspeto.

Uma das complicações despoletadas pelo ruído é o *delirium*. Pinho (2020, p. 82) define *delirium* como “uma síndrome caracterizada por um início agudo, em que o doente evidencia sinais de disfunção cerebral aguda, alteração e flutuação do estado de consciência (...) e compromisso da função cognitiva”. Estima-se que cerca de 60 a 80% dos doentes com VMI e 20 a 25% dos doentes não ventilados sofram de *delirium* durante o internamento em cuidados intensivos. A prevenção deverá ser a primeira linha de atuação e deve ser individualizada e multifactorial, dirigindo-se para o controlo integrado da dor e agitação. Segundo o mesmo autor, está comprovado que um controlo inadequado da dor reflete-se em agitação, sendo propício ao desenvolvimento de *delirium* (Pinho, 2020). No serviço de UCI é avaliado o delirium, sendo que utilizam para o efeito a Escala *Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM-ICU).

Em suma, referimo-nos à dor como um fenómeno transversal a quase todos os processos patológicos. O enfermeiro especialista deve adotar estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, tendo em consideração o contexto físico, social, psicoespiritual e ambiental que envolve o doente crítico.

Relativamente à **gestão da comunicação interpessoal**, o enfermeiro especialista deve adquirir domínio em técnicas de comunicação, recorrendo a instrumentos que o auxiliem. Este aspeto enquadra-se na categoria de satisfação do cliente onde é referido que o enfermeiro especialista deve fazer uma “gestão de comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família (...)” ao adotar uma “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4).

A área da comunicação foi um desafio tanto em contexto de urgência como em cuidados intensivos. Atendemos às nossas competências anteriores, ao conhecimento adquirido em período teórico e aplicação dos mesmos na prática de cuidados.

No SU, o desafio torna-se na capacidade de criar empatia com o doente e com a respetiva família em tão pouco tempo. Também por se tratar de um ambiente confuso e ruidoso, onde pela instabilidade presente, torna-se difícil conseguir uma comunicação tranquila com o doente e com a família.

Compreender o processo saúde-doença do doente, identificar o seu problema e poder intervir precocemente para atingir o sucesso, é, de facto, um grande desafio para o enfermeiro. Deve ser adotado um modelo capaz de identificar, de forma rápida e eficaz, a gravidade do doente em situação de urgência e definir estratégias para colmatá-las (Souza et al., 2021).

Nas situações em que houve dificuldade de comunicação, por condições particulares dos doentes, por exemplo patologia psiquiátrica, foi adotada uma comunicação clara e precisa e utilizado o raciocínio clínico para podermos responder efetivamente à situação presenciada.

Quando estamos perante ambientes críticos mais controlados, como é o caso das UCI, algumas dificuldades anteriormente apontadas não são identificadas. Neste tipo de ambiente existe uma maior disponibilidade e tranquilidade para que as situações ocorram. Por isso, neste estágio foi possível assistir a uma maior humanização dos cuidados, por exemplo, em situações onde foi permitida a visita dos familiares e consequente abordagem da parte do enfermeiro com as mesmas.

Os maiores desafios numa UCI prendem-se pelas limitações de comunicação que os doentes possam ter devido ao nível de consciência e à existência de dispositivos que dificultam a comunicação verbal. Estes aspetos podem influenciar negativamente a identificação de problemas e a adequação das intervenções mais apropriadas para o doente. Desta forma, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de dominar a interpretação de sinais e sintomas e agir através de raciocínio clínico, promovendo o bem-estar do doente.

Em suma, a comunicação e a relação terapêutica são elementos-chave na garantia da segurança do doente, manifestando-se na qualidade dos cuidados. O estímulo à comunicação é uma estratégia fundamental e determinante no setor da saúde, uma vez que a qualidade e efetividade da comunicação reflete-se diretamente no estado de saúde dos doentes. Uma comunicação eficaz permite uma maior satisfação dos doentes e promove uma prestação de cuidados de qualidade (Pinho, 2020a).

O contexto crítico é marcado pela transição abrupta dos ambientes saúde-doença. Esta mudança influencia negativamente o doente, bem como a sua família, visto que pode significar necessidade de internamentos longos e complexos, a criação de dependência do doente e, sem dúvida, a quebra na relação entre ambos. Por conseguinte, é dever do enfermeiro especialista **assistir a pessoa, família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica**. Este ponto insere-se no enunciado do bem-estar que enfatiza a importância da “gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 6).

As pessoas atravessam processos significativos que Afaf Meleis intitula de transição, pelo impacto que podem gerar na sua vida pessoal, familiar ou social. As transições de saúde-doença

têm associadas a ideia de interrupção do processo de vida e da incerteza face ao tratamento implementado. Todas as situações críticas acarretam sentimentos como ansiedade, medo, raiva e incerteza (Mendes, 2020).

Deste modo, Meleis propõe que, na construção da intervenção terapêutica, sejam analisados os fatores que podem fazer a diferença na vivência da experiência do doente e das famílias. É crucial centralizar o cuidado no sentido de minimizar também o sofrimento das famílias, que são constantemente confrontadas com a fragilidade do seu ente-querido e com a incerteza da sua situação clínica. Neste sentido, assume-se que a envolvimento da família na intervenção terapêutica de enfermagem é determinante, dando oportunidade a que as dúvidas sejam discutidas e a ansiedade se torne menos patente (Mendes, 2020).

Quando o familiar encontra resposta às suas necessidades, desenvolve mais facilmente a capacidade de gestão da situação e das emoções, através de estratégias de *coping*. É fundamental que a família saiba lidar com a incerteza no sentido de adaptação, enquanto estado final, possibilitando a aquisição de equilíbrio (Mendes, 2020).

As intervenções de enfermagem devem ter como foco os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e o bem-estar são os resultados. Reconhece-se que na interação quotidiana, os enfermeiros são um elemento facilitador na vivência desse processo de transição quer para o doente, quer para a família (Mendes, 2020).

Em contexto de urgência, o medo é uma das primeiras emoções manifestadas. Recorrentemente, os doentes sentem medo relacionado com a dúvida de estarem perante uma emergência médica. A raiva também é outra emoção muito recorrente no SU. É habitual a existência de violência verbal e física, uma vez que a pessoa/família adota uma perceção de estarem em perigo, o que conseqüentemente ativa a sensação de raiva e agressividade para com os profissionais de saúde. Fatores como o tempo de espera prolongado, a sobrelotação, o *stress*, a ansiedade e a dor despoletam ainda mais estes sentimentos. Nesta posição, o enfermeiro especialista deve promover uma comunicação e uma relação terapêutica para colmatar estas situações.

No que diz respeito à UCI, a emoção mais evidenciada pelos doentes/família é a tristeza despoletada pela frustração. Como foi referido anteriormente, o ambiente de UCI permite o contato do doente e da família, o que acarreta alguma tranquilidade, contrariamente ao presenciado no SU, possibilitando ainda assim, sentimentos de profunda tristeza. O enfermeiro especialista deve desenvolver competências que auxiliem o doente e a família a encontrar estratégias que resultem num equilíbrio emocional.

Nos últimos anos, as conseqüências a longo prazo da doença crítica tornaram-se cada vez

mais importantes, devido ao crescente aumento da esperança média de vida e à evolução das tecnologias de saúde. Os doentes recuperados sofrem importantes efeitos funcionais, psicológicos e neurocognitivos que têm impacto na sua qualidade de vida. Essas consequências são intituladas de *post-intensive care syndrome* (PICS) e pode desenvolver-se rapidamente após a doença crítica e pode durar até 5 anos. Dentro das PICS podemos enaltecer a dor crónica, depressão, deficiência nutricional, patologias respiratórias, cardíacas e renais. As PICS podem afetar a pessoa, mas também abranger as suas famílias (Busico et al., 2019).

Neste sentido, surge a importância da intervenção do enfermeiro especialista como resposta às necessidades básicas do doente/família que se encontram comprometidas, atuando na prevenção de complicações e na promoção da sua recuperação parcial ou total (Busico et al., 2019). Esta temática está enquadrada no enunciado da promoção da saúde quando se refere à “promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos (...) (Ordem dos Enfermeiros 2011, p. 5). Neste enquadramento da promoção de saúde, surge a consulta de enfermagem de *follow up* como uma resposta à minimização das sequelas decorrentes do internamento (Busico et al., 2019). A implementação desta consulta é promotora de ganhos em saúde, com impacto nos indicadores de mortalidade, morbidade e satisfação do doente, ressaltando-se a conseqüente redução do número de reinternamentos e dos custos associados à hospitalização (Mendes, 2020). Infelizmente, este tipo de consultas não são efetuadas no serviço onde foi realizado o Estágio Final.

DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

O EEEMCPSC deve possuir competências para dar respostas a situações de catástrofe ou emergência multivítima. Este tema pode enquadrar-se no enunciado de organização de cuidados de enfermagem no sentido de compreender de que forma se pode organizar “(...) uma resposta eficaz e eficiente perante situações de catástrofe ou emergência multivítima” no sentido de prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 7).

Durante o contexto teórico, foi-nos possível frequentar o curso de *International Trauma Life Support* (ITLS), onde foi possível reter noções de avaliação do cenário de trauma, abordagem à vítima e avaliação dos vários tipos de trauma e atuações perante os mesmos. No final do curso foram aplicados cenários práticos de atuação. Esta componente teórica, foi essencial para aplicar em contexto de estágio e também futuramente, em contexto de prática clínica.

Infelizmente não nos foi possível vivenciar uma situação real, no entanto, interessámo-nos em conhecer os planos estratégicos dos serviços e perceber a organização dos mesmos face às

orientações institucionais. Foram consultados os planos de emergência de ambos os serviços e apercebemo-nos que todos eles identificam e avaliam os riscos/vulnerabilidades das regiões que abrangem e descrevem a reorganização da unidade hospitalar em caso de catástrofe.

Perante uma situação de catástrofe ou emergência multivítima, os SU são os locais de primeira linha para atendimento às vítimas. Por isso, os enfermeiros têm um papel preponderante na resposta à mesma, pelo que são necessárias habilidades adequadas para salvar vidas humanas. No entanto, o papel do enfermeiro não se restringe à prestação de cuidados diretos à PSC, mas também no controlo de infeção, na participação em planos de contingência, na imunização, evacuação e no tratamento em massa (Furtado, 2021).

A evidência científica afirma que existe uma lacuna na atuação dos enfermeiros perante uma catástrofe, o que, conseqüentemente, obriga a que seja crucial o treino, sendo esta uma forma efetiva para aquisição de competência e conhecimento. A simulação permite melhorar a confiança, familiaridade com a reposta à catástrofe, assim como, permite perceber quais as necessidades formativas para preparação em catástrofe (Furtado, 2021).

As UCI estão também sujeitas a programas de integração cuidadosamente contruídos que exigem a assistência a um determinado número de situações de emergência durante esse período. Destacamos o facto de que, na equipa da UCI onde foi realizado o Estágio Final, os elementos são formados de dois em dois anos, através de treino simulado, o que permite que estejam atualizados consoante as normas de atuação.

Ainda neste capítulo e relativamente às situações de exceção, está enquadrada a violência nas suas várias formas. A violência contribui para a redução da qualidade de vida da população e causa desestruturação individual e familiar, podendo trazer consequências que podem perpetuar. Deste modo, os cuidados de saúde estão interligados ao contexto de violência, uma vez que o primeiro atendimento a estas vítimas é nos SU. Esta é ainda uma área de desenvolvimento a nível nacional, no entanto, cabe também ao enfermeiro especialista desenvolver projetos que assegurem cuidados corretos e de qualidade às vítimas (Rocha et al., 2020).

É importante referir que, na área da violência, durante o período teórico do curso de mestrado, foi realizado um poster sobre a abordagem à vítima de violência, no âmbito da unidade curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica 3.

MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

O controlo de infeção é uma das áreas onde o conhecimento científico tem dado passos exponenciais no seu desenvolvimento. A prevenção e controlo das IACS, principalmente em contexto de doente crítico onde são aplicadas intervenções invasivas, é um dos enunciados do RPQCEEPSC sobre a “prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 7).

É essencial compreender a importância da criação e implementação de normas e orientações para a Prevenção e Controlo das IACS. A Direção-Geral da Saúde criou os feixes de intervenção ou *bundles* que são um conjunto de intervenções que têm como objetivo assegurar que os doentes recebem cuidados de excelência e baseados na evidência. Também é importante referir que esta temática e esta competência foram inseridas na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5, onde foi realizado um trabalho sobre a Organização Nacional e Institucional da Prevenção e Controlo das IACS, tendo sido feita referência aos feixes de intervenção.

O EEEMC-PSC deve basear-se no documento do Programa Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência Antimicrobiana para apoiar a sua prática no sentido da construção de planos que posteriormente sejam cumpridos nos serviços. Nos diferentes estágios pude compreender as estratégias usadas para o cumprimento de normas assim como as principais dificuldades encontradas.

Ambos os serviços onde foram realizados os estágios possuem estratégias de controlo de infeção. A existência de auditorias para monitorização de procedimentos, como por exemplo a lavagem das mãos, é uma dessas estratégias. Também a existência de quartos de isolamento devidamente equipados com os equipamentos de proteção individual (EPI's) constitui outra estratégia de propagação de microrganismos.

No entanto, especificamente nos SU, a sobrelotação é quase recorrente juntamente ao reduzido número de recursos humanos que presta cuidados. Por isso, a probabilidade de transmissão de microrganismos é maior, pelo que a existência de Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) em número suficiente, uma maior atenção na descontaminação de material e superfícies e a sensibilização e formação frequente da equipa relativamente à infeção hospitalar são formas de minimizar esta questão.

Ainda dentro deste contexto, surge a questão do fardamento, pelo facto de ser uma fonte

potencial de transmissão de microrganismos. É de salientar que em todos os turnos, em ambos os estágios, a farda é trocada e enviada para a lavanderia no final de cada turno.

No que diz respeito às UCI, estas apresentam procedimentos específicos no controlo de infeção, considerando a própria estrutura, organização e tipologia de doentes. No caso da UCI do Estágio Final, é realizado um controlo séptico na admissão dos doentes, que se estende regularmente durante todo o internamento. São também realizadas colheitas de sangue e de zaragoas da região retal e orofaríngea e posteriormente são publicados, em sistema informático, os resultados. No entanto até conhecimento dos resultados, não há nenhum cuidado relativamente ao isolamento dos doentes.

Relativamente à prevenção de infeção por *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), os cuidados de higiene na UCI são realizados com recurso de toalhetes impregnados de clorhexidina a 2%, durante os primeiros cinco dias, evitando a face e os genitais, sendo utilizado um para cada parte do corpo, desperdiçando-o a cada passagem e não passando água, de forma a não retirar o produto. Assim, evidenciamos que são adotadas as estratégias explanadas na norma nº 018/2014 da Direção-Geral da Saúde (2015, p. 1), onde é referido que

“todos os doentes, com mais de dois meses de idade corrigida, internados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão”.

De ressaltar que durante a higiene, a equipa adota cuidados relativos à desinfeção do colchão com álcool a 70%.

Para a PAVM, a norma nº 021/2015 refere que se deve “realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes (...) que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico”, o que foi notável durante o estágio (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 1). Além disso, são substituídos os circuitos ventilatórios apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes.

Além destas intervenções, o enfermeiro adota estratégias que interferem diretamente com as questões relacionadas com a infeção como a monitorização do *cuff*; os cuidados na manipulação de CVC e cateter vesical; e a utilização de EPI's adequados na abordagem ao doente, pelos profissionais de saúde, mas também pelas famílias que visitam o doente.

O enfermeiro especialista deve ter domínio sobre os feixes de intervenção de infeção conduzidos pela Direção-Geral da Saúde, dando primazia também às auditorias para melhorar os cuidados de saúde.

Em suma e após avaliação de todas competências do EEEMC-PSC, consideramos que a diversidade de experiências a que fomos expostos, as respostas evidenciadas e os conhecimentos mobilizados, nos possibilitaram consolidar conhecimentos que nos permitiram construir o perfil de EEEMC-PSC. A nossa conduta foi proativa e intervencionista no sentido de se tornar uma mais-valia para nós, mas também para o serviço, colegas e doentes/família, sendo que o principal objetivo foi de fazer a diferença na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

4.3. Competências de Mestre

Segundo o Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, o grau de mestre é conferido ao indivíduo que possua conhecimento específico, utilizando-o para aplicações originais ou em contexto de investigação, aplicando-o em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares. Além disso, o mestre deve ter a capacidade para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir pareceres, incluindo implicações éticas e sociais. Também deve ser capaz de comunicar as suas conclusões de forma clara e inequívoca aos pares. Por fim, deve providenciar uma autoaprendizagem ao longo da vida, de modo orientado e autónomo.

No que diz respeito às competências de grau de mestre em enfermagem, a Universidade de Évora, definiu os seguintes objetivos de aprendizagem:

- “1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora, 2015, p. 26).

Os estágios contribuíram para a aquisição de competências de mestre, pelo que as

atividades planejadas de seguida estão definidas para dar resposta às exigências anteriormente enumeradas. Desta forma, a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre completam e são associadas às competências de enfermeiro especialista.

DEMONSTRA COMPETÊNCIAS CLÍNICAS NA CONCEÇÃO, NA PRESTAÇÃO, NA GESTÃO E NA SUPERVISÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, NUMA ÁREA ESPECIALIZADA

O desenvolvimento profissional do enfermeiro ocorre de forma gradual e contínua, através da experiência proveniente do conhecimento empírico, bem como através da prática clínica (Cunha, 2017).

Atualmente, associa-se o conceito de competência profissional à qualidade em saúde. Para atingir a excelência na prestação de cuidados, as organizações definem como requisito de qualidade, o desenvolvimento das pessoas. É necessário que os profissionais mobilizem conhecimentos, habilidades e atitudes (Cunha, 2017).

Os enfermeiros, na complexidade do seu agir, adquirem competências quando se integram em processos de aprendizagem e formação contínua que possam dar respostas às necessidades do indivíduo e família. Assim, a formação e a experiência clínica, estão diretamente interligadas ao conceito de competência profissional (Cunha, 2017).

A exigência não só de melhoria na qualidade técnica, mas também na identificação das necessidades e centralização no doente através de uma continuação dos cuidados, obtidas através de uma avaliação da perceção da qualidade do doente e o desenvolvimento de indicadores de qualidade baseados nesta avaliação, são os fatores que impulsionam a procura do cuidado em determinada instituição (Silva, 2018a).

Por conseguinte, a exigência desta melhoria da qualidade dos cuidados deve garantir uma assistência precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, sendo o enfermeiro especialista nesta área um arquétipo de qualidade, capaz de ajudar todo o núcleo a vivenciar processos complexos de doença (Silva, 2018a).

Após o exposto e com vista ao alcance desta competência, em todos os doentes em situação crítica, foram identificados os problemas e planejadas estratégias de intervenção, as quais se implementaram e avaliaram.

Ao longo dos estágios, foi demonstrada a capacidade de prever e antecipar, associada a um desempenho complexo e eficaz durante a prestação de cuidados. Quanto à área da gestão, esta tornou-se mais visível nos momentos em que se acompanhou os enfermeiros responsáveis de turno e os Enfermeiros Chefes. No que diz respeito à supervisão dos cuidados, esta competência foi adquirida posteriormente às formações realizadas. Sempre que se identificaram

necessidades de formação, atuou-se, assumindo-se uma postura dinamizadora da aprendizagem ao capacitar os outros elementos da equipa. Após intervenções, procedeu-se à avaliação e conseqüente monitorização das práticas adotadas.

Perante o que foi anteriormente referido, considera-se que foram promovidas as condições essenciais à segurança e qualidade das práticas e que, por isso, foi atingida esta competência.

INICIA, CONTRIBUI, DESENVOLVE E DISSEMINA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA

O panorama atual da área da saúde tem exigido e justificado a utilização de evidência científica na enfermagem, de maneira a oferecer os melhores cuidados. A enfermagem, enquanto profissão centrada em responder às necessidades do ser humano em diferentes situações de saúde, utiliza o conceito de PBE ou boas práticas para fundamentar sua prática clínica e prestar assistência de qualidade (Lima et al., 2022).

Segundo o mesmo autor (2022, p. 2), entende-se PBE como sendo “um conjunto de técnicas, processos e atividades compreendido como o melhor para realizar determinada tarefa, consistente com os valores, objetivos, evidências da promoção da saúde e entendimento do ambiente no qual se desenvolve a prática”. Na disciplina de enfermagem, não só a técnica é importante, como também se exige um amplo conhecimento de valores e crenças e a procura de habilidades que envolvem intuição para a tomada de decisão mais adequada (Lima et al., 2022).

A pesquisa tem sido cada vez mais reconhecida ao longo dos anos e tem-se tornado essencial nos processos de trabalho, no campo clínico e de ensino, uma vez que possibilita a renovação e atualização de conhecimento e a adoção de boas condutas de enfermagem (Silva et al., 2021).

Assim, a PBE constitui uma forma segura e organizada de estabelecer condutas profissionais com enfoque na identificação e solução de problemas, baseando-se nas melhores evidências científicas (Silva et al., 2021).

Com o objetivo de se contribuir para uma PBE e, por ser ainda mais exigido aos enfermeiros especialistas, devemos enunciar a estratégia de intervenção desenvolvida na UCIP sobre a avaliação da dor no doente crítico. Esta intervenção teve por base uma definição e construção de um problema, que posteriormente envolveu uma complexa pesquisa científica e que foi completada com a criação de um instrumento de trabalho com o intuito de auxiliar os enfermeiros numa prestação de cuidados de excelência. Também a partir desta intervenção, foi construído um artigo científico (Apêndice J), com vista à disseminação de conhecimento, o que contribuirá, igualmente, para a implementação da PBE.

Deste modo, cabe ao mestre e especialista em enfermagem, criar, desenvolver e disseminar conhecimento, consideramos, assim, que esta competência foi atingida.

TEM CAPACIDADES PARA INTEGRAÇÃO DE CONHECIMENTOS, TOMADA DE DECISÃO E GESTÃO DE SITUAÇÕES COMPLEXAS, COM PONDERAÇÃO SOBRE AS IMPLICAÇÕES E AS RESPONSABILIDADES ÉTICAS, PROFISSIONAIS E SOCIAIS

A origem da palavra autonomia vem do grego, *autos* - eu mesmo - e *nomos* - lei, norma, regra. A autonomia profissional do enfermeiro expressa-se pela capacidade de autogestão e tomada de decisões clínicas baseadas nos seus conhecimentos técnico-científicos e na legislação que regem as ações de enfermagem a serem implementadas (Dutra, 2019).

A autonomia é compreendida como um aspeto fundamental na prática profissional do enfermeiro e espelho da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que promove maior satisfação profissional. Assim, define-se autonomia profissional como a capacidade do profissional em configurar, de modo independente, direção e orientações às suas ações (Dutra, 2019).

Na prestação de cuidados, é crucial que o enfermeiro exerça a sua prática com bases sólidas de conhecimento, além de demonstrar responsabilidade profissional, conhecimentos éticos, deontológicos, jurídicos, científicos e técnicos e capacidade de ação. A autonomia do enfermeiro manifesta-se através da responsabilidade, tomada de decisões e postura (Dutra, 2019).

Ao longo dos estágios, foi demonstrada capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, tendo sempre subjacente as responsabilidades éticas, profissionais e legais. Deste modo, foram prestados cuidados de enfermagem de qualidade, ajustados à necessidade do doente e da família, sustentados na evidência científica, na ética e deontologia profissional. As tomadas de decisão tiveram em consideração a dignidade e direitos do doente/família, no que diz respeito às suas crenças, vontades e valores, respeitando também a própria autonomia e liberdade dos doentes. Quando não se tornava possível que o doente tomasse decisões, a equipa multidisciplinar em colaboração com a sua família, agiu conforme os melhores interesses do doente.

Perante o que foi analisado, consideramos que esta competência foi adquirida de forma integral.

REALIZA DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS, APTIDÕES E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA

O processo de formação contínua promove inovação e aprendizagem. É determinada por

um conjunto de atividades para atualização profissional, além de promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde. A formação é essencial no aperfeiçoamento de habilidades e construção de novos conhecimentos. Os enfermeiros deparam-se, diariamente, com novos desafios, pelo que devem estar preparados para acompanhar as constantes mudanças e conceitos na área da saúde (Ribeiro et al., 2019).

O próprio mestrado em EMC representa um contributo no desenvolvimento do conhecimento, das competências e da autonomia.

Na profissão de enfermagem, surge diariamente uma multiplicidade de situações que torna imperativa a aprendizagem do enfermeiro ao longo da vida, com vista à excelência dos cuidados e a uma aquisição de competências constante, de maneira a serem mobilizadas para a sua prática diária. Na procura de uma melhor prática clínica, foram muitos os momentos de autoformação ao longo dos estágios. Assim, perante dúvidas, procedimentos ou patologias desconhecidas, recorremos à investigação, abrindo portas ao conhecimento.

Todo este processo de aprendizagem e crescimento só se torna significativo se provocar mudanças na *praxis* diária, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados. Perante o supracitado, consideramos que esta competência foi alcançada.

PARTICIPA DE FORMA PROACTIVA EM EQUIPAS E EM PROJETOS, EM CONTEXTOS MULTIDISCIPLINARES E INTERSECTORIAIS

Conforme explanado no Artigo 112º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro assume:

- “a) Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- b) Trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde;
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 11).

Ao longos dos estágios foi adotada uma postura proativa, através da definição de problemas nos serviços que carecessem de necessidade de intervenção. Um dos reflexos dessa proatividade foi a estratégia de intervenção desenvolvida. Foi feito um diagnóstico de situação, onde foi identificada a necessidade de se intervir ao nível da avaliação da dor, colmatando no planeamento, na execução e na avaliação da estratégia implementada. Esta atividade demonstra, por parte dos elementos dinamizadores, autonomia, responsabilidade e empenho

na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Em suma, é crucial que o enfermeiro tenha uma participação proativa no ambiente onde se insere. Tendo em conta o apresentado, consideramos que esta competência foi adquirida.

REALIZA ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E DE COLABORADORES, INTEGRANDO A FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE EM GERAL E DA ENFERMAGEM EM PARTICULAR

O enfermeiro especialista funciona como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Perante o referido, aquando da análise das competências comuns do enfermeiro especialista, consideramos que esta competência de mestre está interligada com a mesma e, por isso, foi alcançada.

EVIDENCIA COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA, NA SUA ÁREA DE ESPECIALIDADE

Tendo em conta a análise feita ao longo deste capítulo sobre a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, é possível afirmar que esta competência de mestre foi alcançada com sucesso.

CONCLUSÃO

Atualmente, os cuidados de saúde assumem uma grande importância e exigem um rigor técnico e científico, pela crescente necessidade dos doentes. Por isso, a especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, abrange, cada vez mais, a realidade dos mesmos. Desta forma, é dever do enfermeiro especialista assumir uma atitude de responsabilidade e liderança, bem como de promoção da investigação que permita melhorar os cuidados de enfermagem.

Este relatório foi elaborado com o intuito de demonstrar aquisição e desenvolvimento de competências que permitem construir o perfil de Enfermeiro Especialista.

Com o intuito da procura incessante pela sabedoria, envolvemos neste projeto a mobilização de conhecimentos e o nosso esforço para intervir na formação e especialização e dar continuidade a um caminho de melhoria para a profissão de enfermagem e também a título pessoal enquanto enfermeiros.

Afunilando para a área da especialidade em EMC-PSC, afirmamos que os cuidados à PSC impõem uma observação minuciosa no sentido de detetar, precocemente, complicações. Assim, poderá ser adotada uma intervenção correta, eficiente e em tempo útil.

Desta forma, 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 EEEMC-PSC, mobilizámos conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística a problemas reais identificados e a necessidades existentes.

No contexto de cuidados de saúde, identificar um problema constitui a primeira etapa do processo evolutivo do conhecimento, sendo este o ponto de partida para que haja desenvolvimento e investigação em saúde. Assim, identificar um problema é o primeiro passo para a sua resolução e intervir foi uma das bases da nossa atuação.

Perante o fenómeno doloroso e face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil, foi delineada uma estratégia de intervenção profissional no âmbito da avaliação da dor do doente crítico. Sendo crucial uma avaliação profunda da dor, consideramos que quando a mesma não é identificada, não poderá ser alvo de tratamento e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. Assim, formar os profissionais sobre a avaliação da dor permite uma melhor tomada de decisão acerca das intervenções terapêuticas a tomar e, conseqüentemente, uma

melhoria dos cuidados prestados.

Com a estratégia de intervenção profissional na área da gestão da dor, intitulada de “Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do Enfermeiro Especialista”, conseguimos captar a atenção, a curiosidade e a necessidade dos profissionais de saúde em adotar uma prática coincidente com a última evidência científica e a promover melhores cuidados de enfermagem ao doente crítico internado na UCIP. A esta intervenção esteve subjacente a construção de uma proposta de norma, funcionando como instrumento de trabalho e guia orientador. Os resultados positivos desta intervenção, permitem afirmar que se deu mais um passo na área da qualidade da prestação de cuidados. A implementação deste projeto exigiu motivação e dedicação, o que implicou um grande investimento pessoal.

A metodologia tornou-se fundamental para que fosse identificado um diagnóstico da situação e uma demonstração clara das necessidades existentes. Este método proporcionou-nos aquisição de conhecimento pela investigação e permitiu a procura da melhor evidência a incluir na prática clínica diária. Deste modo, incutimos na equipa, uma PBE pelo recurso à investigação, de forma a obter grandes ganhos em saúde para doentes, profissionais e instituição.

No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer. Pretendemos que seja efetivada a implementação deste projeto, com as autorizações necessárias e prevemos que, no futuro, ainda que a longo prazo, seja possível implementar a norma de avaliação da dor no serviço.

A maior dificuldade sentida ao longo do Estágio Final prendeu-se com a gestão do tempo, uma vez que, eram muitas atividades para realizar num curto período temporal. Apesar disto, conseguiram-se implementar todas as intervenções planeadas no período de tempo estabelecido, cumprindo-se assim o cronograma construído no projeto de estágio. No final do estágio, surgiu um sentimento de satisfação pelas atividades desenvolvidas, pelas competências adquiridas, pelo crescimento pessoal e profissional e pelos contributos dados para a evolução da enfermagem.

Consideramos que a correlação entre as unidades curriculares precedidas aos estágios e as atividades desenvolvidas, bem como o contacto com novas realidades foram excelentes contributos para o cumprimento dos nossos objetivos.

A nível profissional, o percurso desenvolvido até aqui possibilitou-nos uma grande reflexão acerca da nossa prática diária e do nosso lugar na Enfermagem. Além disso, possibilitou-nos ser facilitador de aprendizagem e promover a procura pelo desenvolvimento individual e coletivo dentro de uma equipa.

Relativamente aos objetivos propostos neste relatório consideramos que foram atingidos. Tornou-se evidente a abordagem à temática pela realização de um enquadramento do tema

onde foi realçado o conhecimento dentro da disciplina de Enfermagem através da Teoria do Conforto de Khatarine Kolcaba. Foi realizada uma revisão alargada da literatura sobre a temática da dor e da sua correta avaliação em doentes críticos. Apresentámos o projeto de intervenção desenvolvido no serviço UCIP, com base na metodologia de projeto. Através disto, conseguimos refletir sobre as competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEEMC-PSC.

Com esta caminhada percorrida, pretendemos manifestar diariamente as competências adquiridas nesta jornada. Adquirimos maturidade cognitiva suficiente para abordar novos desafios e adotarmos uma postura diferente na forma como vemos e como estamos perante a profissão de enfermagem.

A produção desta escrita não é o fim, mas sim o novo início de uma transformação contínua de aquisição de conhecimentos e competências, dando visibilidade à enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M. (2021). *Controlo Farmacológico da Dor*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10470/1/PPG_38191.pdf
- Barrocas, M. & Rabiais, I. (2019, Novembro, 29). *Monitorização da glicémia no doente crítico: intervenção específica do enfermeiro especialista* [Apresentação em poster]. II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa): “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”, Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica de Lisboa, Lisboa.
- Batalha, L. M. C.; Figueiredo, A. M.; Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, III Série, 7-16. DOI: 10.12707/RIII12108
- Bravo, N. M. C. (2020). *O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33798>
- Busico, M.; Neves, A.; Carini, F.; Pedace, M.; Villalba, D.; Foster, C.; García Urrutia, J.; Garbarini, M.; Jereb, S.; Sacha, V. & Estenssoro, E. (2019). Follow-up program after intensive care unit discharge. *Medicina Intensiva*, 43(4), 243–254. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.005>
- Cardoso, R. B.; Caldas, C. P. & De Souza, P. A. (2019). Nursing Activities Score E Sua Correlação Com a Teoria Do Conforto De Kolcaba: Reflexão Teórica. *Enfermagem Foco*, 10(1), 87–92. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n1.1347>
- Castro, M. C. F.; Fuly, P. S. C.; Santos, M. L. S. C. & Chagas, M. C. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, Artigo e20200311. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Cerqueira, A. F.; Gomes da Costa, F.; Leal, F. P. & Nunes, L. (2014). Didática em Enfermagem Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem. *Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14207/1/Didatica_em_Enfermagem_Documento_Orient.pdf
- Coelho, J.; Sampaio, F.; Teixeira, S.; Parola, V.; Sequeira, C.; Fortuño, M. & Merino, J. (2020). A

- relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23(23), 63–72.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf
- Cunha, H. M. P. (2018). *Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria]. Repositório do Politécnico de Leiria. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3847/1/INTERVEN%
c3%87%c3%95ES_N%
c3%83O_FARMACOL%
c3%93GICAS_NO_Controlo_da_dor_no_p%
c3%93s-OPERAT%
c3%93RIO.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3847/1/INTERVEN%c3%87%c3%95ES_N%c3%83O_FARMACOL%c3%93GICAS_NO_CONTROLO_DA_DOR_NO_P%c3%93S-OPERAT%c3%93RIO.pdf)
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 176, Série I de 2016-09-13.
<https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. Diário da República nº 28, Série II de 2015-02-10. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. Diário da República nº 102, Série II de 2015-05-27. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa Nº 09/2003 A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. (DGS 09:2003).
[file:///C:/Users/raque/Desktop/Artigos%20p%20por%20na%20tese/Dire%C3%A7%C3%A3o-Geral%20da%20Sa%C3%BAde%20\(2003\).pdf](file:///C:/Users/raque/Desktop/Artigos%20p%20por%20na%20tese/Dire%C3%A7%C3%A3o-Geral%20da%20Sa%C3%BAde%20(2003).pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. (DGS 11:2008).
https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma Nº 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. (DGS 018:2014).
https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma_018_2014.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma Nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. (DGS 021/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia->

associada-a-intubacao.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2016). Norma Nº 010/2016: Via Verde Sepsis no Adulto. (DGS 010:2016). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023642.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma Nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. (DGS 015:2017). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023807.pdf>
- Dutra, S. (2019). *Autonomia do enfermeiro em terapia intensiva no cuidados ao paciente queimado*. [Trabalho de Licenciatura, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197114/TCC_Suelen_Dutra_Reposit%3%b3rio.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Erden, S.; Demir, N.; Ugras, G. A.; Arslan, U. & Arslan, S. (2018). Vital signs: valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational, descriptive study. *Nurse Health Sci*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/nhs.12543>
- Ferreira, C.; Dias, A. M. & Santos, E. (2021). Protocolos de atuação na abordagem ao doente com sépsis em contexto de urgência: uma revisão sistemática com meta-análise. *Millenium*, 2(ed espec. nº9), 91-99. <https://doi.org/10.29352/mill029e.25020>
- Filho, J. C. S.; Silva, I. N. N.; Oliveira, J. A. L.; Barbosa, M. S.; Azevedo, J. E. C. & Galvão, M. E. S. M. (2019). O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura. *Saúde coletiva*, Nº 48, 1382-1386. <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/99/81>
- Fortunato, J. G. S.; Furtado, M. S.; Hirabae, L. F. A.; Oliveira, J. A. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*, 12(3), 110-117. DOI: 10.12957/rhupe.2013.7538
- Furtado, V. C. L. (2021). *Melhoria Contínua na Intervenção em Catástrofe no SU*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalgre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36375/1/BCTFC266.pdf>
- HCor. (2021). *Protocolo de dor*. <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/17-Protocolo-de-dor.pdf>
- Hogan, H.; Hutchings, A.; Wulff, J.; Carver, C.; Holdsworth, E.; Nolan, J.; Welch, J.; Harrison, D. & Black, N. (2020). Type of Track and Trigger system and incidence of in-hospital cardiac arrest: an observational registry-based study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05721-5>
- HST. (s/d). *Documento sobre a missão e valores do Hospital*. Retirado da Intranet do Hospital a Sul do Tejo
- HST. (2021). *Intranet do Hospital a Sul do Tejo*

- HST. (2021a). *Relatório de Gestão 2020*. Retirado da Intranet do Hospital Sul do Tejo. https://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/03/Relatorio_Gest%C3%A3o_HESE_2020_assinado.pdf
- Jagan, S.; Park, T. & Papathanassoglou, E. (2019). Effects of massage on outcomes of adult intensive care unit patients: a systematic review. *Nurse Critical Care*, 24(6), 414-429. DOI: 10.1111/nicc.12417
- Lima, J. J.; Miranda, K. C. L.; Cestari, V. R. F. & Pessoa, V. L. M. P. (2022). A arte na prática baseada em evidências na enfermagem sob a perspectiva de Florence Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), Artigo e2021066475(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0664>
- Martins, B. S. S; Pimentel, C. D. & R. G. M. M. (2021). Atuação Do Enfermeiro Na Assistência Prestada Ao Paciente Vitima De Politraumatismo. *Rev Bras Interdiscip Saúde – ReBIS*, 3(3), 69-73. <https://doi.org/10.51161/remis/2585>
- Mateus, A. C. C. (2020). Metodologia de Trabalho de projeto: potencialidades e desafios. [Tese de Mestrado, Escola de Educação do Instituto Superior de Educação e Ciências]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35459/1/Ana%20Catarina%20Mateus.pdf>
- Máximo, M. & Puga, A. (2021). Gestão da Sedação em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, v. 30, nº 4, 157–170. <https://dx.doi.org/10.25751/rspa.24797>
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), Artigo e20190056 1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056>
- Michelan, V. C. A. & Spiri, W. C. (2020). Journal Club Estratégia de ensino e aprendizagem para desenvolvimento da Enfermagem baseada na evidência. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v.8, n.16, 105–117. <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2020.v.8.n.16.319>
- Molina, C. J. C; Lazo, E. K. C; Reinoso, M. J. C, & Román, A. L. O. (2021). Pacientes con sedo analgesia monitorizado con índice biespectral. *Recimundo*, 5(2), 107–118. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.107-118](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.107-118)
- Mota, M.; Sousa, L.; Bico, I. & Marques, M. C. P. (2020). Decúbito ventral na síndrome de dificuldade respiratória no adulto após infeção por coronavírus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol. 3, N.º Sup 2, 16–22. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.2.5777>
- Nunes, L. (2016). Ética em Enfermagem - Humanização nos cuidados de saúde. *Revista Servir*, 59 Nº 2, 7–17. <https://revistas.rcaap.pt/servir/issue/view/1243/195>

- Oliveira, S. M.; Costa, K. N. F. M.; Santos, K. F. O.; Oliveira, J. S.; Pereira, M. A. & Fernandes, M. G. M. (2020). Necessidade de conforto percebida por idosos hospitalizados: uma análise à luz da teoria de Kolcaba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, Artigo e20190501. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I. Número 1. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Parecer nº 04/2016 – Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na unidade de dor crónica*. Mesa do colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_masagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Paiva, J. A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Miguel, J.; José, R.; Nóbrega, J.; Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Medicina Intensiva. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, vol. 18, nº2, 61–73. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf

- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel
- Pinho, C. A. O. (2020a). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33790>
- Pires, R.; Sousa, C.; Ribeiro, S.; Cunha, I. C. K. O. & Santos, M. R. (2020). Ciclo de Supervisão de Peter Nicklin num Cenário de Estágio em Enfermagem. *Enfermagem Foco*, 11(6), 85–91. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.4228>
- Raja, S. N.; Carr, D. B.; Cohen, M.; Finnerup, N. B.; Flor, H.; Gibson, S.; Keefe, F. J.; Mogil, J. S.; Ringkamp, M.; Sluka, K. A.; Song, X. J.; Stevens, B.; Sullivan, M. D.; Tutelman, P. R.; Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain: The journal of the International Association for the Study of Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República nº 26, Série II de 2019-02-06. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República nº 184, Série II de 2019-09-25. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: A implementação da formação em serviço na Unidade de Saúde Familiar Quinta da Prata*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8448/1/ESSTFC468.pdf>
- Ribeiro, B. C. O., Souza, R. G. de, & Silva, R. M. da. (2019). A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. *Revista Inic Cient Ext.*, 2(3), 167–175. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/253/193>

- Ribeiro, O. M. P. L.; Martins, M. M. F. P. S.; Sousa, P. A. F.; Trindade, L. L.; Forte, E. C. N. & Silva, J. M. A. V. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Rene*, 21, Artigo e43167. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>
- Rocha, H. N.; Rodrigues, B. A.; Paula, G. V. N.; Araújo, J. P. A.; Gomes, T. A.; Souza, A. R. N.; Sachett, J. A. G. & Carvalho, É. S. (2020). O enfermeiro e a equipe multidisciplinar na preservação de vestígios forenses no serviço de urgência e emergência. *Brazilian Journal of Health Review*, vol. 3, nº 2, 2208–2217. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-073>
- Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. [Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20-%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, R. B.; Santos, R. B.; Vasconcelos, I. C. B. L.; Ribeiro, R. R. S.; Prestes, J. Y. D. N.; Silva, A. E.; Silva, C. C. & Duque, M. A. A. (2020). Perfil de liderança do enfermeiro: concepção dos técnicos de enfermagem. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 416–430. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-032>
- Santos, C.; Nascimento, E. R. P.; Hermida, P. M. V.; Silva, T. G.; Galetto, S. G. S.; Silva, N. J. C. & Salum, N. C. (2020a). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalara. *Escola Anna Nery*, 24(2), Artigo e20190300 1–7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0300>
- Sedlár, M. (2020). Cognitive skills of emergency medical services crew members: a literature review. *BMC Emergency Medicine*, 20:44, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00330-1>
- Silva, M. (2013). *Avaliação da Dor em Cuidados Intensivos*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/5455>
- Silva, F. S. (2018). *Segurança do paciente: concepção da equipe de enfermagem sobre a qualidade do cuidado*. [Trabalho de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Maria Milza]. Repositório Institucional Faculdade Maria Milza. <http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/689/1/TCC%20PRONTO%2030.07.pdf>
- Silva, T. M. S. (2018a). O enfermeiro especialista na gestão da qualidade assistencial ao doente

- crítico. [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35996/1/202299929.pdf>
- Silva, P. L. N.; Santos, A. G. P.; Rodrigues, B. G.; Novi, B. R.; Ramos, D. Z.; Rocha, P. T.; Cruz, P. K. R. & Pereira, L. B. (2019). Aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. *Journal of Management & Primary Health Care*, 10: e1, 1–30. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.334>
- Silva, S. C. F. (2020). *Gestão dos alarmes clínicos na segurança do doente crítico: perspetiva do enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/69742/1/Dissertacao%20Sonia%20Cristina%20Faria%20da%20Silva.pdf>
- Silva, J. O. M.; Santos, L. C. O.; Menezes, A. N.; Neto, A. L.; Melo, L. S. & Silva, F. J. C. P. (2021). Utilização da Prática Baseada em Evidências por Enfermeiros no Serviço Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26, Artigo e67898. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Silva, V. L. F. & Takashi, M. H. (2021). Papel do enfermeiro frente a doença renal crônica dialítica na unidade de terapia intensiva. *Revisa*, 10, 826–832. <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.nEsp2.p826a832>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sousa, M. F. C. O. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%3%a7%3%a3o_mestrado_F%3%a1tima%20Sousa.pdf
- Sousa, M. F. (2020). Estágio em Emergência Médica: uma experiência no pré-hospitalar. [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128372/2/411624.pdf>
- Souza, W. F.; Mutro, M. E. G.; Paes, N. F.; Altino, R. C. & Saranholi, T. L. (2021). Barreiras na Comunicação em Serviços de Urgência. *Revista Enfermagem Atual*, v. 95, n. 33, Artigo e021007. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.744>
- Universidade de Évora. (2015). Novo ciclo de estudos. Obtido através da plataforma Gesdoc - Sistema de Gestão Documental da Universidade de Évora

- Universidade de Évora. (2022). *Edital Abertura do Mestrado Enfermagem*.
<https://siiue.uevora.pt/files/edital/2168/pt>
- Vorpapel, K. M.; Schein, J. L. & Sangoi, K. C. M. (2021). Avaliação da dor no paciente internado em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. *Research, Society and Development*, vol. 11, nº 5, Artigo e19211527918. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27918>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. Geneva: World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Geneva: World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

ANEXOS

ANEXO A - *Checklist* do material de cada unidade

Check-List da Unidade dos Doentes

Na Prateleira superior

- 1/2 Pacote de compressas não esterilizadas
- 1 Seringa de 100 cc
- 16 Luvas esterilizadas de aspiração
- 3 Campos esterilizados de aspiração
- 8 Soros fisiológicos de 10 cc
- 1 Conexão em T estéril (na admissão)
- 1 Sistema de aspiração de mucosidades (na admissão)
- 1 Tubo orofaríngeo
- 1 Roio de adesivo de 2,5 cm
- 1 Syring
- 1 Filtro humidificador
- 1 Filtro bacteriano
- 1 Contentor de corto-perfurantes
- 1 Copo para creme
- 1 Frasco de álcool a 70°

Na Gaveta

- 6 Seringas de 10 cc
- 6 Agulhas de diluição
- 10 Electrodo de monitorização
- 3 Terneiras de três vias
- 5 Tampas de cateter
- 1 Máscara Nº 4 para insuflador manual
- 1 Cabo completo de ECG
- 1 Cabo completo de oximetria de pulso
- 1 Cabo de pressão arterial não invasiva
- 1 Braçadeira de pressão arterial não invasiva
- 1 Termómetro

Observações/Anomalias:

Na Prateleira inferior

- 1 Urímetro
- 1 Pac. de luvas não esterilizadas
- 1 Pacote de luvas de plástico
- 3 Resguardos de celulose
- 4 Pac. Compressas esterilizadas 10x10 cm
- 2 Pensos transparentes
- 6 Pensos de cateter 6,5x5
- 3 Pensos de cateter 10x12,5
- 1 Par de luvas esterilizadas
- 1 Saco coletor

No suporte

- 6 Sondas de aspiração de secreções Nº 14 (verdes)
- 6 Sondas de aspiração de secreções Nº 16 (laranjas)
- 1 Insuflador manual (ambu) com filtro bacteriano

Na célula do doente

- 1 Cama
- Cortinas separadoras
- 2 Contentores de resíduos hospitalares do grupo I e II
- 1 Contentor de resíduos hospitalares do grupo III
- 6 Ganchos de suportes para soros
- 4 Bombas infusoras de fluidos
- 4 Seringas perfusoras
- Sistema de vácuo (montado e testado)
- Sistema de oxigénio (montado e testado)
- Frasco de álcool a 70° (500ml)

Ventilador (enfermeiro)

- Montado por _____ em _____
- Testado por _____ em _____

ANEXO B – Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS
DE INVESTIGAÇÃO**

Eu, Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (Mestrado em Associação) da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora, a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção com o título ***Avaliação da Dor no Doente Crítico***. O projeto será desenvolvido sob orientação da Professora Mariana Pereira e do Enfermeiro B.A..

O projeto tem como objetivo geral melhorar a avaliação e gestão da dor no doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos.

Para tal, é crucial a sua colaboração no que concerne ao preenchimento de um questionário que visa compreender o grau de conhecimento sobre a temática e conhecer as principais dificuldades/necessidades dos enfermeiros no processo de avaliação da dor.

Comprometo-me a garantir todas as questões éticas inerentes ao projeto e asseguro que os dados fornecidos serão confidenciais, anónimos e unicamente para uso exclusivo do investigador. A sua participação neste questionário não lhe trará nenhuma despesa ou risco e será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Em caso de dúvidas, não hesite em contactar-me via telefónica para 963878054 ou via correio eletrónico para raquelxpr@gmail.com.

Apresento, desde já, o meu sincero agradecimento pela sua disponibilidade.

(Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima designada. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando apenas que serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO C - Proposta de projeto de estágio

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: 2021 / 2022
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa</u> Número: <u>47070</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>963878054</u> E-mail: <u>m47070@alunos.uevora.pt</u>		
5. PROPOSTA <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px;"></div>		
7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de Investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): <u>"Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do enfermeiro especialista"</u> Título em Inglês: <u>"Pain assessment in critically ill patients: specialist nurse intervention"</u>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira	
Universidade/Instituição: Instituto Politécnico de Setúbal / Escola Superior de Saúde	
N.º Identificação Civil: 08169941 -7 ZXO Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro:	
Telef.: 965059595 E-mail: mariana.pereira@xess.ips.pt ID ORCID: 0000-0002-3615-4832	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Pain measurement;pain management;critical care nursing;patients;nursing inter	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Contributos da formação e da existência de um poster de avaliação da dor na promoção de conforto e alívio da mesma, assegurando uma humanização dos cuidados de saúde, bem como a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário submeter como anexo a este impresso)	
Em anexo.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade I&D de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, a entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

ANEXO D - Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora

 Serviços Académicos	Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA Impresso a anexar ao T-005 no caso de projetos que contemplem experiências com seres vivos, com vista ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora	MODELO T-013
		Ano Letivo: 2021 / 2022

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa

Número: 47070 Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade/Plano Alternativo: Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

2. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 963878054 E-mail: m47070@alunos.uevora.pt

3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto:
"Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do enfermeiro especialista"

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:
Prof.ª Dr.ª Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Responsáveis Académicos - Colaboradores:
 Enf.ª [REDACTED]

4. RESUMO

O plano de estudos do 5.º Curso de Mestrado da área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica contempla a realização de um Estágio Final, no qual a prática deverá dar sustento à elaboração de um Relatório Final.

Objetivo: Melhorar a avaliação e gestão da dor do doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Método: Será um projeto sob orientação da metodologia de projeto - diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados (Ruivo et al., 2010). Foi identificado um problema real no local de ensino clínico ([REDACTED]) e o diagnóstico de situação foi realizado através de entrevistas não estruturadas durante as primeiras semanas de estágio juntamente da enfermeira gestora, enfermeiro supervisor e restante equipa de enfermagem e ainda através de uma análise SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities e Threats) para melhor descrever e refletir sobre os pontos fortes e dificuldades inerentes ao tema. Posteriormente, foi aplicado um questionário sociodemográfico e de aferição de conhecimento dos enfermeiros da UCI acerca da temática. Será realizada formação aos 45 enfermeiros da UCI, com encaminhamento da mesma via e-mail para os mesmos. Estará disponível um poster com conteúdo chave de uma norma realizada para o tema. Após formação, será aplicado um questionário com o intuito de avaliar a sessão e o nível de conhecimento apreendido pela equipa, verificando o sucesso e efetividade do que foi transmitido.

Resultados Esperados: Os resultados esperados para este projeto são a capacitação dos enfermeiros na avaliação e gestão da dor no doente crítico internado numa UCI e posterior percepção, por parte dos enfermeiros, de melhoria de conhecimentos. Além disso, também é esperado que este projeto incentive a uma prática profissional que espelhe uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Conclusão: Pretende-se obter ganhos em saúde e capacitação dos enfermeiros participantes. A nível individual, pretende-se uma aquisição de competências gerais e específicas previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como competências de mestre.

[Página 1 de 4]

FORM. T-013 (REV. 01)

5. FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Segundo a International Association for the Study of Pain (2008, p.1), a dor é definida como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real". Em 2003, foi definida pela Direção-Geral da Saúde como o quinto sinal vital. A dor é uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada. Os doentes em estado crítico sentem dor devido a condições patológicas, lesões ou intervenções terapêuticas e também encontram-se mais vulneráveis à dor, sendo um fator que agrava a sua condição clínica. A gestão da dor é um direito do doente, um dever do profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. Uma correta avaliação da dor, bem como aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas e a interpretação dos seus resultados, é muitas vezes condicionada por escassez de informação e normas que orientem a sua prática. Além disso, em doentes sedados e/ou inconscientes ou submetidos a ventilação mecânica invasiva, a autoavaliação da dor fica comprometida, verificando-se, também, um risco acrescido de inadequada gestão da dor.

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo com a pessoa com dor, tendo assim uma oportunidade de contribuir para o seu conforto e alívio, dando visibilidade às suas ações autónomas e/ou interdependentes, integrando uma correta avaliação e intervenção adequada à pessoa. O controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que assinala o grande impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis. Além disto, a gestão do controlo da dor tem relevância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde (Castanheira et al, 2015). Avaliar e monitorizar a dor no doente crítico internado em UCI torna-se um desafio constante, uma vez que este tipo de doentes são alvo de um processo saúde-doença caracterizado por uma enorme instabilidade e também porque os profissionais que trabalham nesta área estão, muitas vezes, focados no problema inicial bem como nos dispositivos que suportam o doente, ignorando a dor, o que proporciona grandes dificuldades no tratamento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, como refere o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RPQ/CEEPSC) (2011, p. 4-6), cabe ao Enfermeiro Especialista nesta área procurar "os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica", bem como "maximizar o bem-estar dos clientes". Desta forma, o enfermeiro especialista é fundamental "na procura permanente da excelência do exercício profissional", com o intuito de se debruçar sobre a temática em causa e inculcar conhecimentos que promovam uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4-7).

6. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- * Melhorar a avaliação e gestão da dor do doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos.

Objetivos Específicos:

- * Avaliar corretamente a dor do doente crítico;
- * Identificar manifestações que possam revelar dor;
- * Planejar cuidados e intervenções de enfermagem adequados ao doente com dor;
- * Avaliar a eficácia das intervenções executadas;
- * Adaptar as melhores intervenções a cada doente consoante os resultados obtidos;
- * Planejar e realizar uma sessão formativa sobre a temática;
- * Contribuir para uma consulta contínua sobre a temática durante a prestação de cuidados, através da disponibilização de um poster no serviço;
- * Avaliar os resultados para a prática clínica.

7. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes devem ser enfermeiros que exerçam funções na [REDACTED] no decorrer do período de implementação do projeto.

8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A principal tarefa a realizar é formar os enfermeiros e construir um poster alusivo à avaliação e gestão da dor no doente crítico internado na UCI. Após formação e a implementação do poster/norma será feita a monitorização dos conhecimentos dos enfermeiros e posteriormente feita a comparação entre os os conhecimentos obtidos, bem como a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e os conhecimentos anteriores.

9. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

- Questionário para caracterização sociodemográfica, identificação de conhecimentos e lacunas existentes e sugestões relativas à abordagem da temática;
- Questionário para avaliação do formador e dos conhecimentos dos enfermeiros pós- formação.

10. COMO SERÃO RECOLHIDOS OS DADOS

Os momentos de avaliação inicial e final serão os momentos oportunos para a recolha de dados, estes serão registados em formulário próprio (elaborado pelo estudante - programa informático Survio). Posteriormente, os dados serão submetidos a uma análise descritiva. Os dados serão da responsabilidade do investigador e estarão em local seguro e de acesso restrito. Será salvaguardada toda a confidencialidade dos dados recolhidos, tendo por base os princípios ético-deontológicos vigentes.

11. COMO SERÁ MANTIDA A CONFIDENCIALIDADE NOS REGISTOS

Os dados serão da responsabilidade do investigador e estarão em local seguro e de acesso restrito. Será salvaguardada toda a confidencialidade dos dados recolhidos, tendo por base os princípios ético-deontológicos vigentes.

12. ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTA INVESTIGAÇÃO

- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). DOR – 5o Sinal Vital. Concurso Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem Da Secção Regional Sul Da Ordem Dos Enfermeiros, 30.
- Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: A qualitative study. 1-8.
- Erden, S., Demir, N., Ugras, G. A., Arslan, U., & Arslan, S. (2018). Vital signs: Valid indicators to assess pain in intensive care unit patients: An observational, descriptive study. May, 1-7.
- Fröhlich, M. R., Meyer, G., Spirig, R., & Bachmann, L. M. (2020). Intensive & Critical Care Nursing Comparison of the Zurich Observation Pain Assessment with the behavioural Pain Scale and the Critical Care Pain Observation Tool in nonverbal patients in the intensive care unit: A prospective observational study.
- Jagan, S., Park, T., & Papathanassoglou, E. (2019). Effects of massage on outcomes of adult intensive care unit patients: A systematic review. 1-16.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008). Guia orientador de boa prática. Cadernos OE.
- Papathanassoglou, E. D. E., Hadjibalassi, M., Miliadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L., & Kyprianou, T. (2018). Effects of an integrative nursing intervention on a pain in critically ill patients: a pilot clinical trial. American Journal of Critical Care. May, Vol. 27, No. 3.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Shuka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain, 161(9), 1976-1982.

13. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO ESTUDO

Tendo em conta que a implementação deste projeto não implica a identificação dos profissionais de saúde, a declaração de consentimento informado não se aplica.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano de Trabalho
- Cronograma
- Declaração do Orientador
- _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsinquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere a experimentação que envolva seres humanos.

[#929801] Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio

[Imprimir](#)

Serviços Académicos

21/01/2022 11:31

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 21/01/2022 pelo Conselho Científico da UO o Relatório de Estágio com o título "Avaliação da dor no doente crítico: a intervenção do enfermeiro especialista". Poderá no SIIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Esta notificação foi enviada por email para o endereço m47070@alunos.uevora.pt.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Projeto individual de estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior de Saúde
iPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação)

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2021/2022

2º Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Final

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO



Docente: Prof. Dr.ª Mariana Pereira
Enfermeiro Supervisor: Enfermeiro 
Autora: Raquel Pouca-Roupa, nº m47070

Outubro de 2021

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA	<i>American Psychological Association</i>
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EMC-PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica
HESE	
PPCIRA	Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SABA	Solução Antisséptica de Base Alcoólica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIM	Unidades de Cuidados Intermédios

Índice

Introdução.....	4
1 Caracterização do Local de Estágio.....	6
2 Aquisição de Competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	12
2.1. Competências de Mestre.....	12
2.2. Objetivos Baseados nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências de Mestre.....	13
2.3. Objetivos Baseados nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica e nas Competências de Mestre.....	27
3 Cronograma de Atividades.....	35
Conclusão.....	36
Referências Bibliográficas.....	37

Introdução

O presente trabalho académico insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, que integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem (Curso em Associação) e da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, contribuindo assim para a avaliação da mesma. O trabalho foi solicitado e orientado pela Professora Dr.ª Mariana Pereira e sob supervisão do Enfermeiro Especialista [REDACTED]. Este projeto de estágio foi elaborado com o intuito de orientar o trabalho a desenvolver ao longo do estágio, refletindo os objetivos de aprendizagem definidos para o desenvolvimento de competências, de acordo com o proposto no planeamento da Unidade Curricular. É de salientar que o estágio decorre na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital [REDACTED] com a duração de 18 semanas, no período de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, com a previsão de 388 horas de contacto durante o respetivo intervalo de tempo.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p.1), o Enfermeiro Especialista é

“aquele que detém 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”.

O conjunto de competências clínicas especializadas é produto do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Por isso, todos os Enfermeiros Especialistas, seja qual for a área de especialidade, têm em comum um conjunto de domínio de competências, denominadas de competências comuns. Por outro lado, as competências específicas

“são as competências que 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” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, p. 8644 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.2).

Desta forma, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) são cuidados que acarretam uma importância extrema e que englobam uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes, de maneira a conhecer continuamente o estado clínico da pessoa alvo, bem como de prever e detetar previamente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra e Amaral, 2016 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Tendo em conta o exposto e considerando também o modelo de Patrícia Benner sobre o estudo da prática clínica de enfermagem, da aquisição de competências e do conhecimento articulado com a prática, podemos afirmar que o desenvolvimento do conhecimento “consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do ‘saber fazer’ existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001, p.32).

Assim sendo, o estágio inserido no processo de realização da Especialidade permite que o enfermeiro utilize todos os conhecimentos que foi adquirindo ao longo da prática e durante a vivência académica, através de uma perspetiva das competências do Enfermeiro Especialista. Para que tudo isto seja viável, é elaborado este projeto individual com o intuito de realizar um enquadramento geral do contexto do estágio, bem como definir os objetivos a cumprir ao longo do mesmo – objetivos baseados nas competências de mestre, nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

Torna-se importante referir que este projeto não é definitivo e impassível de alterações, sendo apenas orientador, uma vez que, sempre que considerar adequado, procederei ao seu ajustamento, de acordo com a realidade do respetivo local de estágio.

O presente documento foi realizado de acordo com a 7ª Edição das Normas *American Psychological Association* (APA), com as normas da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora e com o acordo ortográfico em vigor.

1 Caracterização do Local de Estágio

Em 1952, o aparecimento da epidemia de poliomielite em Copenhaga, constituiu um desafio que promoveu o desenvolvimento das primeiras UCI, com necessidade de utilização de suporte respiratório nos doentes com insuficiência respiratória consequente da poliomielite bulbar. Resultante desta necessidade, foi crucial haver um avanço na compreensão de temáticas como o equilíbrio ácido-base e as trocas gasosas (Paiva et al., 2017).

Outros fatores de desenvolvimento das UCI foram os ferimentos graves resultantes da guerra que implicaram uma necessidade de resposta na lesão traumática e na infeção grave, bem como o aparecimento dos sistemas de emergência de resposta rápida pré-hospitalar, nomeadamente para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) (Paiva et al., 2017).

Em Portugal, as primeiras UCI surgiram no final da década de 50 do século XX, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses (Paiva et al., 2017).

Paiva et al. (2017, p.6), define medicina intensiva como “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)”.

A UCI é um serviço hospitalar heterogéneo com dotação de recursos humanos e materiais essenciais para admitir doentes clinicamente instáveis e complexos em cuidados de saúde. Destaca-se, também, por ser um dos serviços mais dispendiosos economicamente, o que acarreta uma necessidade crescente de demonstrar eficácia clínica e eficiência económica (Rocheta, 2018).

As UCI podem ser classificadas em três níveis - nível I, II e III - de acordo com o grau de necessidade de cuidados prestados aos doentes. A unidade de nível I é o equivalente a uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) e admite doentes com risco ou falência de órgão. Este tipo de unidade é dotado de vigilância e monitorização dos doentes de forma não/pouco invasiva e tem a possibilidade de se articular com outras unidades de nível superior. Por outro lado, uma unidade de nível II comporta monitorização invasiva e tem a capacidade de proporcionar suporte de órgão, mas não tem acesso permanente a meios de diagnósticos e a especialidades diferenciadas como a neurocirurgia, cirurgia torácica e cirurgia vascular. No que diz respeito às unidades de nível III, estas são constituídas por uma equipa de enfermagem e médica qualificada, com assistência médica por um intensivista durante 24h, têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta ao serviço de urgência e aos restantes serviços do Hospital Polivalente. Ainda neste tipo de unidade, a mesma deve deter um controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados

intensivos (Rocheta, 2018). A UCI do [REDACTED] está classificada com sendo de nível II, uma vez que tem capacidade para monitorização invasiva e suporte de funções vitais, podendo, ocasional ou de forma permanente, não garantir o acesso a especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas e a meios de diagnóstico, tendo necessidade de se articular com unidades de nível superior.

Importa ainda salientar que o rácio de doentes por enfermeiro é feito consoante o nível da unidade e conseqüentemente os cuidados prestados aos mesmos. Assim sendo, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), as unidades de nível I têm um rácio enfermeiro/doente de 1:3, as de nível II têm um rácio de 1:2 e as unidades de nível III têm um rácio de 1:1.

Tendo em conta o contexto do estágio final na UCI do [REDACTED] torna-se imperativo fazer uma breve caracterização da mesma dando realço à sua missão/valores, estrutura física e recursos.

Missão e Valores

Os principais objetivos da UCI do [REDACTED] são:

“A) Providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos, orientados em três vertentes:

j) Preservar a Vida Humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, para doentes do foro médico, cirúrgico e traumatológico, com situações clínicas que comprometam a vida e que sejam potencialmente reversíveis.

k) Providenciar cuidados especializados de reabilitação aos doentes internados na UCI no início do processo de recuperação da sua doença crítica.

l) Para aqueles doentes que foram admitidos na UCI para tratamento intensivo, mas que durante o processo desse tratamento se verificou terem situações clínicas irreversíveis, ou em relação aos quais, por esse motivo, foi decidido suspender ou não implementar novas medidas de suporte artificial de funções vitais, a UCI tem como missão providenciar ao doente um processo de morte sem sofrimento, e aos seus familiares cuidados de conforto.

B) Elaborar e implementar sistemas, conjuntamente com outros serviços do hospital, que permitam melhorar a assistência ao doente crítico fora da UCI.

C) Explorar caminhos através da formação contínua para prevenir o desenvolvimento da doença crítica.

D) Providenciar um ambiente académico propício à formação pós-graduada em cuidados intensivos.” [REDACTED]

Como áreas de atuação, a UCI oferece a monitorização hemodinâmica, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, as técnicas de substituição da função renal, a analgesia e sedação, a nutrição entérica e parentérica, o controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, a avaliação e melhoria contínua da qualidade, a humanização, a consulta externa e a formação contínua em cuidados intensivos.

A destacar que os diagnósticos mais frequentes do doente internado na UCI do [REDACTED] são: choque misto; choque cardiogénico; doentes politraumatizados; *status* pós-paragens cardiorrespiratórias; doentes com necessidade de técnicas dialíticas contínuas; EAM;

insuficiências cardíacas; doentes de cirurgia vascular; e pós-operatórios complicados.

Estrutura Física

A UCI do [REDACTED] foi inaugurada em fevereiro do ano de 1994 e está integrada no departamento de urgência/emergência do mesmo. É um serviço munido de instalações, profissionais e equipamentos capazes de assegurar um tratamento eficaz ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica.

Está localizada no 2º piso do edifício principal do [REDACTED], junto ao Bloco Operatório e ao Serviço de Cirurgia I e ainda de fácil acessibilidade ao Serviço de Urgência, Patologia Clínica e Imagiologia.

A lotação total é de 8 camas, sendo que uma delas é o quarto de isolamento. Como dependências funcionais, a unidade apresenta uma sala de trabalho, na qual se encontra todo o *stock* de farmácia, material de consumo clínico necessário à preparação de terapêutica, bancadas de trabalho, lavatório, frigorífico de medicação e aparelho de avaliação de gasimetrias; uma sala de resíduos hospitalares, roupa suja, *stock* de material de limpeza assim como de outros produtos de desinfeção, arrumação e limpeza; uma copa; uma sala onde se encontra material diverso de consumo clínico; um gabinete médico; diversos armários onde se armazena a roupa limpa e os materiais esterilizados; uma zona de *open space* central à unidade, com mesa e cadeiras, que funciona como local para registos e vigilância dos doentes pela equipa de enfermagem; um vestiário e dois sanitários com zona de duche para uso dos profissionais; uma sala de comunicação de más notícias; um *hall* de entrada onde se encontra um espaço para a administrativa da unidade e também onde se encontra um armário para armazenamento de material de consumo direto.

A unidade do doente está devidamente equipada e apresenta uma *check list* com material e equipamentos obrigatórios que são repostos e testados ao pormenor. Esta *check list* está organizada conforme o grau de necessidade de utilização e é composta por:

- Prateleira superior do móvel: 50 compressas não esterilizadas, 1 seringa de 100cc, 6 luvas esterilizadas de aspiração, 2 campos esterilizados, 6 soros fisiológicos de 10cc, 1 conexão em T estéril, 1 sistema de aspiração de mucosidades, 1 rolo de adesivo, 1 *swivel*, 1 filtro humidificador, 1 filtro bacteriano, 1 contentor corto-perfurantes, 1 copo para creme hidratante, 1 frasco de álcool a 70º, 1 máquina de controlo de glicémia capilar, 4 fitas e 4 lancetas de avaliação de glicémia, 4 seringas de gasimetria e 3 agulhas intramusculares.
- Prateleira inferior do móvel: 1 uriméter, 1 pacote de luvas não esterilizadas, 3 resguardos de celulose, 2 pacotes de compressas esterilizadas, 2 pensos transparentes, pensos

de cateter, 1 par de luvas esterilizadas, 1 saco coletor, 1 garrafa de água destilada e 1 frasco de álcool a 70º.

- Gaveta do móvel: 4 seringas de 10cc, 4 agulhas de diluição, 10 elétrodos de monitorização, 2 torneiras de três vias, 6 tampas de cateter, 1 máscara n.º 4 para insuflador manual, 1 cabo completo de eletrocardiografia, 1 cabo completo de oximetria de pulso, 1 cabo de pressão arterial não invasiva, 1 braçadeira de pressão arterial não invasiva e 1 termómetro.

- Célula do doente: 1 cama articulada, cortinas separadoras, 1 contentor de resíduos hospitalares do grupo I e II, 1 contentor de resíduos hospitalares do grupo III, 6 ganchos de suporte para soros, 1 suporte de rampa de torneiras, 2 bombas infusoras de fluidos, oito seringas infusoras, 1 bomba de alimentação entérica, sistema de vácuo, sistema de oxigénio, 1 suporte de linha arterial com transdutor, 2 suportes para solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e 1 pacote de luvas não esterilizadas.

- Suporte: 3 sondas de aspiração de secreções n.º 14 e 3 de n.º 16, 1 ambu com filtro bacteriano, 1 estetoscópio e 1 suporte de traqueias de ventilador.

- Ventilador: 1 ventilador montado, preparado e testado, pronto a ser utilizado.

Destaco ainda que a UCI também está equipada com um carro de emergência; um monitor desfibrilhador; oito monitores cardíacos; equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva; material esterilizado necessário à execução dos diferentes procedimentos; balas de oxigénio; um tabuleiro previamente preparado com o material para entubação orotraqueal; máquinas para técnicas dialíticas contínuas; máquinas para técnicas dialíticas intermitentes; dispositivos de ventilação não invasiva; dispositivos para oxigenoterapia por cânula nasal de alto fluxo; dispositivos para compressão pneumática intermitente dos membros inferiores, mantas térmicas e um elevador de entrega direta de colheitas analíticas ao laboratório.

Para além disto, foi criada uma UCI para doentes positivos para a Covid-19 que atualmente se encontra no 4.º piso e é constituída por uma sala *open space* com lotação para 4 camas, 1 quarto de isolamento e ainda 6 camas em quartos que pertencem, de momento, à UCIM. A nível de recursos materiais segue as mesmas regras do que a UCI para doentes não Covid.

No que diz respeito ao período de visitas para os doentes internados na UCI, anteriormente à pandemia por Covid-19, as visitas decorriam entre as 15h e 15:30h e entre 19h e 19:30h, sendo permitido um máximo de três visitas por doente, entrando uma de cada vez na unidade. Atualmente são previamente agendadas, de maneira a não haver contato entre visitas dos diversos doentes internados, sendo apenas permitida uma pessoa de referência por doente. Os visitantes devem vestir bata, usar máscara e fazer a desinfeção das mãos antes de entrar na

unidade. A família pode obter informações dos doentes por contato telefónico, todos os dias entre as 10h e 21h, sendo fornecidas por enfermeiro ou por médico. A unidade possui, ainda, um guia de acolhimento às visitas com normas e deveres.

Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar da UCI é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, uma administrativa e equipa da empresa de limpeza. Existe ainda a colaboração com outros profissionais tais como: fisioterapeuta, assistente social, dietista, terapeuta da fala, otorrinolaringologista, anestesista e serviço religioso que se deslocam ao serviço quando necessário e sempre que solicitados. A referir que são vários os serviços de apoio ao doente crítico internado, assim como, farmácia; armazém; esterilização; bloco operatório, imagiologia e laboratório. Sendo que algumas das especialidades que colaboram com a UCI, em caso de necessidade, são: pneumologia; gastroenterologia; cirurgia geral; cirurgia cardiotorácica, entre outras. As comissões de apoio à UCI são a equipa do Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que se encontra sempre presente, a comissão de ética que fornece reuniões de 6/6 meses ou sempre em caso de necessidade e a equipa de doação de órgãos, em caso de necessidade.

A equipa médica é constituída por 1 diretor geral, 8 médicos efetivos a tempo inteiro e 4 que fazem bancos externos a tempo parcial. A equipa de enfermagem é constituída por 45 enfermeiros, uma enfermeira responsável e um enfermeiro como segundo elemento e sendo que, 9 dos enfermeiros são especialistas em EMC-PSC e 4 são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A equipa de assistentes operacionais é constituída por 27 profissionais.

Os elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais trabalham no sistema de *roulement*. Atualmente, os turnos são de 12:30 horas divididos em turno da manhã (8h-20:30h) e turno da noite (20h-8:30h). Habitualmente, no turno da manhã encontram-se escalados 7 enfermeiros e 5 assistentes operacionais e o turno da noite é constituído por 6 enfermeiros e 4 assistentes operacionais. Em cada turno encontra-se um enfermeiro destacado para ser o responsável, sendo este ponto determinado pelo tempo de especialidade.

O método de trabalho instituído na UCI é o método individual de trabalho, pelo que cada enfermeiro é responsável pelo(s) doente (s) que lhe é (são) atribuído(s), prestando-lhe(s) assim todos os cuidados, bem como à sua família. O plano de trabalho (distribuição dos doentes pelos enfermeiros) é realizado a cada turno pelo enfermeiro responsável, tendo em conta o nível de cuidados dos doentes.

Ainda neste capítulo, é importante frisar que a unidade tem um plano de emergência,

incêndio e catástrofe que está sempre atualizado, sendo que as equipas têm formação de teor prático de 3 em 3 anos.

2 Aquisição de Competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Para definir objetivos deste estágio final, tendo em conta a realidade e as características do serviço onde o mesmo tem lugar, considera-se essencial ter presente as competências de mestre, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC.

2.1 Competências de Mestre

Segundo o Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, o grau de mestre é conferido ao indivíduo que possua conhecimento específico, utilizando-o para aplicações originais ou em contexto de investigação, aplicando-o em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares. Além disso, o mestre deve ter a capacidade para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir pareceres, incluindo implicações éticas e sociais. Também deve ser capaz de comunicar as suas conclusões de forma clara e inequívoca aos pares. Por fim, deve também providenciar uma autoaprendizagem ao longo da vida, de modo orientado e autónomo.

No que diz respeito às competências de grau de mestre em enfermagem, a Universidade de Évora, definiu os seguintes objetivos de aprendizagem:

- “1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Universidade de Évora, 2015, p. 26).

Este estágio final também contribui para a aquisição de competências de mestre, pelo que as atividades planeadas de seguida estão definidas para dar resposta às exigências anteriormente enumeradas. Desta forma, a aquisição e desenvolvimento das competências de

mestre completam e são associadas às competências de enfermeiro especialista.

2.2 Objetivos Baseados nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências de Mestre

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Assim, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros defende estas linhas de orientação através da atribuição de título de Enfermeiro Especialista, sendo este “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Além disto, a atribuição desse título pressupõe a aquisição de competências comuns sendo estas

“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” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

No entanto, também enquadra a verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem.

Neste subcapítulo irão ser apresentados os objetivos propostos de acordo com os domínios das competências comuns - responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais - e que estão enquadrados na realização do estágio.

Competências de acordo com o Domínio da Responsabilidade, Ética e Legal (A)

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialização, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
<p>A1.1. Demonstra a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas durante a prática especializada.</p>	<p>A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente/família;</p> <p>A1.1.2. A tomada de decisão é baseada no conhecimento e experiência;</p> <p>A1.1.3. Participa na construção da tomada de decisão em equipa;</p> <p>A1.1.4. As respostas apropriadas são reconhecidas a partir de opções;</p> <p>A1.1.5. Direciona a tomada de decisão no cumprimento da deontologia profissional;</p> <p>A1.1.6. Agrega elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem;</p> <p>A1.1.7. Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p>	<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 enfermeiro orientador em situações dilemáticas para desenvolver técnicas e competências na área da tomada de decisão; ▪ Participar de forma ativa no processo de tomada de decisão; ▪ Solicitar ajuda de peritos ou recorrer à experiência de elementos da equipa mais habilitados; ▪ Ser uma fonte de informação atual na equipa;
<p>A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p>	<p>A1.2.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade;</p> <p>A1.2.2. Recolhe contributos para a análise das tomadas de decisão;</p> <p>A1.2.3. Reflete sobre os processos de tomada de decisão;</p> <p>A1.2.4. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar as experiências dos colegas como objeto de análise para determinar a minha prática futura com base numa uma prática profissional e ética;

A1.3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	<p>A1.3.1. Avalia os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada;</p> <p>A1.3.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promoção do desenvolvimento da prática especializada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser interveniente ativo nas decisões, considerando o enquadramento ético, deontológico e jurídico do exercício da profissão; ▪ Partilhar, sempre que possível, a análise das situações mantendo sempre a confidencialidade exigida.
---	---	--

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos.	<p>A2.1.1 Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como rege o Código Deontológico;</p> <p>A2.1.2. Garante o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação;</p> <p>A2.1.3. Garante a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral enquanto profissional;</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade;</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde;</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.</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 e instruir a equipa multidisciplinar dos mesmos aspetos; ▪ Respeitar o direito à escolha e autodeterminação do doente, nas suas decisões, antes, durante e após o internamento, sem julgar;
A2.2 Gere, na equipa, as práticas de cuidados, garantindo a segurança, a	A2.2.1. Recolhe e analisa informação, de maneira a aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica;	

privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.2. Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco; A2.2.3. Adota medidas antecipatórias, garantindo a segurança, privacidade e dignidade do cliente; A2.2.4. Acompanha incidentes relativos a prática insegura com o intuito de prevenir recorrências.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados ao doente crítico/família sem julgar valores, costumes e crenças; ▪ Identificar práticas de risco, prevenindo-as. ▪ Desenvolver capacidade de antecipação através de diálogo com os colegas acerca das melhores práticas a adotar em cada situação, pedindo colaboração do enfermeiro orientador; ▪ Conhecer o plano da instituição em caso de acidente em serviço, bem como os serviços de apoio.
---------------------------------------	---	--

➤ Competências de mestre associadas a este domínio:

- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Competências de acordo com o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

B1 - Garante 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 objetivos
B1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1. Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua; B1.1.2 Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso; B1.1.3 Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer os objetivos e missão da instituição, serviço e equipa; ▪ Conhecer e estar atualizado sobre as circulares normativas da instituição, bem como das circulares

	prestação de cuidados.	informativas instituídas pelo Gabinete de Controlo de Qualidade; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer os protocolos existentes no serviço; ▪ Prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico/família especializados e de qualidade.
B1.2 Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	<p>B1.2.1 Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional;</p> <p>B1.2.2 Desenvolve aptidões de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados;</p> <p>B1.2.3 Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições;</p> <p>B1.2.4 Comunica resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores;</p>	

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
B2.1 Avalia a qualidade das práticas clínicas.	<p>B2.1.1 Acede à evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade;</p> <p>B2.1.2 Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas;</p> <p>B2.1.3 Realiza auditorias clínicas;</p> <p>B2.1.4 Aplica instrumentos para analisar os resultados da avaliação efetuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunir com a Enfermeira Chefe e com o Enfermeiro Orientador, de forma a perceber qual a necessidade e área de intervenção no serviço; ▪ Realizar o plano de intervenção relativo à temática de avaliação da dor no doente internado na UCI, sendo esta uma temática identificada como necessidade de intervenção; ▪ Elaborar norma/protocolo sobre a temática de avaliação da dor no doente internado na UCI;
B2.2 Planeia programas de melhoria contínua.	<p>B2.2.1 Identifica oportunidades de melhoria;</p> <p>B2.2.2 Estabelece prioridades de melhoria;</p> <p>B2.2.3 Seleciona estratégias de melhoria;</p>	

	B2.2.4 Elabora guias orientadores de boa prática; B2.2.5 Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar na organização, no planeamento das atividades e nas estratégias definidas diariamente de modo assegurar uma prestação de cuidados de saúde seguros, evitando acidentes em serviço.
B2.3 Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade; B2.3.2 Incita a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.	

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	<p>B3.1.1 Promove a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo;</p> <p>B3.1.2 Envolve a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais;</p> <p>B3.1.3 Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares;</p> <p>B3.1.4 Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes;</p> <p>B3.1.5 Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional;</p> <p>B3.1.6 Incita a adoção de medidas para a segurança de dados e de 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 a minha pessoa, a equipa ou o doente, utilizando equipamentos de proteção individual e coletiva, promovendo a privacidade do doente; ▪ Manusear equipamentos e materiais de forma correta e adequada;

<p>B3.2 Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de 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 riscos ambientais;</p> <p>B3.2.4 Incentiva o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa;</p> <p>B3.2.5 Desenvolve sistemas de organização do trabalho, de maneira 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 da gestão do risco;</p> <p>B3.2.7 Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos;</p> <p>B3.2.8 Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção;</p> <p>B3.2.9 Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procurar o aperfeiçoamento do conhecimento e atualização em equipamentos e materiais e em sistemas de registo; ▪ Conhecer o plano da instituição em caso de acidente em serviço, bem como os serviços de apoio; ▪ Conhecer protocolos do serviço sobre emergência e catástrofe. ▪ Utilizar estratégias e conhecimentos na área da gestão de risco para divulgar junto da equipa multidisciplinar a necessidade de conhecimento nesta área pelos riscos que a nossa profissão acarreta.
--	---	---

➤ Competências de mestre associadas a este domínio:

- Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Competências de acordo com o Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Unidades de Competência	CrITÉrios de AvaliaÇão	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; C1.1.2 Colabora nas decisões da equipa; C1.1.3 Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar; C1.1.4 Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender o dinamismo do serviço; ▪ Integrar a equipa multidisciplinar, compreendendo particularidades e características da mesma; ▪ Compreender a importância da referência para outros profissionais de saúde;
C1.2 Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; C1.2.2. Cria guias orientadores das tarefas a delegar; C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar; C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados após delegação de tarefas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender a importância delegação de tarefas, colocando-a em prática; ▪ Supervisionar as tarefas delegadas, considerando sempre a segurança do doente; ▪ Observar e colaborar com o enfermeiro responsável na área da gestão de recursos humanos e materiais, fundamentais ao bom funcionamento do serviço.

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

Unidades de Competência	CrITÉrios de AvaliaÇão	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
C2.1 Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às	C2.1.1 Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;	

necessidades de cuidados.	<p>C2.1.2 Implementa 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 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; ▪ 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 para o doente e para o profissional; ▪ 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 EMC. ▪ Introduzir novos conhecimentos na equipa pelas experiências proporcionadas no curso de mestrado.
C2.2 Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<p>C2.2.1 Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;</p> <p>C2.2.2 Promove um ambiente positivo e favorável à prática;</p> <p>C2.2.3 Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado;</p> <p>C2.2.4 Adequa o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências;</p> <p>C2.2.5 Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.</p>	

➤ Competências de mestre associadas a este domínio:

- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Competências de acordo com o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
D1.1 Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ou a equipa multidisciplinar; D1.1.2 Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda; D1.1.3 Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; D1.1.4 Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma introspeção sobre autoconhecimento enquanto profissional e pessoa; ▪ Estabelecer uma relação eficaz de trabalho com a equipa multidisciplinar e uma relação terapêutica com o doente e/ou família; ▪ Atuar de modo assertivo e competente;
D1.2 Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção; D1.2.2 Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; D1.2.3 Atua eficazmente sob pressão; D1.2.4 Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade; D1.2.5 Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refletir sobre atitudes e comportamentos em situação de emergência; ▪ Consolidar conhecimentos adquiridos previamente em contexto de componente teórica; ▪ Desenvolver a prática clínica baseada em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, desempenhando um papel de dinamizador de processos de reflexão e aprendizagem junto dos pares; ▪ Realizar pesquisas ao longo do estágio, de acordo com aquilo que é vivenciado, de modo a compreender de uma forma mais completa o que se testemunhou e a preparar para situações semelhantes ao longo da prática;

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refletir utilizando a crítica das decisões tomadas na prestação de cuidados ao doente crítico; ▪ 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 para poder antecipar situações de eventual conflito, mediando formas de prevenção ou de resolução de problemas. Utilizar a experiência do enfermeiro orientador para saber solucionar, com maturidade profissional, possíveis focos de conflitualidade.
--	--	---

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D2.1.2 Diagnostica necessidades formativas; D2.1.3 Concebe programas e dispositivos formativos; D2.1.4 Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aproveitar situações formais para desenvolver formação em serviço; ▪ Aproveitar situações informais para disseminar conhecimento e adquiri-lo;

	D2.1.5 Avalia o impacto da formação.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar os conhecimentos em pesquisa bibliográfica e o recurso às tecnologias de informação para proporcionar momentos de aprendizagem a mim e aos 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.
D2.2 Suporta a prática clínica em evidência científica	<p>D2.2.1 Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos;</p> <p>D2.2.2 Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</p> <p>D2.2.3 Investiga e colabora em estudos de investigação;</p> <p>D2.2.4 Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem;</p> <p>D2.2.5 Discute as implicações da investigação;</p> <p>D2.2.6 Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.</p>	
D2.3 Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	<p>D2.3.1 Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada;</p> <p>D2.3.2 Demonstra conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;</p> <p>D2.3.3 Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando 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 Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar cuidados de Enfermagem especializados, evidenciando à equipa os ganhos para profissionais e doente, de forma idónea e despretensiosa.

➤ Competências de mestre associadas a este domínio:

- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

2.3 Objetivos Baseados nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica e nas Competências de Mestre

Os cuidados médicos e cirúrgicos existem já de tempos mais antigos e foram desenvolvidos como resposta à necessidade dos cuidados de saúde, promovendo a longevidade. Com o intuito de uma melhoria na qualidade de vida da população,

“(…) os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360).

Além disso, os processos médico-cirúrgicos traduzem-se em “respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360).

Esta área de especialização tem como alvo a PSC, sendo esta entendida como “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 n.º 429/2018, 2018, p.19362). Deste modo, os cuidados são prestados à “pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

A PSC pode estar perante uma situação de emergência – “agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais” -, exceção – “situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” e/ou catástrofe – “acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” – e que colocam a vida da pessoa em risco (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362-19363).

Assim,

“os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (...)” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

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

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	1.1.1 Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico; ▪ Identificar situações de maior instabilidade, compreender os protocolos terapêuticos utilizados em cada situação e processo de enfermagem implementado; ▪ Implementar o processo de enfermagem no doente crítico, em fase aguda;
1.2. Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	1.2.1 Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; 1.2.2 Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.2.4 Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar focos de instabilidade, desenvolver os conhecimentos em monitorização do doente crítico e saber identificar os sinais e sintomas que podem levar à instabilidade do doente; ▪ Manusear de forma correta recursos materiais de apoio à monitorização, administração e gestão terapêutica e de apoio à prática de cuidados ao doente crítico;

	tecidos.	
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>1.3.1 Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;</p> <p>1.3.2 Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>1.3.3 Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;</p> <p>1.3.4 Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;</p> <p>1.3.5 Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ter espírito crítico a avaliar as respostas a cada situação; ▪ Realizar uma gestão diferenciada da dor e do mal-estar do doente em situações crítica, numa avaliação e otimização contínua; ▪ 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 medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à 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 da doença; ▪ Incluir o diálogo, o “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; ▪ Mostrar disponibilidade para ouvir o doente e a família;
1.4 Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	<p>1.4.1 Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;</p> <p>1.4.2 Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”;</p> <p>1.4.3 Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	
1.5 Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.	<p>1.5.1 Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação;</p> <p>1.5.2 Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;</p>	

	<p>1.5.3 Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;</p> <p>1.5.4 Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 que a comunicação se estabeleça através do recurso a linguagem não verbal ou recursos informáticos; ▪ Saber reconhecer as necessidades da pessoa em relação à sua dificuldade de se expressar através da sua expressão e dos seus sinais vitais; ▪ Incluir na relação terapêutica, pessoas ou recursos pessoais significativos, sempre que benéficos à situação do doente.
<p>1.6 Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<p>1.6.1 Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>1.6.2 Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	

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

Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
<p>2.1 Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p>	<p>2.1.1 Salvaguarda condições de segurança;</p> <p>2.1.2 Adapta resposta em situação de trauma;</p> <p>2.1.3 Realiza triagem primária e secundária;</p> <p>2.1.4 Presta cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas;</p> <p>2.1.5 Assegura meios de evacuação e transporte;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa bibliográfica sobre situação de emergência, exceção e catástrofe; ▪ Conhecer as ações delineadas no plano de emergência e as prioridades de atuação do serviço e hospital; ▪ Refletir e discutir com o enfermeiro orientador sobre o plano de emergência que se encontram em vigor.

	2.1.6 Garante a continuidade dos cuidados registrando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.	
2.2 Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	<p>2.2.1 Demonstra conhecimento sobre o Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe;</p> <p>2.2.2 Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço;</p> <p>2.2.3 Divulga o plano de emergência e catástrofe pela equipa;</p> <p>2.2.4 Garante que o exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente;</p> <p>2.2.5 Colabora na revisão do plano de emergência ou catástrofe.</p>	
2.3 Planeia resposta à situação de catástrofe	<p>2.3.1 Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe;</p> <p>2.3.2 Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde;</p> <p>2.3.3 Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção;</p> <p>2.3.4 Define prioridades de atuação;</p> <p>2.3.5 Sistematiza as ações a desenvolver em situação de emergência/catástrofe.</p>	
2.4 Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.	2.4.1 Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa;	

	<p>2.4.2 Avalia a articulação e eficiência da equipa;</p> <p>2.4.3 Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação;</p> <p>2.4.4 Apresenta medidas corretivas das inconformidades de atuação;</p> <p>2.4.5 Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência;</p> <p>2.4.6 Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação.</p>	
<p>2.5 Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p>	<p>2.5.1 Diagnostica precocemente indícios de prática de crime nas vítimas ou no meio envolvente;</p> <p>2.5.2 Salvaguardada a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;</p> <p>2.5.3 Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes;</p> <p>2.5.4 Reencaminha para os organismos vocacionados no apoio à vítima/família.</p>	

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

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação	Atividades a desenvolver para atingir objetivos
<p>3.1 Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às</p>	<p>3.1.1 Demonstra conhecimento sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa bibliográfica no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos;

<p>necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>3.1.2 Diagnostica as necessidades do serviço relativas à prevenção e controlo de infeção;</p> <p>3.1.3 Estabelece as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço;</p> <p>3.1.4 Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos do Serviço com base na evidência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica; ▪ Executar cuidados de enfermagem tendo em conta o Plano Nacional de Controlo de Infeção e diretivas das Comissões de Controlo de Infeção; ▪ Conhecer e, posteriormente, supervisionar 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;
<p>3.2 Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>3.2.1 Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.2 Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica;</p> <p>3.2.3 Promove o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;</p> <p>3.2.4 Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.</p>	<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.

➤ Competências de mestre associadas às competências específicas do enfermeiro especialista:

- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de qualidade.

3 Cronograma das Atividades

No sentido de delinear as atividades a que me proponho realizar durante o estágio, segue um cronograma que é passível de alterações com o decorrer das atividades.

Atividades a desenvolver	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
Estágio na UCI [REDACTED]																				
Reunião com a Enf.ª Chefe e Enf.ª Supervisor																				
Observação de necessidades de intervenção do serviço																				
Análise SWOT																				
Definição da temática																				
Elaboração e entrega do Projeto de Estágio																				
Atividades do projeto de intervenção (a definir)																				
Elaboração e entrega de artigo científico																				
Pesquisa bibliográfica																				
Aquisição de competências																				
Elaboração e entrega do Projeto de Intervenção																				

Conclusão

É nesta fase da especialidade que existe a possibilidade de mobilizar conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo do percurso acadêmico, de maneira que seja feita a diferença na prestação dos cuidados. O trabalho desenvolvido com vista a desenvolver competências como Enfermeiro Especialista é agora aplicado na prática.

A elaboração deste projeto permite definir linhas orientadoras para atingir os objetivos que devem caracterizar um Enfermeiro Especialista na área da Médico-Cirúrgica. Deste modo e com a ajuda deste mesmo projeto, irei adotar uma atitude constante de aprendizagem para aquisição de competências, juntamente com dedicação, responsabilidade, investimento e uma conduta ética, demonstrando respeito pelos direitos e interesses dos utentes e das suas respetivas famílias a quem presto cuidados.

O meu principal objetivo será adotar uma atitude reflexiva que me permita articular vários conhecimentos e que, posteriormente, promova o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a autonomia da profissão.

Esta etapa do percurso demonstra a importância de investir na formação, de desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à PSC e fazer a diferença durante a prática diária, para que haja uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Tudo isto só é possível com a ajuda da evidência científica mais recente como fundamento à sua prática, valorizando e fortalecendo a enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 176, Série I de 2016-09-13. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- ██████ (2021). Informação obtida pela *intranet* do Hospital;
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 10 / 2017 - Diferenciação das intervenções de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de urgência*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República nº 26, Série II de 2019-02-06. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República nº 184, Série II de 2019-09-25. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Paiva, J. A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Miguel, J.; José, R.; Nóbrega, J.; Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Medicina Intensiva. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Rocheta, J. F. P. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. [Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20-%20Disserta%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>
- Universidade de Évora. (2015). Novo ciclo de estudos. Obtido através da plataforma Gesdoc - Sistema de Gestão Documental da Universidade de Évora.

APÊNDICE B – Cronograma das atividades do projeto

APÊNDICE C – Questionário inicial

QUESTIONÁRIO – AVALIAÇÃO DA DOR

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora, estou a desenvolver um projeto de intervenção sobre a Avaliação da Dor.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (2008, p.1), a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real”. Em 2003, foi definida pela Direção-Geral da Saúde como o 5º sinal vital.

A dor é uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada. Os clientes em estado crítico sentem dor devido as condições patológicas, lesões ou intervenções terapêuticas.

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo com a pessoa com dor, tendo assim, uma oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da dor, dando visibilidade às suas ações autónomas e/ou interdependentes, integrando uma correta avaliação e intervenção adequada à pessoa, promovendo o conforto e alívio da dor. O controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que assinala o grande impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, e a sua relevância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde (Castanheira et al., 2015).

Este questionário tem como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros face à importância da avaliação da dor. O seu preenchimento demorará cerca de 15 minutos. Os dados extraídos irão ser utilizados para realização de um estudo, pelo que, ao responder às questões, está a autorizar a análise e utilização de dados. A sua opinião é muito importante e é garantida a confidencialidade.

Obrigada pela sua participação!

Raquel Pouca-Roupa

PARTE 1 - CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

[Assinale com uma cruz a(s) opção(ões) que melhor se adequar(em) às questões que se seguem]

1. Sexo

(Selecione uma resposta)

- Masculino
 Feminino

2. Idade

(Selecione uma resposta)

- Entre 22 e 29 anos
 Entre 30 e 39 anos
 Entre 40 e 49 anos
 50 anos ou mais

3. É Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica?

(Selecione uma resposta)

- Sim
 Não

4. Quantos anos de experiência profissional tem neste serviço?

(Selecione uma resposta)

- 0 a 5 anos
 6 a 10 anos
 11 a 15 anos
 16 a 20 anos
 Mais de 20 anos

5. Já assistiu a alguma formação sobre Avaliação da Dor?

(Selecione uma resposta)

- Sim
 Não

PARTE 2 – CONHECIMENTO DA TEMÁTICA EM ESTUDO

[Assinale com uma cruz a(s) opção(ões) que melhor se adequar(em) às questões que se seguem]

1. Considera o sintoma da dor como sendo:

(Selecione uma resposta)

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

2. Tem conhecimento de alguma Norma de Procedimento/ Protocolo Avaliação da Dor, existente na unidade?

(Selecione uma resposta)

- Sim
- Não

3. Quando avalia a intensidade da dor?

(Selecione uma resposta)

- Uma vez por turno independente de quando avalio
- Pelo menos uma vez por turno e sempre que se justifique
- Vou avaliando quando conseguir
- Não avalia

4. Quando avalia a dor, tem em conta os seguintes itens:

	Sim	Às vezes	Não
Dirige-se ao cliente tratando-o pelo nome.			
Explica o procedimento que pretende realizar.			
Assegura-se que o cliente compreendeu a informação.			
Solicita ao cliente que classifique a intensidade da sua dor.			
Regista, sempre, o valor obtido.			
Atua de acordo com os resultados obtidos.			
Regista as ações desenvolvidas e os resultados obtidos.			

5. Em doentes com suporte sedativo ou analgésico tem em atenção às manifestações de dor?

(Selecione uma resposta)

Sim

Não

6. Perante doentes com suporte sedativo ou analgésico, que manifestações de dor conhece?

Manifestações neurovegetativas

Se sim, quais? _____

Manifestações comportamentais

Se sim, quais? _____

7. Considera importante a prevenção da dor?

(Selecione uma resposta)

Sim

Não

8. Qual(ais) a(s) maior(es) dificuldade(s) que sente no processo de avaliação de dor?

Falta de tempo, conseqüente da sobrecarga de trabalho

Dificuldades na relação terapêutica com o doente

Pouca sensibilidade à dor, devido a uma experiência dolorosa

Falta de reconhecimento da dor pelos sinais e sintomas

Falta de um guia/norma/protocolo que me ajude numa avaliação correta

Outra: _____

9. Conhece bem e aplica adequadamente e com regularidade que escalas?

Escala Visual Analógica (EVA)

Escala Visual Numérica (EVN)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Outra: _____

10. Que intervenções não farmacológicas conhece?

- Termoterapia
- Massagem
- Treino de habilidades de *coping*
- Terapia cognitiva/comportamental
- Toque terapêutico
- Outra: _____

11. Perante um doente com dor, que intervenções adota?

(Selecione uma resposta)

- Intervenções não farmacológicas
- Intervenções farmacológicas
- As duas em conjunto

PARTE 3 – CONTRIBUIÇÕES PARA O PROJETO

[Assinale com uma cruz a(s) opção(ões) que melhor se adequar(em) às questões que se seguem]

1. Gostaria de ter formação sobre a dor enquanto fenómeno sensorial e emocional?

(Selecione uma resposta)

- Sim
- Não

2. Se tivesse oportunidade, o que sugeria?

- Estruturação de guia, norma ou protocolo de avaliação da dor
- Acompanhamento durante a implementação de escalas
- Outra: _____

APÊNDICE D – Plano de intervenção do projeto

Plano de Intervenção do Projeto Avaliação da Dor no Doente Crítico	
Objetivos gerais	Contribuir para a melhoria da avaliação e gestão da dor do doente crítico
Objetivos específicos	- Formar a equipa de enfermagem acerca da temática - Propor uma norma sobre avaliação da dor no doente crítico
População alvo	Equipa de Enfermagem do serviço UCI
Local de intervenção	UCI, [REDACTED]
Levantamento de necessidades e justificação	- Reunião com a enfermeira chefe do serviço - Reunião com o enfermeiro orientador de estágio - Consulta de documentação - Observação direta da prestação de cuidados da equipa - Lacuna na avaliação e monitorização da dor nos doentes internados - Não existência de norma como guia prático de orientação
Procedimentos a realizar	Formação em serviço
	Data: 21 de janeiro de 2022
	Hora: 14 horas
	Duração: 75 minutos
	Metodologia: Método Expositivo/Ativo/Interrogativo
	Conteúdos: - Enquadramento teórica da dor - Problemática atual da avaliação da dor - Escalas utilizadas na UCI - Manifestações de dor - Intervenções farmacológicas e não-farmacológicas - Correta avaliação da dor - Importância do papel do enfermeiro na dor do doente crítico
	Avaliação da Sessão: Questionário <i>online</i> Avaliação do Formador: Questionário <i>online</i>
Avaliação contínua do projeto	- Verificar se a norma é utilizada no serviço - Compreender a satisfação da equipa de enfermagem na utilização da norma como meio facilitador de satisfação profissional - Compreender se a equipa de enfermagem considera a utilização desta norma como uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados na obtenção de ganhos em saúde para o doente a longo prazo
Recursos	Computador, Impressora
Material adjuvante	Proposta de norma de avaliação da dor
Instrumentos de colheita de dados	Questionário online
Indicador de estrutura	Plano de sessão de formação; questionário de avaliação da sessão/formadora
Indicador de processos	Número total de enfermeiros presentes na formação
Indicador de resultados	A equipa avalia ou não de forma correta a dor no doente crítico
Questões éticas	- Pedido de autorização informal à Enfermeira Chefe - Pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade de Évora - Consentimento informado à equipa para participação em estudo de investigação
Proposta	Norma de avaliação da dor implementada no serviço

APÊNDICE E – Divulgação da sessão de formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

21 DE JANEIRO DE 2022
14H - DURAÇÃO 1H15
VIA ZOOM



Avaliação da Dor no Doente Crítico

Formadora: Raquel Pouca-Roupa (Aluna de Mestrado da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica)

PROGRAMA

14:00-14:05	Apresentação da sessão
14:05-14:10	A dor
14:10-14:20	Problemática atual sobre avaliação da dor
14:20-14:30	Escalas de avaliação da dor
14:30-14:40	Manifestações de dor
14:40-14:50	Intervenções farmacológicas
14:50-15:00	Intervenções não farmacológicas
15:00-15:10	Avaliação adequada da dor
15:10-15:15	Conclusão da sessão

APÊNDICE F – Plano da sessão de formação

Plano de Sessão de Formação: Avaliação da Dor no Doente Crítico							
Formadora: Enfermeira Raquel Pouca-Roupa (Aluna Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica)							
Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCI do Hospital [REDACTED]				Duração total da Sessão: 75 minutos			
Etapas	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	-	-	- Apresentação da formadora - Sumário da formação - Objetivos da formação	Método Expositivo/Ativo	- Computador: apresentação em <u>Prezi</u> - Acesso a <u>Internet</u> para reunião via <u>zoom</u>	5 minutos	-
Desenvolvimento	Capacitar os enfermeiros da UCI para uma correta avaliação da dor no doente crítico	Transmitir bases essenciais sobre a dor	- Definição de dor			5 minutos	-
		Informar sobre a problemática atual	- Problemática atual sobre a dor, monitorização da dor e o futuro			10 minutos	
		Elucidar sobre as escalas em vigor da UCI	- Escala Visual Analógica - Escala Visual Numérica - <u>Behavioral Pain Scale</u>			10 minutos	
		Instruir sobre as manifestações de dor	- Manifestações Neurovegetativas - Manifestações Comportamentais			10 minutos	
		Esclarecer sobre as intervenções farmacológicas	- Escada da OMS			10 minutos	
		Esclarecer sobre as intervenções não-farmacológicas	- Intervenções físicas - Intervenções Cognitivo-Comportamentais - Intervenções de Suporte Emocional			10 minutos	
		Instruir sobre uma avaliação adequada da dor	- Quando avaliar a dor - Orientações quanto à avaliação - Algoritmo para o controlo da dor			10 minutos	
Conclusão	-	- Enaltecer o papel do enfermeiro na avaliação da dor do doente crítico	- Reforçar a importância de uma correta avaliação da dor - Esclarecer dúvidas	Método Expositivo/Interrogativo		5 minutos	Questionário <u>online</u> de avaliação de conhecimentos e da sessão/formadora (<u>Survey</u>)

APÊNDICE G – Apresentação da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA DOR

No doente crítico



Raquel Pouca-Roupa

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

1.

Sumário

Objetivo da sessão

Definição de dor

Problemática atual segundo evidência científica

Instrumentos de avaliação da dor na UCI

Manifestações da dor

Intervenções farmacológicas

Intervenções não farmacológicas

Avaliação da dor

2.

Objetivo da Sessão

Capacitar os enfermeiros da UCI para uma correta avaliação da dor no doente crítico.



3.

Definição de dor

Segundo a CIPE (2018):

"Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite."

Segundo a *International Association for the Study of Pain (Raja, 2020)*:

"Experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, ou descrita em termos de tal dano."



4.

Problemática atual segundo evidência científica



Dor

Monitorização da dor

O futuro

5.

Dor

É relatada por uma elevada percentagem de doentes críticos (superior a 50%)

Até 33% dos doentes críticos experienciam dor moderada a intensa em repouso e mais de 50% durante procedimentos dolorosos

Está associada a outros fatores como a ansiedade e a perturbação do sono. Tem repercussões na duração da VMI, no tempo de internamento e no aumento dos indicadores de mortalidade

A longo prazo, tem efeitos multisistémicos, nomeadamente a nível do SNC, que contribuem para o desenvolvimento de dor crónica e transtorno de stress pós-traumático

Atenção!

O controlo da dor é considerado um direito humano básico e uma responsabilidade dos enfermeiros durante a prestação de cuidados

Damico et al., 2018; Phillips et al., 2019; Damico et al., 2020

6.

Monitorização da Dor

Deve ser rigorosa e enquadrar a realização e documentação de avaliações rotineiras e a avaliação em momentos específicos

Para melhorar a gestão da dor no doente crítico, as normas recomendam que a avaliação siga uma abordagem baseada em protocolos e em etapas

A confirmação de existência de dor pode ser expressa através de parâmetros fisiológicos ou de respostas comportamentais

A dor continua a ser subestimada e a não ser tratada de forma adequada e por isso, a implementação das normas na prática clínica é inconsistente

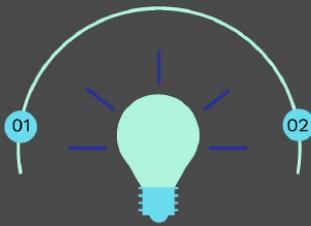
Fatores que influenciam: características do enfermeiro (conhecimento e formação; falhas na avaliação; utilização de instrumentos); características do doente (instabilidade hemodinâmica, comunicação); e características da unidade (disponibilidade de aprendizagem e sobrecarga de trabalho)

Damico et al., 2018; Hamdan, 2019; Damico et al., 2020; Olsen et al., 2020

7.

O futuro

É essencial que os enfermeiros tenham formação sobre o processo de avaliação da dor, uma vez que têm a possibilidade de adotar medidas de prevenção e alívio.



Após formação, a incerteza dos enfermeiros, diminuiu de 11% para 2% e passaram a avaliar a dor com mais frequência e de forma mais adequada.

Damico et al., 2018; Phillips et al., 2020

8.

Instrumentos de Avaliação da Dor na UCI HESE

01 Escala Visual Analógica
(EVA)

02 Escala Visual Numérica
(EVN)

03 Behavioral Pain Scale
(BPS)

01

02

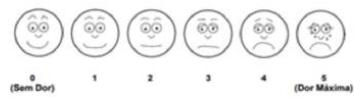
03

9.

Escala Visual Analógica

- Apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes.
- Utilizada em doentes conscientes e que comunicam.
- Consiste em seis imagens de faces com várias expressões.
- Pretende-se que o doente selecione a face que é consistente com o seu nível atual de dor.

DGS, 2003

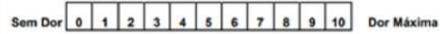


10.

Escala Visual Numérica

- Régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.
- Utilizada em doentes conscientes e que comunicam.
- Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "sem dor" e a 10 a classificação "dor máxima" (a pior dor que o doente sentiu).

DGS, 2003



11.

Behavioral Pain Scale

- Avaliar a intensidade da dor em doentes sedados, com VMI e inconscientes.
- O seu score vai de 3 a 12 e avalia a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador.
- São considerados comportamentos de dor: face contorcida, testa franzida, rigidez facial, pálpebras cerradas, nariz franzido, lábio superior levantado, verbalização e punhos cerrados.
- A adaptação ao ventilador, de forma isolada, não é considerada um critério específico porque pode ser causada por hipoxemia, broncospasmo, presença de secreções ou TOT deslocado. No entanto, com outros parâmetros de avaliação, pode ser um indicador importante da intensidade da dor.
- Especificações na utilização da escala:
 - > Avaliação sob analgesia com score > 4 implica ajuste terapêutico.
 - > Avaliação em doentes tetraplégicos com score > 3 implica ajuste de terapêutica porque é anulado o parâmetro do movimento dos membros

Fortunato et al., 2013

INDICADOR	ITEM	PONTUAÇÃO	
EXPRESSION FACIAL	RELAXADA	1	
	PARCIALMENTE CONTRAÍDA = SOBRECILHAS FRANZIDAS	2	
	COMPLETAMENTE CONTRAÍDA = PÁLPEBRAS FECHADAS	3	
	CARETA = ESGAR FACIAL	4	
MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIORES (EM REPOUSO) VERBOSOS O TÓNUS MUSCULARES	SEM MOVIMENTO	1	
	PARCIALMENTE FLETIDOS	2	
	MUITO FLETIDOS COM FLEXÃO DOS DEGIDOS	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 NA A VENTILAÇÃO ANDA E POSSÍVEL AQUELHAS VEZES	3	
	RICARAZ DE CONTROLAR A VENTILAÇÃO	4	

12.

Manifestações de dor



13.

Manifestações Neurovegetativas

- Alteração, sem outra causa documentada, de TA, FR e FC.
- A dor produz uma resposta fisiológica ao stress para fornecer oxigênio e outros nutrientes aos órgãos vitais.
- Por isso são visualizadas respostas fisiológicas como a taquicardia, taquipneia ou hipertensão arterial.

Erden et al., 2018

Manifestações Comportamentais

- Alteração da mímica facial
- Inquietação psicomotora

Silva, 2013

14.

Intervenções Farmacológicas

- A OMS desenvolveu um conjunto de *guidelines* para o controlo da dor organizadas num esquema intitulado de "Escada da OMS" (Afonso, 2021).
- Esta escada possui três níveis (HCor, 2021):

:: Primeiro nível - dor leve →

Escala	Classificação da intensidade da dor
EVN	1 a 3
BPS	4 a 6

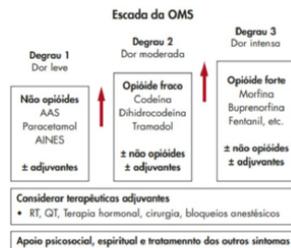
:: Segundo nível - dor moderada →

Escala	Classificação da intensidade da dor
EVN	4 a 6
BPS	7 a 8

:: Terceiro nível - dor intensa/insuportável →

Escala	Classificação da intensidade da dor
EVN	7 a 10
BPS	9 a 12

- Existem fármacos adjuvantes que são de outras classes e são importantes no tratamento da dor, uma vez que potenciam os analgésicos e atuam em fatores que podem agravar a dor: antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticoides e relaxantes musculares. Podem ser utilizados em qualquer nível da Escada da OMS.
- Pode-se utilizar medicamentos que estão no 1º nível juntamente com os do 2º e 3º níveis. Não é aconselhável a utilização de dois fármacos do mesmo grupo (Afonso, 2021).



15.

Intervenções Não Farmacológicas

O controlo da dor é mais eficaz quando são envolvidas também intervenções não farmacológicas, sendo estas de baixo custo e de fácil utilização para os profissionais e para os próprios doentes ou cuidadores após a alta.

(Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Intervenções
Físicas

Intervenções
Cognitivo-
Comportamentais

Intervenções
de Suporte
Emocional

16.

Intervenções Físicas

Termoterapia por calor

Fisiopatologia:

- Promove vasodilatação, o aporte e distribuição de nutrientes, a remoção de metabólitos;
- Diminui a tensão muscular.

Utilização:

- Imersão, sacos de água quente ou compressas humedecidas entre 40-45°C;
- Durante 20-30 minutos, várias vezes ao dia;
- Colocar uma proteção entre a fonte de calor e a pele;
- Vigiar temperatura, coloração e aspeto da pele.

Contraindicações:

- Infecção;
- Hemorragia ativa;
- Traumatismos agudos;
- Insuficiência venosa.

Sousa, 2009; Cunha, 2018

Termoterapia por frio

Fisiopatologia:

- Reduz a velocidade dos impulsos nervosos, diminuindo os estímulos dolorosos ao SNC;
- Alivia o espasmo muscular pela redução da atividade muscular;
- Produz vasoconstrição, prevenindo edema e reduzindo a inflamação;
- Promove a redução do metabolismo celular através da diminuição da necessidade de aporte de oxigénio às células.

Utilização:

- Imersão, sacos de água fria/gelo, toalhas ou compressas frias;
- Durante 10-15 minutos, várias vezes ao dia;
- Colocar uma proteção entre a fonte de calor e a pele;
- Vigiar temperatura, coloração e aspeto da pele.

Contraindicações:

- Doença vascular periférica;
- Alteração da sensibilidade e do nível de consciência.

Sousa, 2009; Cunha, 2018

Massagem

Fisiopatologia:

- Desencadeia a ativação do sistema nervoso parassimpático e suprime a atividade do sistema nervoso simpático através da estimulação dos receptores da pele;
- Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático e relaxa a musculatura;
- Promove um bloqueio medular da dor;
- Estimula o sistema opióide.

Utilização:

- Movimentos de deslizamento, fricção, percussão, compressão e vibração;
- Pode ser auxiliada pela utilização de óleos ou cremes.

Contraindicações:

- Patologias dérmicas;
- Cicatrizes recentes ou feridas abertas;
- Zonas adjacentes a fraturas recentes;
- Articulações ou tecidos com inflamação aguda e sinais de compromisso circulatório.

Sousa, 2009; Cunha, 2018; Jagan et al., 2019

17.

Intervenções Cognitivo-Comportamentais

Terapia Cognitiva/ Comportamental

Técnicas terapêuticas cognitivas
(ex.: diversão, atenção)



Técnicas comportamentais (ex.:
relaxamento, treino da
assertividade)

Objetivos:

- Ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor (ex.: diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças);
- Aumentar a sensação de controlo;
- Diminuir comportamentos não adaptativos.

Treino de habilidades de coping



Ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de coping, que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, com o objetivo de desenvolver habilidades para controlar/gerir a dor e o stress.

Ordem dos Enfermeiros, 2008

18.

Intervenções de Suporte Emocional

Toque terapêutico

Processo intencional onde são utilizadas as mãos para dirigir ou modular o campo energético com o objetivo de promover apoio e a segurança através do contacto pele a pele e também de promover relaxamento e reduzir a ansiedade.



Ordem dos Enfermeiros, 2008

Conforto

Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal através da promoção de apoio e segurança, promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor.

COMO PROMOVER CONFORTO?



Sousa, 2009; Cunha, 2018

- Eliminar/reduzir estímulos dolorosos, através da otimização da roupa da cama (sem vincos ou materiais esquecidos);
- Realizar pensos e trocar roupa da cama sempre que necessário;
- Manutenção do alinhamento corporal correto do doente, usando um lençol para alternância de decúbitos;
- Quarto calmo, longe do centro de atividade;
- Reduzir luzes intensas;
- Diminuir as interações verbais;
- Reduzir o som de barulhos desnecessários (televisão/rádio/voz);
- Controlar o número de visitas;
- Utilizar almofadas nos posicionamentos;
- Ao manipular uma extremidade, suportar os membros nas articulações;
- Usar colchões de pressão alternada;
- Evitar movimentos bruscos na cama do doente;
- Evitar que a roupa da cama toque nas extremidades dolorosas. Usar, por exemplo, uma gaiola;
- Auxiliar nos movimentos e avaliar a flexibilidade articular.

19.

Avaliação da dor

QUANDO AVALIAR?

1. Pelo menos uma vez em todos os turnos e sempre que se justifique;
2. No início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
3. Durante a execução de um procedimento doloroso (exemplo: posicionamentos);
4. Imediatamente após um procedimento doloroso (exemplo: aspiração de secreções endotraqueais);
5. 15 minutos após o procedimento doloroso;
6. 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica e após intervenção não farmacológica.

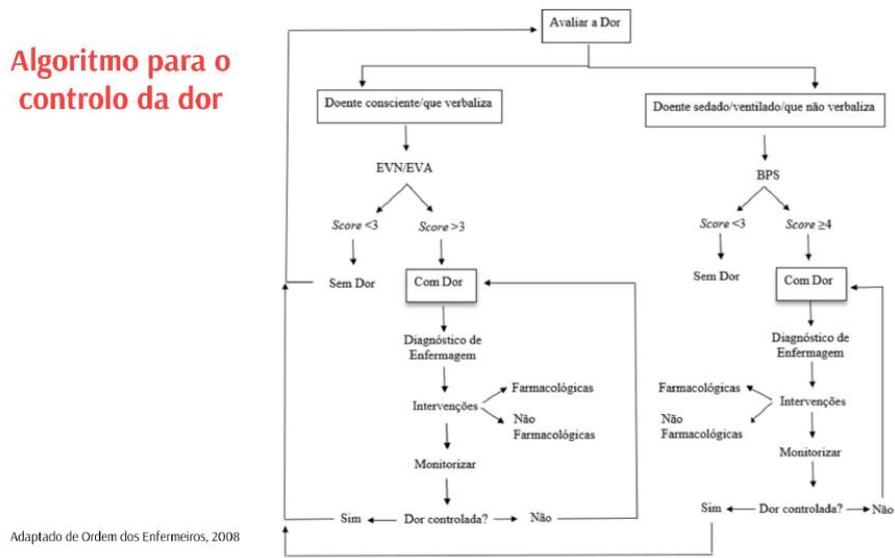
ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o *gold standard* para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
2. Deve ser realizada através da utilização de uma escala adequada ao doente;
3. Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais, bem como a escala, estratégias utilizadas e os seus efeitos.



20.

Algoritmo para o controlo da dor



21.

Conclusão

- > A dor é um problema real em doentes críticos;
- > Para ser tratada de forma eficiente, deve ser avaliada com precisão utilizando os métodos mais adequados consoante a condição física de cada doente;
- > Prevenir ou minimizar a dor deve ser uma meta crucial dos profissionais de saúde;
- > É necessário um maior foco nas ações de tratamento da dor e na reavaliação da dor nos doentes.



22.



Estarei disponível para esclarecimento de dúvidas através do contacto via e-mail e telefónico
raquelxpr@gmail.com
963878054

23.

Referências

- Afonso, M. (2016). Controlo farmacológico da dor. Relatório de mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 1-23.
- Cunha, H. M. P. (2018). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório. Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde. Leiria.
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor.
- Erden, S.; Demir, N.; Ugras, G.A.; Arslan, U.; & Arslan, S. (2018). Vital signs: Valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational , descriptive study. Wiley Nursing & Health Sciences. May, 1-7. <https://doi.org/10.1111/nhs.12593>
- Furtonato, J. G. S.; Furtado, M. S.; Hirabae, L. F. A.; & Oliveira, J. A. (2015). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. 12(3), 110-117. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>
- Gonçalves, E., Melo, G., Costa, I., & Neto, I. G. (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 457-464.
- HCOr (2021). Protocolo de dor. Associação Beneficente Síria. 1-44.
- Jagan, S., Park, T., & Papatlanassoglou, E. (2019). Effects of massage on outcomes of adult intensive care unit patients: a systematic review. 1-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.12417>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer n.º 04 / 2016. Massagem terapêutica na consulta de enfermagem na unidade de dor crónica. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1-3
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 1-139. https://doi.org/10.1002/9783527809080_cataz03655
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Silva, M. (2013). Avaliação da dor em cuidados intensivos. Relatório de Trabalho de Projeto, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. Setúbal. 1-227.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). Plano Nacional de Avaliação da Dor. Grupo de Avaliação da Dor.
- Sousa, M. F. C. O. (2015). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 135-152. <https://>

24.

APÊNDICE H – Questionário de avaliação da sessão de formação

QUESTIONÁRIO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Este questionário tem como principais objetivos melhorar a formação em Enfermagem e avaliar a concretização dos objetivos inicialmente propostos.

O seu preenchimento demorará cerca de 10 minutos. Os dados extraídos irão ser utilizados para realização de um estudo, pelo que, ao responder às questões, está a autorizar a análise e utilização de dados. A sua opinião é muito importante e é garantida a confidencialidade.

Obrigada pela sua participação!

Raquel Pouca-Roupa

PARTE 1 – AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS

[Assinale com uma cruz a(s) opção(ões) que melhor se adequar(em) às questões que se seguem]

1. Quando deve ser avaliada a dor no doente crítico?

(Selecione a(s) resposta(s) correta(s))

- Em algum momento do turno, desde que seja uma vez por turno
- Antes, durante e após um procedimento doloroso
- Após intervenção farmacológica / não farmacológica
- Uma vez por dia
- Não é um sinal vital prioritário

2. Nos doentes inconscientes ou com suporte sedativo/analgésico não é tão importante a avaliação da dor, uma vez que estão sob suporte terapêutico:

(Selecione uma resposta)

- Verdadeiro
- Falso

3. Perante um doente com dor, que intervenções devem ser adotadas?

(Selecione uma resposta)

- Intervenções não farmacológicas
- Intervenções farmacológicas
- As duas em conjunto

4. Os registos de enfermagem após avaliação e intervenção da dor devem ser realizados assim que possível e são de cariz obrigatório para que haja uma continuação dos cuidados de enfermagem.

(Selecione uma resposta)

- Verdadeiro
- Falso

PARTE 2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

[Assinale com uma cruz a(s) opção(ões) que melhor se adequar(em) às questões que se seguem]

1. Classificação da sessão.

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom

	1	2	3	4
Clareza dos objetivos da sessão				
Relevância do tema abordado				
Adequação dos meios utilizados				
Adequação da duração da sessão				

2. Classificação do formador.

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom

	1	2	3	4
Clareza dos conteúdos abordados				
Domínio do tema				
Criação de um ambiente favorável à participação dos formandos				
Esclarecimento de dúvidas				

3. Considera que os conteúdos abordados nesta sessão de formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a temática em questão?

(Selecione uma resposta)

Sim

Não

4. Sugestões/Comentários:

APÊNDICE I – Proposta de norma de avaliação da dor no doente crítico

NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DA DOR

1. Fundamentação

A dor é um problema comum no doente crítico que interfere na sua qualidade de vida. Além do sofrimento que causa, pode provocar alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbidades orgânicas e psicológicas, que dificultam a recuperação e prolongam o tempo de internamento. A dor ainda não é considerada essencial como os outros sinais vitais. Apesar da existência de normas e instrumentos válidos, a sua implementação na prática clínica é inconsistente e, por isso, representa um desafio. Estratégias de educação, formação e ensino são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas no contexto de intervenção profissional. A gestão da dor é um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde (SPCI, 2016; DGS, 2008).

2. Objetivos

- Definir princípios orientadores da avaliação periódica da dor no doente internado na UCI;
- Dotar o enfermeiro de competências para a aplicação de escalas de avaliação da dor;
- Minimizar a dor e o sofrimento do doente;
- Melhorar a qualidade de cuidados prestados ao doente;
- Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao indivíduo com dor ou risco de dor presente;
- Prevenir complicações.

3. Âmbito

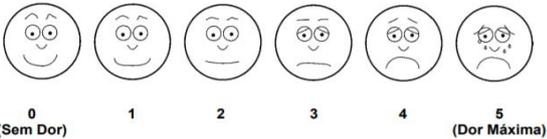
Aplica-se na prestação de cuidados a indivíduos com dor ou com risco de dor presente.

4. Definições

	<p><i>perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (CIPE, 2018);</i></p> <p><i>percepção sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos (Raja et al., 2020).</i></p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - A dor provoca sofrimento, redução da qualidade de vida e alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o desenvolvimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas (DGS, 2008). - O doente crítico encontra-se mais vulnerável à dor, sendo um fator que agrava a condição clínica do mesmo, pelo que é fundamental melhorar a avaliação e o tratamento da dor, para uma melhoria na qualidade dos cuidados (SPCI, 2016). - O controlo da dor deve ser encarado como um dever prioritário no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008). - A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação (SPCI, 2016). - O registo da avaliação da dor deve ser efetuado todos os turnos, juntamente com os restantes parâmetros vitais (SPCI, 2016). - Deve ser registado, sistematicamente, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as alterações do plano terapêutico (SPCI, 2016).
--	--

5. Instrumentos de Avaliação da Dor na Unidade

<p>Escala Visual Analógica (EVA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. - É utilizada em doentes conscientes e que conseguem comunicar. - Consiste em seis imagens de faces com várias expressões. - Pretende-se que o doente selecione a face que é consistente com o seu nível atual de dor. <p>(DGS, 2003)</p>  <p>Figura n.º 1 – EVA (DGS, 2003).</p>
<p>Escala Visual Numérica (EVN)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. - É utilizada em doentes conscientes e que conseguem comunicar.

	<p>- Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (a pior dor que o doente sentiu). (DGS, 2003)</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Sem Dor</td> <td style="padding: 2px;">0</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">8</td> <td style="padding: 2px;">9</td> <td style="padding: 2px;">10</td> <td style="padding: 2px;">Dor Máxima</td> </tr> </table> </p> <p>Figura n.º 2 – EVN (DGS, 2003).</p>	Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima		
<p><i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i></p>	<p>- Escala utilizada para avaliar a intensidade da dor em doentes sedados, sob ventilação mecânica invasiva e inconscientes.</p> <p>- O seu <i>score</i> vai de 3 a 12 e avalia a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador.</p> <p>- São considerados comportamentos de dor: face contorcida, testa franzida, rigidez facial, pálpebras cerradas, nariz franzido, lábio superior levantado, verbalização e punhos cerrados.</p> <p>- A adaptação ao ventilador, de forma isolada, não é considerada um critério específico, uma vez que pode ser causada por hipoxemia, broncospasmo, presença de secreções ou tubo endotraqueal deslocado. Mas juntamente com outros parâmetros de avaliação, pode ser um indicador importante da intensidade da dor.</p> <p>- Especificações na utilização da escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação sob analgesia com <i>score</i> > 4 implica ajuste terapêutico. 													

- Avaliação em doentes tetraplégicos com *score* > 3 implica ajuste de terapêutica porque é anulado o parâmetro do movimento dos membros.

(Fortunato et al., 2013)

Indicador	Item	Pontuação	
Expressão facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3	
	Careta = esgar facial	4	
Movimentos 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	

Figura n.º 3 – BPS (Batalha et al., 2013)

6. Manifestações de Dor

- Manifestações neurovegetativas

São consideradas manifestações de dor quando existe modificação, sem outra causa documentada, de tensão arterial (TA), frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC). A dor produz uma resposta fisiológica ao *stress* que inclui o aumento da FC e da TA para fornecer oxigénio e outros nutrientes aos órgãos vitais. Desta forma, são visualizadas respostas fisiológicas do doente à dor como a taquicardia, taquipneia ou hipertensão arterial (Erden et al., 2018).

- Manifestações comportamentais

São consideradas manifestações de dor a alteração da mímica facial e a inquietação psicomotora (Silva, 2013).

7. Intervenções Não Farmacológicas

A primeira abordagem do enfermeiro é a de identificar e caracterizar o tipo de dor, bem como a localização da mesma, para poder, posteriormente, iniciar uma abordagem adequada, que nem sempre é uma abordagem exclusivamente farmacológica. Está comprovado que o controlo da dor é mais eficaz quando são envolvidas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, sendo estas últimas de baixo custo e de fácil utilização para os profissionais e para os próprios doentes ou cuidadores após a alta (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros (2016) classifica as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitiva-comportamentais e de suporte emocional.

Intervenções Físicas	<p>Termoterapia</p> <p>- Aplicação de frio ou calor.</p> <p><u>Aplicação do calor</u></p> <p>- Fisiopatologia (Sousa, 2009):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Promove a vasodilatação, através do aumento do fluxo sanguíneo na área afetada; o aporte e distribuição de nutrientes; a remoção de metabolitos;▪ Reduz a viscosidade sanguínea e tensão muscular, melhorando a distribuição de leucócitos no local afetado, produz o relaxamento muscular e reduz a dor provocada por espasmos ou rigidez. <p>- Método: por condução ou convexão, sendo a elevação térmica lenta e distribuída superficialmente aos tecidos orgânicos (Sousa, 2009).</p> <p>- Indicações: patologias crónicas onde a dor e a contratura são dominantes (Sousa, 2009).</p> <p>- Utilização: imersão, sacos de água quente ou compressas humedecidas, com temperatura entre 40°C a 45°C, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao dia. É importante vigiar a temperatura, coloração e aspeto da pele, colocar uma proteção entre a fonte de calor e a pele e não ultrapassar o tempo recomendado (Cunha, 2018).</p> <p>- Contraindicações: infeção, hemorragia ativa, traumatismos agudos e insuficiência venosa (Cunha, 2018).</p> <p><u>Aplicação do frio</u></p> <p>- Fisiopatologia (Cunha, 2018; Sousa, 2009):</p>
-----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none">▪ Reduz a velocidade dos impulsos nervosos, diminuindo os estímulos dolorosos ao sistema nervoso central e aumentando o limiar doloroso;▪ Alivia o espasmo muscular pela redução da atividade muscular;▪ Produz vasoconstrição, uma vez que, ao reduzir o fluxo sanguíneo local previne o edema e atenua a inflamação;▪ Promove a redução do metabolismo celular através da diminuição da necessidade de aporte de oxigénio às células;▪ Aumenta a viscosidade sanguínea que promove a coagulação nas zonas afetadas. <p>- Utilização: sacos de água fria, sacos de gelo, toalhas geladas, compressas frias e imersão em água fria durante 10 a 15 minutos, ao longo do dia. Durante a sua aplicação deve ser colocada uma proteção entre a fonte fria e a pele, vigiar alterações na coloração e aspeto da pele, não ultrapassando o tempo de exposição recomendado (Cunha, 2018).</p> <p>- Contraindicações: doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência (Cunha, 2018).</p> <p>Massagem</p> <p>Ato de massajar e pressionar partes do corpo que tem como objetivos: facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2008).</p> <p>- Fisiopatologia:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Desencadeia a ativação do sistema nervoso parassimpático e suprime a atividade do sistema nervoso simpático através da estimulação dos recetores da pele (Jagan et al., 2019).▪ Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático e relaxa a musculatura no local da sua aplicação (Cunha, 2018).▪ Em termos loco-regionais a massagem e a manipulação sistematizada dos mecanorreceptores proprioceptivos determina um bloqueio medular da dor (Sousa, 2009);
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimula o sistema opióide endógeno com libertação de encefalinas circulantes, o que justifica a sensação de bem-estar consequente (Sousa, 2009). - Utilização: movimentos de deslizamento, fricção, percussão, compressão e vibração. A utilização de óleos ou cremes ajudam na realização dos movimentos (Sousa, 2009). - Contraindicações: patologias dérmicas, cicatrizes recentes ou feridas abertas, zonas adjacentes a fraturas recentes, articulações ou tecidos com inflamação aguda e sinais de compromisso circulatório (Sousa, 2009).
<p>Intervenções Cognitiva-Comportamentais</p>	<p>Terapia Cognitiva/Comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex.: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex.: relaxamento, treino da assertividade) (Ordem dos Enfermeiros, 2008). - Tem como objetivos ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor (ex.: diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças), a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). <p>Treino de habilidades de <i>coping</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consiste em ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i>, que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, com o objetivo de desenvolver habilidades para controlar/gerir a dor e o <i>stress</i> (Ordem dos Enfermeiros, 2008).
<p>Intervenções de Suporte Emocional</p>	<p>Toque terapêutico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo intencional onde são utilizadas as mãos para dirigir ou modular o campo energético com o objetivo de promover apoio e a segurança através do contacto pele a pele e também de promover relaxamento e reduzir a ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2008). <p>Conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal através da promoção de apoio e segurança, promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor (Cunha, 2018). - Formas de promover o conforto do doente (Sousa, 2009):

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminar ou reduzir estímulos dolorosos, através da otimização da roupa da cama, certificando-se de que não apresenta vincos ou outros materiais esquecidos; ▪ Realizar pensos e trocar roupa da cama sempre que necessário; ▪ No posicionamento é essencial ter em atenção a manutenção do alinhamento corporal correto do doente, usando um lençol para alternância de decúbitos; ▪ O posicionamento resolve muitas vezes a sensação de dor; ▪ Ser transferido para um quarto mais calmo, longe do centro de atividade; ▪ Reduzir luzes intensas; ▪ Diminuir as interações verbais; ▪ Reduzir o som de barulhos desnecessários como a televisão, rádio ou vozes; ▪ Controlar o número de visitas; ▪ Utilizar almofadas nos posicionamentos; ▪ Ao manipular uma extremidade, suportar os membros nas articulações; ▪ Usar colchões de pressão alternada; ▪ Evitar movimentos bruscos na cama do doente; ▪ Evitar que a roupa da cama toque nas extremidades dolorosas, usar, por exemplo, uma gaiola; ▪ Auxiliar nos movimentos e avaliar a flexibilidade articular.
--	---

8. Intervenções Farmacológicas

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um conjunto de *guidelines* para o controlo da dor organizadas num esquema intitulado de “Escada da OMS”. Este instrumento tornou-se num esquema *standard* para o tratamento da dor geral, embora tivesse sido criada para controlar a dor oncológica (Afonso, 2021).

Esta escada possui três níveis (HCor, 2021):

- Primeiro nível – relativo ao tratamento da dor leve, que na EVN corresponde a uma intensidade de 1 a 3 e na BPS de 4 a 6.
- Segundo nível – relativo ao tratamento de dor moderada, que na EVN corresponde a uma intensidade de 4 a 6 e na BPS de 7 a 8.

- Terceiro nível – relativo ao tratamento de dor intensa, que na EVN corresponde a uma intensidade de 7 a 10 e BPS de 9 a 12.

Existem também os fármacos adjuvantes que pertencem a diferentes classes farmacológicas e são importantes no tratamento da dor. Não são analgésicos, mas potenciam-nos e atuam em determinados fatores que podem estar a agravar o quadro álgico. Destacam-se os antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticoides e relaxantes musculares. Este tipo de fármacos pode ser utilizado em qualquer nível da escada analgésica da OMS. É também possível utilizar medicamentos que estão no 1º nível juntamente com os do 2º e 3º níveis, no entanto, não é aconselhável a utilização de dois fármacos do mesmo grupo farmacológico (Afonso, 2021).

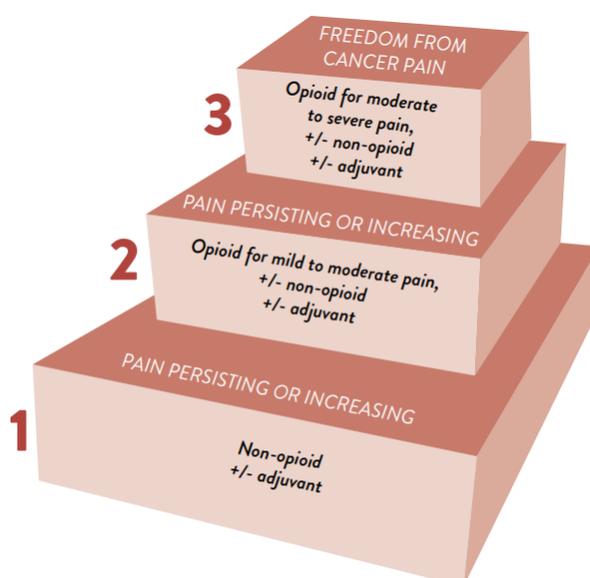


Figura n.º 4 – Escada analgésica OMS (WHO, 2018)

9. Descrição da Norma de Avaliação da Dor

I. DEFINIÇÃO

O controlo da dor é efetuado através de um conjunto de ações que visam promover o conforto e segurança do doente, diminuindo ou cessando a sua dor, prevenindo complicações orgânicas, fisiológicas e preservando a sua hemodinâmica estabilizada.

II. OBJETIVOS

- Avaliar a intensidade da dor;

- Administrar terapêutica de alívio da dor;
- Implementar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Prevenir complicações.

III. INFORMAÇÕES GERAIS

A - Quem executa

- O Enfermeiro responsável pelo doente.

B – Frequência

- A avaliação da dor deve efetuar-se pelo menos uma vez em todos os turnos e sempre que se justifique;
- A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- A avaliação da dor deve realizar-se durante a execução de um procedimento doloroso (exemplo: posicionamentos);
- A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (exemplo: aspiração de secreções endotraqueais);
- A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica e após intervenção não farmacológica ou medida de conforto.

C – Orientações quanto à execução

- O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o *gold standard* para a avaliação da dor e resposta à analgesia;
- A avaliação da dor deve ser realizada através da utilização de uma escala adequada ao doente;
- O uso da EVN e da EVA é recomendado para avaliar a dor em doentes que comunicam;
- A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada através da observação de comportamentos utilizando a BPS;
- Após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais, bem como a escala, estratégias utilizadas e os seus efeitos.

IV. RECURSOS

- Escalas de avaliação da dor adequadas ao doente;
- Suporte de registo de enfermagem.

V. PROCEDIMENTO

Ações de Enfermagem	Justificação
1. Providenciar os recursos para junto do doente, se necessário.	Gerir o tempo
2. Identificar o doente	Gerir risco e segurança
3. Promover a privacidade do doente	Garantir privacidade
4. Higienizar as mãos	Prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
5. Apresentar-se e dirigir-se ao doente pelo nome	Personalizar cuidados de enfermagem
6. Explicar ao doente todos os procedimentos	Dever de informar sobre as intervenções de enfermagem Tranquilizar o doente Facilitar a colaboração
7. Avaliar a presença e a intensidade da dor com a escala adequada para o doente	Adequar intervenções Obter o nível de intensidade da dor
8. Avaliar o estado hemodinâmico (TC, TA, FC, FR e SpO2)	Prever e prevenir complicações Despistar indicadores fisiológicos de dor
9. Registrar o nível de dor com a identificação da escala utilizada	Documentar legalmente a avaliação realizada
10. Gerir terapêutica prescrita	Garantir conforto e segurança
11. Implementar estratégias não farmacológicas	Garantir conforto e segurança
12. Registrar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas implementadas	Documentar legalmente as intervenções realizadas Permitir aferir ganhos em saúde Aferir eficácia das intervenções

13. Reavaliar a dor após realização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas	Monitorizar evolução do historial de dor do doente Prevenir complicações
14. Promover ensino, se possível, sobre correta mobilização, transferências, tosse eficaz, entre outros	Promover conforto e segurança ao doente
15. Posicionar o doente corretamente e de forma confortável	Proporcionar conforto
16. Higienizar as mãos	Prevenir as IACS

VI. REGISTOS

- Data e hora;
- Intensidade e características da dor;
- Sintomas associados;
- Fatores de alívio e agravamento;
- Intervenções farmacológicas (data, hora, fármaco, dosagem, via de administração, sintomas adversos);
- Intervenções não farmacológicas;
- Educação para a saúde se for possível.

VII. ANEXOS

- Algoritmo para o controlo da dor

Anexos

Anexo A – Algoritmo para o controlo da dor

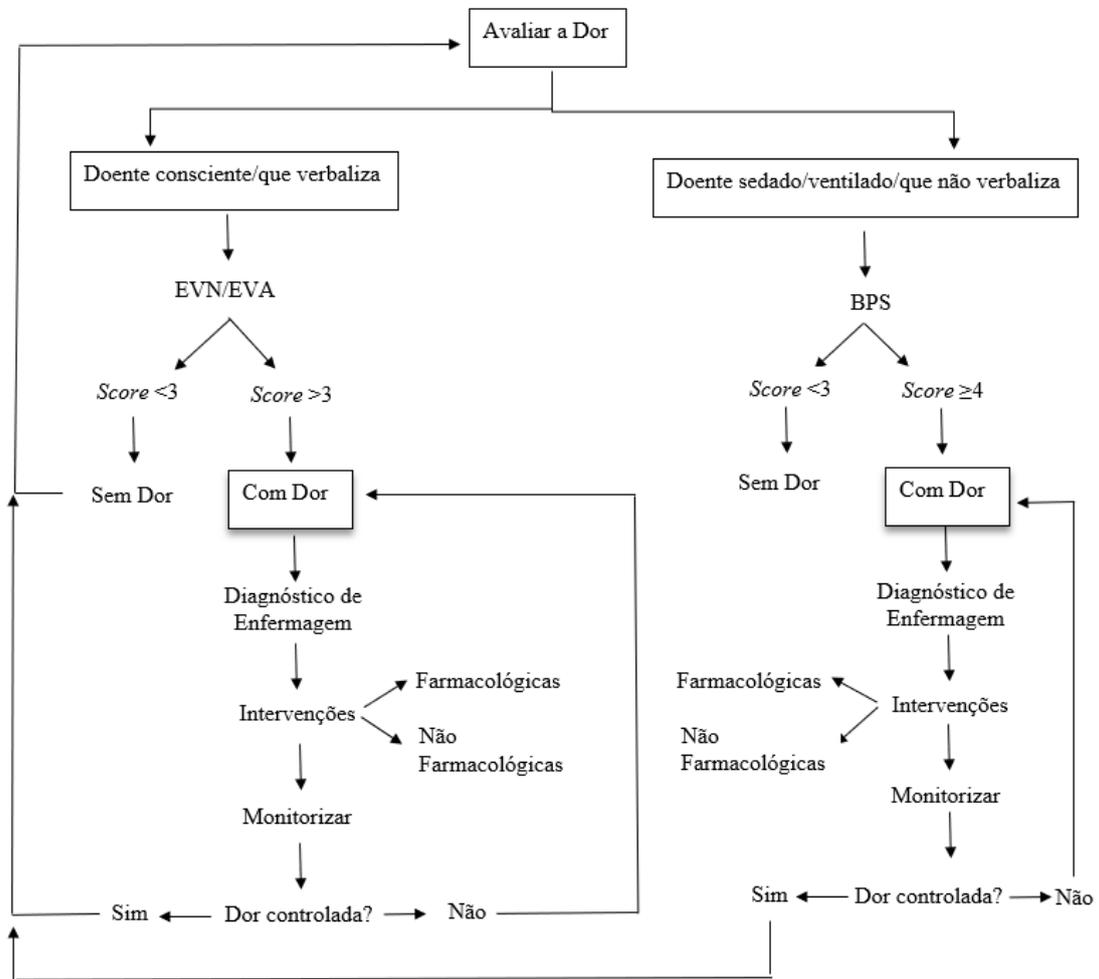


Figura n.º 5 – Algoritmo para o controlo da dor. Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2008)

Referências Bibliográficas

- Afonso, M. (2021). *Controlo Farmacológico da Dor*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10470/1/PPG_38191.pdf
- Cunha, H. M. P. (2018). *Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria]. Repositório do Politécnico de Leiria. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3847/1/INTERVEN%
c3%87%c3%95ES_N%
c3%83O_FARMACOL%
c3%93GICAS_NO_CONTROLO_DA_DOR_NO_P%
c3%93S-
OPERAT%
c3%93RIO.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3847/1/INTERVEN%c3%87%c3%95ES_N%c3%83O_FARMACOL%c3%93GICAS_NO_CONTROLO_DA_DOR_NO_P%c3%93S-OPERAT%c3%93RIO.pdf)
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). Circular Normativa Nº 09/2003 A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. (DGS 09:2003). [file:///C:/Users/raque/Desktop/Artigos%20p%20por%20na%20tese/Dire%C3%A7%C3%A3o-Geral%20da%20Sa%C3%BAde%20\(2003\).pdf](file:///C:/Users/raque/Desktop/Artigos%20p%20por%20na%20tese/Dire%C3%A7%C3%A3o-Geral%20da%20Sa%C3%BAde%20(2003).pdf)
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. (DGS 11:2008). https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Erden, S.; Demir, N.; Ugras, G. A.; Arslan, U. & Arslan, S. (2018). Vital signs: valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational, descriptive study. *Nurse Health Sci*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/nhs.12543>
- Fortunato, J. G. S.; Furtado, M. S.; Hirabae, L. F. A.; Oliveira, J. A. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*, 12(3), 110-117. DOI: 10.12957/rhupe.2013.7538
- Gonçalves, E., Melo, G., Costa, I., & Neto, I. G. (2007). *Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 457–464.
- HCor. (2021). *Protocolo de dor*. <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/17-Protocolo-de-dor.pdf>
- Jagan, S.; Park, T. & Papathanassoglou, E. (2019). Effects of massage on outcomes of adult intensive care unit patients: a systematic review. *Nurse Critical Care*, 24(6), 414-429. DOI: 10.1111/nicc.12417
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I. Número 1. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Parecer nº 04/2016 – Massagem terapêutica na consulta de*

enfermagem na unidade de dor crónica. Mesa do colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mceemc_mas_sagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 1–139. <https://doi.org/10.1002/9783527809080.catatz03655>

Raja, S. N.; Carr, D. B.; Cohen, M.; Finnerup, N. B.; Flor, H.; Gibson, S.; Keefe, F. J.; Mogil, J. S.; Ringkamp, M.; Sluka, K. A.; Song, X. J.; Stevens, B.; Sullivan, M. D.; Tutelman, P. R.; Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain: The journal of the International Association for the Study of Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Silva, M. (2013). *Avaliação da Dor em Cuidados Intensivos*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/5455>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2016). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

Sousa, M. F. C. O. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_mestrado_F%c3%a1tima%20Sousa.pdf

World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

APÊNDICE J – Resumo do artigo científico

Avaliação da dor no doente crítico: um estudo de caso

Pain assessment in critically ill patients: a case study

Ana Raquel Xavier Pouca-Roupa

Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora, Évora, Portugal - raquelxpr@gmail.com

Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal - mariana.pereira@ess.ips.pt

RESUMO

A dor é um problema comum no doente crítico que interfere na sua qualidade de vida. Além do sofrimento que causa, pode provocar alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbidades orgânicas e psicológicas, que dificultam a recuperação e prolongam o tempo de internamento. A dor ainda não é considerada essencial como os outros sinais vitais. Apesar da existência de normas e instrumentos válidos, a sua implementação na prática clínica é inconsistente e, por isso, representa um desafio. Estratégias de educação, formação e ensino são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas no contexto de intervenção profissional. A gestão da dor é um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde.

Objetivo: Evidenciar as necessidades dos enfermeiros na avaliação da dor e a sua importância nos cuidados. **Métodos:** Estudo de caso realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos em Portugal através da aplicação de um questionário aos enfermeiros.

Resultados: Estima-se que 41,7% dos enfermeiros nunca assistiram a formações sobre a temática e que 16,7% não têm conhecimento de nenhuma norma. Este estudo revela ainda que alguns enfermeiros não avaliam a dor em momentos específicos e adequados e que, nem sempre fazem os registos corretos da sua avaliação e das ações desenvolvidas posteriormente. Os enfermeiros referem como maiores dificuldades na avaliação, a falta de tempo, a inexistência de normas e o reconhecimento dos sinais e sintomas da dor.

Conclusões: Devem ser estabelecidos protocolos e políticas relacionadas com as medidas de avaliação da dor no doente crítico. **Palavras-chave:** Paciente; Medição da dor; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermeiros.

ABSTRACT

Pain is a frequent problem in critical patients that interferes with his life quality. Beyond the associated suffering, it can provoke pathophysiological alterations that contribute to the surge of organic and psychological comorbidities. These jeopardize recovery and extend hospitalization. Pain is still not considered essential like other vital signs. Despite the existence of technical standards and valid instruments, their implementation in clinical practice is inconsistent and thus represents a challenge. Education strategies, instruction, and learning are essential for the development of good clinical practice within the professional intervention. Pain management is a patient's right, a professional duty, and a fundamental step for the humanization of health care. **Objective:** Highlight nurses' needs in the evaluation of pain and its importance in health care. **Methodology:** A case study conducted in an Intensive Care Unit in Portugal via a survey of its nurses. **Results:** We estimate that 41.7% of the nurses never attended courses on the topic and 16.7% have knowledge of any norm. This study shows that some nurses do not evaluate pain in specific and adequate moments and do not always make the correct registration of their evaluation on the patient's pain and their subsequent actions. Nurses refer to lack of time, the inexistence of norms, and recognition of pain signs and symptoms as major handicaps. **Conclusions:** Protocols and policies related to pain evaluation measures in the critical patient should be established. **Keywords:** Critical Patients; Pain Assessment;