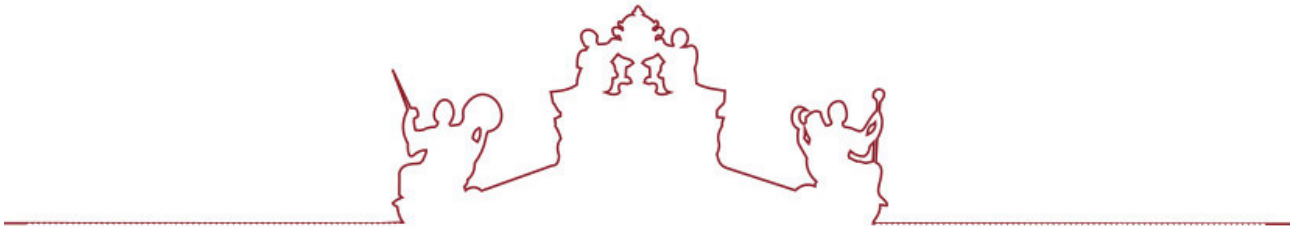


Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

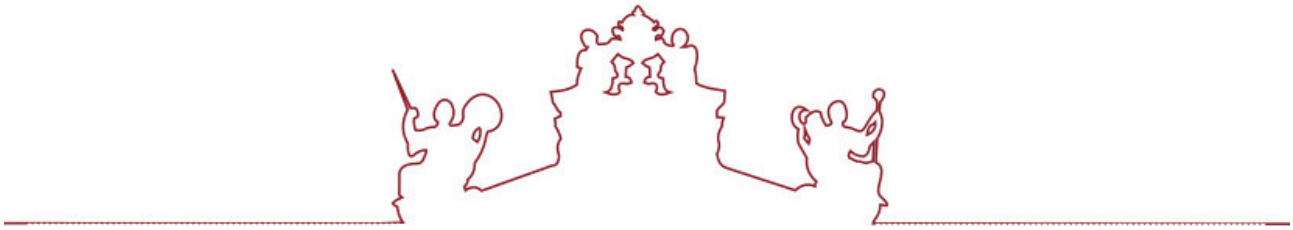
Relatório de Estágio

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante- Aplicação da Escala CPOT

Rute Cristina Boteta Jesus

Orientador(es) | Maria Dulce dos Santos Santiago

Évora 2026



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 Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

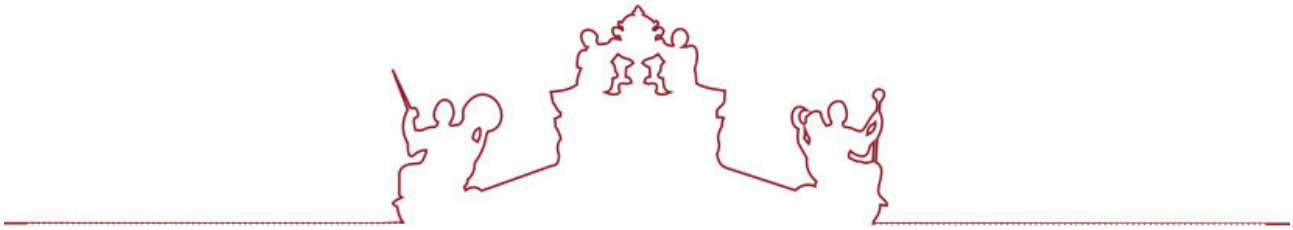
Relatório de Estágio

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante- Aplicação da Escala CPOT

Rute Cristina Boteta Jesus

Orientador(es) | Maria Dulce dos Santos Santiago

Évora 2026



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	Raúl Alberto Carrilho Cordeiro (Instituto Politécnico de Portalegre)
Vogais	Armandina do Carmo Antunes (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador) Maria José Martins Catalão (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde)

Évora 2026

Somos aquilo que fazemos repetidamente. A excelência, portanto, não é um ato, mas um hábito

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

O meu mais profundo agradecimento,

Ao **meu namorado**, uma das primeiras pessoas que me incentivou para avançar com esta aventura. Pelas intermináveis horas em que estive fora de casa e pelas noites que passaste sozinho enquanto eu trabalhava. Por seres o meu amor, o meu companheiro e o meu melhor amigo, todos os dias. Pela paciência em todos os momentos, por acreditares sempre em mim e nunca me deixares desistir.

À **minha mãe,** por ser a minha heroína e o meu pilar. Por estares sempre presente mesmo a 175 km de distância. Por todas as minhas ausências e falhas. Por me teres demonstrado valores como a perseverança, a dedicação e o esforço. Esta conquista é nossa.

À **minha família**, por todo o apoio e por nunca deixar de acreditar em mim. Por todos os momentos que não estive presente como gostaria.

À **Professora Maria Dulce Santiago**, por toda a orientação pedagógica e suporte. Por toda a preocupação no alcance dos meus objetivos e sucesso ao longo dos dois anos.

Aos **enfermeiros supervisores clínicos**, por toda a partilha de conhecimento e paciência. Por todo o acompanhamento e palavras de conforto mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos **meus colegas do Serviço de Urgência**, pelas trocas infinitas e pela força transmitida. Pela partilha, pelos desabafos e pelas palavras de conforto.

E, não menos importante, a **mim**. Por mostrares à Rute de 18 anos que era capaz e por lhe mostrares o verdadeiro valor que sempre teve. Por toda a resiliência. Por não desistires, mesmo quando esse parecia ser o caminho mais fácil. Por todo o esforço e dedicação. Mais do que um crescimento profissional, representou uma jornada de autoconhecimento e amadurecimento pessoal.

TÍTULO: Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala *CPOT*

RESUMO:

Este relatório sintetiza o percurso formativo desenvolvido no Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica.

A dor, amplamente prevalente no doente crítico e frequentemente associada a procedimentos de enfermagem, requer uma gestão eficaz, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos, do conforto e recuperação global da pessoa. Em doentes não comunicantes, a sua avaliação constitui um importante desafio, exigindo instrumentos comportamentais validados. A *Critical-Care Pain Observation Tool* evidencia-se como ferramenta fiável, sensível e de aplicação prática na avaliação e otimização da gestão da dor.

Esta temática, central no projeto do primeiro ano e desenvolvida ao longo dos estágios, foi norteada pela Teoria do Conforto de Kolcaba, que sustentou simultaneamente a prática clínica e a construção do relatório.

O relatório integra uma análise crítica das experiências em estágio, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas da área e de mestre em enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Gestão da dor; CPOT; Pessoa em Situação Crítica

TITLE: Pain Management in Non-Communicating Persons in Critical Situations - Application of the CPOT Scale

ABSTRACT:

This report synthesizes the educational pathway developed within the scope of the Master's Degree in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing for the Critically Ill Patient.

Pain, highly prevalent among critically ill patients and frequently associated with nursing procedures, requires effective management, contributing to improved clinical outcomes, enhanced comfort, and overall patient recovery. In non-communicative patients, its assessment represents a significant challenge, requiring the use of validated behavioral instruments. The Critical-Care Pain Observation Tool stands out as a reliable, sensitive, and practical instrument for the assessment and optimization of pain management.

This topic, central to the first-year project and further developed throughout clinical placements, was guided by Kolcaba's Theory of Comfort, which supported both clinical practice and the development of this report.

The report includes a critical analysis of the clinical placement experiences, highlighting the development of common specialist nursing competencies, area-specific competencies, and master's level nursing competencies.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Pain Management; CPOT; Critically Ill Patient

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central de Sistema do Saúde

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CNAF – Cânula Nasal de Alto Fluxo

CPS – Cuidados de Saúde Primários

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EDPC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EF – Escala de Faces

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EN – Escala Numérica

EQ – Escala Qualitativa

et al. – e outros

EVA – Escala Visual Analógica

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – *Internacional Council of Nurses*

ITLS – *International Trauma Life Support*

MRSA – *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PICCO – *Pulse Contour Cardiac Outut*

PNEPC – Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SH – Serviço de Hemodinâmica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPICI – Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

ULS – Unidade Local de Saúde

VVC – Via Verde Coronária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 11

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL 14

1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA 14

1.2. GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 17

1.2.1. A Dor e o seu Impacto Biopsicossocial 17

1.2.2. Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica 21

1.2.3. Estratégias de Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante 27

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM 32

2.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 32

2.1.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica 33

2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – ESTÁGIO FINAL 37

2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários 38

2.2.2. Serviço de Hemodinâmica 40

2.2.3. Serviço de Medicina Intensiva 41

2.2.4. Consulta Follow-Up de Medicina Intensiva 46

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 48

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM 51

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM 67

CONCLUSÃO 82

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

APÊNDICES 100

APÊNDICE I – Resumo da *Scoping Review*: "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT" 101

APÊNDICE II – Plano de Sessão da Formação em Serviço 105

APÊNDICE III – Cartão de Avaliação da Dor através da escala CPOT 109

ANEXOS.....111

ANEXO I – Certificado de Conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida.....112

ANEXO II – Certificado de Conclusão do Curso de *International Trauma Life Support* 114

ANEXO III – Certificado de Conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico.....116

ANEXO IV – Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico.....118

ANEXO V – Certificado de Participação no "Curso Avançado em Abordagem Precoce do Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra de ST".....120

ANEXO VI – Certificado de Participação no *Webinar* "(Re)Agir: Quando o Impossível Acontece- Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe" 122

ANEXO VII – Certificado de Participação no *Webinar* Catástrofe 124

ANEXO VIII – Certificado de Participação no *Webinar* ""*Highlights from the ERC Resuscitation Guidelines"* 126

ANEXO IX – Certificado de participação nas sessões de formação realizadas no Serviço de Medicina Intensiva 128

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio (RE) surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) "Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório", inserida no 9.º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), ministrado pela Universidade de Évora nos anos letivos de 2024/2025 e 2025/2026. Este curso resulta de uma parceria da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Setúbal e Universidade do Algarve.

O RE consiste num trabalho de descrição e reflexão crítica detalhada e fundamentada das atividades desenvolvidas durante o Estágio, evidenciando a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, bem como as competências de Mestre em Enfermagem, sendo sujeito a defesa pública perante júri. Este processo foi estruturado no Projeto Individual de Aquisição de competências desenvolvido no 1.º ano do mestrado, no qual foram definidos os objetivos a atingir e planeadas as estratégias e atividades a realizar nos diferentes contextos de estágio, visando a aquisição e consolidação das competências referidas. Essas competências encontram-se esplanadas nos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a) e das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em EMCPSC (OE, 2018a). Incluem ainda as competências relativas ao grau de mestre, conforme previsto no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que introduz a quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). A análise crítico-reflexiva terá como base as atividades desenvolvidas nos contextos de estágio.

Integrado na UC "Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica", o primeiro estágio, com a duração de 9 semanas, decorreu no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), entre 22 de abril e 20 de junho de 2025.

O segundo estágio, integrado na UC "Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório" decorreu ao longo de 18 semanas, entre 15 de setembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026, envolvendo dois serviços distintos: Unidade de Cuidados

Intensivos Coronários (UCIC) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI), ambos pertencentes à mesma Unidade Local de Saúde.

A enfermagem tem consolidado a sua prática profissional com base em conhecimentos teóricos, reconhecendo a fundamentação teórica como um elemento essencial para a qualificação da prática e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste enquadramento, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba alicerçou toda a prática desenvolvida ao longo dos estágios bem como todo o desenvolvimento do projeto. Esta teoria conceptualiza o conforto como um resultado essencial dos cuidados de enfermagem, associado ao bem-estar e à recuperação da pessoa.

A dor constitui uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, que envolve múltiplas dimensões físicas, emocionais e comportamentais, refletindo-se no sofrimento e alterações fisiológicas da pessoa (Raja et al., 2020; OE, 2008). O controlo da dor deverá ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, indispensável na humanização dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2008). Todavia, a avaliação da dor em utentes não comunicantes representa um desafio importante, exigindo o uso de ferramentas específicas e devidamente validadas.

No Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC, uma das competências incide na capacidade de gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica (PSC) e/ou em falência orgânica, otimizando as respostas (OE, 2018a). O enfermeiro especialista em EMCPSC deve possuir competências para identificar sinais de mal-estar fisiológico e emocional, promover o bem-estar global da pessoa, e assegurar a gestão adequada da dor, integrando intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

Para o presente RE foi definido como objetivo geral analisar as atividades e as estratégias desenvolvidas, bem como o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, e de mestre em enfermagem. Como objetivos específicos, foram definidos:

- Elaborar um enquadramento teórico-conceptual da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e do tema "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT";

- Proceder à caracterização dos contextos da prática especializada em enfermagem nos quais se realizaram os estágios;

- Proceder a uma análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC e das competências de mestre em enfermagem.

O RE encontra-se estruturado em três capítulos principais. Numa fase inicial, no primeiro capítulo, será elaborado enquadramento teórico-conceptual, abordando a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e o tema central do Projeto, "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT". No segundo capítulo, procede-se à caracterização dos contextos clínicos de prática especializada, proporcionando uma visão detalhada dos diferentes locais de estágio. Por fim, o terceiro capítulo consiste numa análise crítico-reflexiva da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC e das competências de mestre em enfermagem, desenvolvidas ao longo dos diversos contextos de estágio.

A redação deste documento teve por base as diretrizes do novo acordo ortográfico e segue as normas de realização de trabalhos, citação e referenciação da *American Psychological Association* (2020), 7ª edição e cumpre as regras de elaboração de trabalhos Académicos e Científicos escritos pela Universidade de Évora, da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

Este capítulo encontra-se subdividido em dois subcapítulos. No primeiro é apresentada a teoria que fundamentou o projeto e orientou a prática de cuidados, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. No segundo é abordado o tema central do projeto, a "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT".

1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

A enfermagem tem consolidado a sua prática profissional com base em conhecimentos teóricos, reconhecendo a importância da fundamentação teórica para a prática científica e para a qualidade dos cuidados prestados. Ao integrar os referenciais teóricos na prática clínica, os enfermeiros são capazes de prestar cuidados de qualidade, o que não só beneficia as pessoas como também contribui para o avanço da profissão, promovendo melhores resultados em saúde (Cardoso et al., 2019).

A pessoa é entendida de forma **holística**, podendo ser o indivíduo, a família ou a comunidade. É considerada um ser único, com necessidades nos domínios **físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental**, que vivencia experiências de conforto ou desconforto. A perceção do conforto é **subjetiva** e influenciada pelo contexto e pela condição de saúde.

Considerando que, na prática de enfermagem, a promoção do conforto constitui uma preocupação fundamental, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba proporciona uma base teórica fundamental para compreender e atender às necessidades de conforto dos doentes. Assim, esta teoria foi integrada no projeto e aplicada aos diferentes contextos clínicos, onde a dor constitui um fenómeno transversal.

Entre as teóricas contemporâneas, considerando a relação existente entre a dor e o conforto, Katharine Kolcaba destaca-se pelo seu contributo para o desenvolvimento da Teoria do Conforto. 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). Assenta em quatro metaparadigmas: a **enfermagem**, a **pessoa**, o **ambiente** e a **saúde**. A **enfermagem** é definida como o processo deliberado de avaliação das necessidades de conforto, planeamento e implementação de medidas específicas, e avaliação dos resultados obtidos. A **pessoa** é entendida de forma holística, podendo ser o indivíduo, a família ou a comunidade; constitui o centro dos cuidados e da intervenção do enfermeiro, a fim de promover o seu bem-estar físico, psicoespiritual, ambiental e social. O **ambiente** é entendido como o conjunto de condições e fatores relacionados com a pessoa, a família ou o contexto institucional, passíveis de intervenção pelos enfermeiros ou de pessoas significativas, com o objetivo de promover e otimizar o conforto. A **saúde** é entendida como o funcionamento ótimo da pessoa, sendo este definido pelo próprio (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

O conforto pode ser, por um lado, experienciado pela própria pessoa (ao ser entendido como um estado relativo de bem-estar ou como um resultado de cuidados específicos) e, por outro, pode ser considerado como um elemento de intervenção diferenciadora do enfermeiro no processo de cuidar. No entanto, é importante consciencializar que o estado de desconforto ou a perceção de conforto pelo doente tem potencial de melhoria contínua na cadeia de prestação de cuidados de enfermagem. (Apóstolo, 2009).

O conforto é considerado não só como um objetivo, como um resultado e como um padrão dos cuidados de enfermagem, mas também uma experiência subjetiva e uma necessidade humana fundamental (Katharine Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011; Watson, 2002; Yousefi, H., Abedi, H.A., Yarmohammadian, M.H. & Elliot, 2009). O estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto. É um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional que é promovido através das intervenções de enfermagem e se concretiza através de um processo intersubjetivo revestido de complexidade, processo esse que se caracteriza pela exigência perante a unicidade e a singularidade de cada pessoa doente, num determinado contexto que não pode ser ignorado (Kolcaba, 2003; Yousefi, Abedi, Yarmohammadian & Elliot, 2009).

Diariamente, os enfermeiros empregam a palavra conforto em diversos contextos da sua prática e esta faz parte da sua linguagem (Gonçalves, 2017). Segundo a fonte, torna-se imperativo que o conforto da pessoa doente assuma, de forma crescente, um lugar central na prática de cuidados de enfermagem, constituindo um foco prioritário da intervenção de cada enfermeiro. Conforto e cuidados de enfermagem desde sempre

caminham lado a lado (Gonçalves, 2017). Gonçalves (2017) afirma que cuidar e confortar constituem os pilares da profissão de enfermagem, é expectável que o ato de cuidar implique, igualmente, confortar. Embora o conforto não se restrinja à ausência de dor, o controlo ou a ausência de tal sintoma está intrinsecamente relacionada com o conforto (Oliveira et al., 2020).

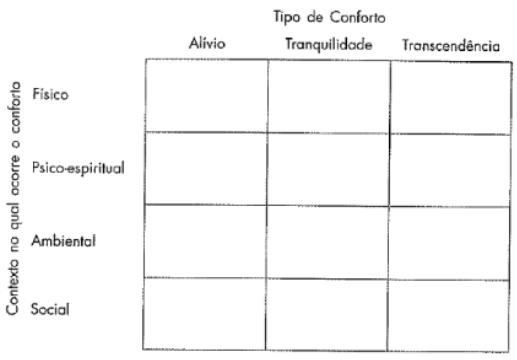
Kolcaba define conforto como uma experiência imediata, sustentada pelas sensações de **alívio**, **tranquilidade** e **transcendência**. O **alívio** consiste no estado em que uma necessidade específica é satisfeita, sendo essencial para que a pessoa recupere o seu funcionamento habitual. A **tranquilidade** refere-se ao estado de calma, paz e conforto, necessário para que a pessoa tenha uma recuperação eficiente. A **transcendência** traduz a capacidade da pessoa de planear e controlar o seu próprio destino (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

Segundo a autora, o conforto é experienciado em quatro contextos distintos: o **físico**, relacionado com as sensações do corpo; o **psicoespiritual**, pertencente à consciencialização interna de si mesmo; o **ambiental**, referente à relação com o meio e ao impacto das influências externas; e o **sociocultural**, que reflete as relações interpessoais (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

Kolcaba desenvolveu uma estrutura taxonómica em formato de grelha, onde relaciona os três tipos de conforto com os quatro contextos nos quais o conforto é vivenciado (Kolcaba, 2003; Dowd 2004).

Figura 1.

Estrutura taxonómica do conforto de Katharine Kolcaba



Fonte: Dowd, 2004

Kolcaba (2003) defende que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar, sendo o conforto resultado dessa intervenção. 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). Assim, é importante que os enfermeiros procurem ter uma perceção correta das necessidades globais de conforto do doente, das intervenções dirigidas à satisfação das necessidades individuais de cada doente e de como o conforto é atingido.

1.2. GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A dor é uma das condições clínicas mais prevalentes na Europa e no mundo (European Pain Federation et al., 2024). Constitui um dos principais motivos que levam a população a recorrer aos cuidados de saúde (European Pain Federation et al., 2024; DGS, 2008).

A PSC é definida como "(…) aquela em que a vida está ameaçada devido à falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, sendo a sua sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018a, p. 19362). No caso da PSC, a dor constitui, além de um sintoma passível de ser controlado, um fator condicionante na evolução clínica da pessoa. A existência da dor pode agravar o estado geral do doente e comprometer a sua recuperação.

No que concerne à gestão da dor na PSC, existem vários fatores que tornam este processo mais desafiante, nomeadamente o uso de sedação, a ventilação mecânica e a alteração do nível de consciência, comprometendo a comunicação com o doente.

1.2.1. A Dor e o seu Impacto Biopsicossocial

Segundo a *International Association for the Study of Pain*, a dor consiste numa experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o dano real ou potencial ao tecido, ou expressa em termos de tal dano (Raja et al., 2020). A dor significa "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" (OE, 2008, p. 11).

A Direção-Geral da Saúde (2003) define a dor como o 5º sinal vital, acompanhando de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que carecem de cuidados de saúde. A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo (DGS, 2008). A pertinência da dor aguda radica no facto de constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população (DGS, 2008). É um fenómeno comum na PSC, com uma prevalência estimada entre 43% e 49%, podendo estar associada tanto à condição clínica subjacente que levou ao internamento como aos diversos procedimentos invasivos e não invasivos a que o doente é submetido (Arias-Rivera et al., 2020).

A DGS (2008) relata que a dor, além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o desenvolvimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas.

Referente à dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objetivável ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem (DGS, 2008). Nesse contexto, a dor deixa de constituir apenas um sintoma, assumindo-se como uma doença em si mesma (DGS, 2008). O controlo da dor deverá ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, indispensável na humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que dela padecem (DGS, 2003). A sua avaliação e o respetivo registo da intensidade, pelos profissionais de saúde, deverá ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, a fim de otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

O Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008) assenta em três princípios fundamentais: subjetividade da dor, a dor como 5º sinal vital e o direito ao controlo da dor. No princípio da subjetividade da dor, a DGS (2008) realça particular atenção ao controlo da dor nos utentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal.

Segundo a *European Pain Federation, Pain Alliance Europe* & *Social Impact of Pain* (2024), a dor é atualmente considerada como uma experiência biopsicossocial.

Contrariamente ao modelo biomédico, que defendia que a dor era causada apenas por fatores biológicos e pela patologia da doença; o modelo biopsicossocial considera a dor como uma experiência pessoal que emerge da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os **fatores biológicos** (ou físicos) incluem a genética, a magnitude da lesão ou doença, o dano dos tecidos, os efeitos da medicação, as características do sistema nervoso (limiar da dor, tolerância à dor, predisposição para a sensibilização periférica e central) e o sono. Os **fatores psicológicos** incluem a tristeza, a depressão, a ansiedade, a raiva, as estratégias de *coping* e o *stress*. Por sua vez, os **fatores sociais** relacionam-se com as expectativas sociais, a satisfação profissional, o sistema de apoio social, a situação de vida/emprego, as experiências anteriores de dor e barreiras culturais (European Pain Federation et al., 2024).

Raja et al. (2020), à luz dos autores anteriores, defende também a dor como uma experiência subjetiva, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Afirma que a adaptação à dor pode resultar em efeitos adversos no funcionamento e bem-estar social e psicológico. Para além disso, a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor, a incapacidade de comunicar não invalida a possibilidade de uma pessoa experienciar dor (Raja et al., 2020).

A dor está associada a uma resposta de *stress* neuroendócrina proporcional à sua intensidade e que resulta da ativação do sistema nervoso simpático e de reflexos mediados pelo hipotálamo (Batalha, 2016). A dor não controlada tem o potencial de afetar quase todas as funções do organismo, influenciando a morbilidade e mortalidade. A resposta sistémica ao *stress*, caracterizada pela libertação intensa de hormonas catabólicas (adrenalina, noradrenalina, corticoides, entre outras), associada à inibição das hormonas anabolizantes, conduz ao desenvolvimento de um estado catabólico generalizado com repercussões no funcionamento dos órgãos e sistemas (Batalha, 2016).

No sistema cardiovascular desencadeia-se um estado de hipertensão, taquicardia, aumento da resistência vascular sistémica e aumento das necessidades de oxigénio do miocárdio que pode agravar a dor e precipitar a isquémia ou a rutura de placa ateroesclerótica (Batalha, 2016). A nível do sistema respiratório, o aumento das necessidades de oxigénio e da frequência respiratória provocam mais dor. A imobilidade, como forma de defesa, afetam o reflexo de tosse e a eliminação de secreções, originando o aparecimento de atelectasias, infeções e hipoxemia. As alterações nos sistemas gastrointestinal e urinário comprometem a motilidade e o tónus dos esfíncteres,

favorecendo obstipação, náuseas, vómitos, retenção urinária, oligúria e distensão abdominal. O sistema hematológico apresenta um estado de hipercoagulabilidade, com aumento do risco de estase venosa, trombose venosa profunda e tromboembolismo. No sistema imunitário, a linfopenia induzida pela resposta ao *stress* aumenta a suscetibilidade a infeções e à progressão tumoral. O sistema endócrino ativa a resposta neurovegetativa, promovendo alterações hormonais que conduzem a um estado catabólico, retenção hídrica, intolerância a carboidratos e lipólise aumentada (Batalha, 2016).

A dor não controlada agrava a disfunção orgânica e compromete a recuperação do doente, tornando essencial a sua gestão precoce e eficaz. Intervenções adequadas aliviam sintomas, previnem consequências fisiopatológicas e reduzem impactos emocionais e sociais, promovendo melhores desfechos clínicos e bem-estar global.

Segundo a European Pain Federation et al. (2024), para além do impacto da dor no indivíduo, a sua elevada prevalência e o grande número de pessoas afetadas fazem com que o seu impacto se reflita igualmente ao nível social. Este impacto, além de limitar a capacidade de trabalho de um indivíduo, pode aumentar os custos relativos dos cuidados de saúde, tendo impacto direto na qualidade de vida dos doentes e respetivos familiares. Estima-se que mais de 40 milhões de trabalhadores da União Europeia sofrem perturbações musculoesqueléticas causadas pelo trabalho. Por sua vez, isto resulta em quase 50% de todas as ausências de trabalho sejam com duração igual ou superior a três dias e 60% da incapacidade permanente para o trabalho (European Pain Federation et al., 2024).

Pires et al. (2021) defendem que, considerando a dor uma experiência subjetiva, a autoavaliação do doente é reconhecida como o método mais fidedigno para a quantificação da dor. Porém, no que concerne ao doente crítico, a avaliação e gestão da dor representam um desafio universal. Nos cuidados à PSC, diversos fatores tornam este processo mais complexo. O recurso a sedativos, a alteração do nível de consciência e a ventilação mecânica tornam os doentes incapazes de comunicar verbalmente a sua experiência de dor.

O Programa Nacional de Controlo da Dor salienta que é fundamental prestar particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com limitações ou incapacidade de comunicação verbal (DGS, 2008). Assim, em situações onde é impossível a adoção da autoavaliação da dor por parte do doente, a observação de indicadores comportamentais

e fisiológicos torna-se fulcral para a avaliação da dor. A utilização de instrumentos de avaliação comportamental, válidos e confiáveis, constitui uma necessidade nesta população de doentes.

Apesar do aumento da sensibilização dos profissionais de saúde para a vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, a dor é frequentemente subvalorizada e inadequadamente tratada, expondo estes doentes a sofrimento desnecessário e a potenciais complicações (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016). Considerando que a gestão da dor na PSC constitui uma unidade de competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018a), exige-se deste profissional um elevado nível de conhecimentos especializados e competências avançadas, sustentados na melhor evidência científica disponível.

1.2.2. Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica

A avaliação sistemática da dor constitui uma componente essencial dos cuidados de enfermagem, assumindo particular relevância na pessoa em situação crítica. A responsabilidade dos enfermeiros na identificação, monitorização e gestão adequada da dor é determinante para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2008).

A Deontologia Profissional de Enfermagem estabelece que a prática profissional deve ser orientada pela salvaguarda da dignidade humana e pelo respeito pela liberdade do doente e do próprio enfermeiro (OE, 2015b). No artigo 99.º, ponto 3, alínea b), é referido "o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados (OE, 2015b, p.80)". Os artigos 100.º ("Dos Deveres Deontológicos em Geral"), 109.º ("Da Excelência do Exercício") e 110.º ("Da Humanização dos cuidados") ressalvam que o respeito pela dignidade e prestação de cuidados centrados na pessoa, além de constituir uma obrigação ética, constituem princípios orientadores da prática de enfermagem. Neste contexto, a gestão adequada da dor assume-se como um imperativo ético da atuação em enfermagem. Tal implica a identificação atempada do sofrimento e a implementação de intervenções fundamentadas, assentes na competência técnico-científica, na empatia e na compaixão, com o objetivo de aliviar o sofrimento e promover o bem-estar da pessoa.

A Direção-Geral da Saúde (2003) define a dor como o 5º sinal vital, acompanhando de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que carecem de cuidados de saúde. A sua avaliação e registo de intensidade devem ser realizados de forma regular a fim de otimizar a terapêutica e melhorar os resultados clínicos.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) estabelece como princípios da avaliação e controlo da dor:

- Todo o doente tem direito ao melhor controlo da dor;

- A dor consiste numa experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;

- Embora não se identifiquem causas, a dor pode existir;

- A perceção e a expressão da dor variam entre indivíduos e ao longo do tempo, sendo influenciadas por características pessoais, experiências de vida e contexto de saúde;

- A competência para a avaliação e controlo da dor requer formação contínua;

- A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;

- O controlo da dor exige uma abordagem multidisciplinar coordenada;

- Os cuidados principais e a família devem ser encarados como parceiros ativos no controlo da dor;

- A tomada de decisão sobre o controlo da dor deve contar com a colaboração da pessoa, cuidadores e família;

- A dor mal controlada tem consequências imediatas e a longo prazo;

- Os enfermeiros possuem a responsabilidade ética e legal de intervir e promover a revisão do plano terapêutico sempre que o controlo da dor se revele inadequado;

- Os enfermeiros devem estar envolvidos na avaliação sistemática dos processos e dos resultados relativos à gestão da dor ao nível organizacional;

- Os enfermeiros devem colaborar com outros profissionais de saúde na promoção de melhorias organizacionais que favoreçam a gestão da dor;

- Os enfermeiros devem promover a revisão das políticas e da alocação de recursos que assegurem um controlo eficaz da dor.

A avaliação sistemática da dor é considerada fundamental na prática clínica, sendo recomendada a utilização de escalas padronizadas para registar a sua intensidade, reconhecendo-a como o 5º sinal vital e garantindo uma abordagem adequada e segura ao controlo da dor (DGS, 2003).

A **Escala Visual Analógica** (**EVA**) consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima" (DGS, 2003). O doente terá de assinalar com uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo (DGS, 2003).

A **Escala Numérica** (**EN**) consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Pretende-se que o doente adeque a intensidade da sua dor a uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação "sem dor" e 10 a classificação "dor máxima" (dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003)

Na **Escala Qualitativa** (**EQ**) solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: "sem dor", "dor ligeira", "dor moderada", "dor intensa" ou "dor máxima" (DGS, 2003).

Na **Escala de Faces** (**EF**) é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada. A expressão de felicidade corresponde à classificação "sem dor" e a expressão de máxima tristeza corresponde à classificação "dor máxima" (DGS, 2003).

Na PSC, a sedação ou a alteração do nível de consciência pode impossibilitar a expressão verbal do desconforto, tornando necessária a adoção de estratégias alternativas para a sua deteção. Nestas circunstâncias, a ausência de verbalização não deve ser interpretada como ausência de dor, sendo crucial que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, observem sinais não verbais e recorram a escalas de heteroavaliação. Dentro destas escalas, destaca-se a ***Behavioral Pain Scale*** (**BPS**). A escala BPS é uma escala observacional e avalia três domínios comportamentais: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador. Cada indicador da escala encontra-se descrito em quatro níveis de resposta, com pontuação de

1 (sem resposta) a 4 (resposta completa), resultando num score total entre 3 (ausência de dor) e 12 (dor máxima). Um score igual ou superior a 6 é indicativo de dor significativa (Batalha et al., 2013; Rijkenberg et al., 2017; Azevedo-Santos & DeSantana, 2018; Emsden et al., 2020; Marques et al., 2022).

Embora considerada válida e confiável, a escala BPS não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. Uma diferença observável por quem utiliza a escala é que a ausência de dor, frequentemente associada pelos profissionais de saúde como "dor zero", é atribuído um score de 3. Os fármacos utilizados, a condição física do doente e as medidas de contenção física, influenciam a capacidade de mobilização dos membros e consequentemente, a avaliação da dor através desta escala.

Esta escala tem duas versões, uma para doentes entubados e ventilados – ***Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*** e outra para doentes não entubados – ***Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patient.***

A ***Critical-Care Pain Observation Tool*** (**CPOT**), desenvolvida por Celine Gélinas, validada pela primeira vez em 2006, tem demonstrado ser um dos instrumentos de avaliação comportamental válidos e confiáveis. Em Portugal, a escala CPOT foi traduzida para português por Marques em 2009.

A escala CPOT encontra-se dividida em quatro secções sustentada na soma de quatro itens comportamentais: expressão facial; movimentos corporais; tensão muscular; e adaptação ao ventilador em doentes entubados orotraquealmente, ou vocalização em doentes não entubados. A cada secção é atribuída uma pontuação de 0 a 2, permitindo um score total entre 0 (sem dor) e 8 (dor máxima), sendo que uma pontuação superior a 2 indica presença de dor (Shan et al., 2018; Marques et al., 2022; Nazari et al., 2022).

As orientações para a aplicação da escala CPOT recomendam a observação do doente em repouso por um minuto, bem como durante procedimentos potencialmente dolorosos, a fim de identificar alterações comportamentais indicativas de dor, e também momentos antes e depois da administração de analgesia. Para cada item, deve ser registada a pontuação mais elevada observada durante o período de avaliação. A avaliação da tensão muscular deve ser realizada por último, pois, especialmente em doentes em repouso, a estimulação provocada pelo toque durante a flexão e extensão passiva dos membros pode, por si só, gerar respostas comportamentais que não refletem necessariamente dor (Gélinas et al., 2006; Gélinas & Arbour 2009; Gélinas, 2010).

Este instrumento indica que, independentemente do nível de consciência, os doentes podem manifestar comportamentos compatíveis com dor em resposta a procedimentos nociceptivos. Embora não seja possível confirmar se estas respostas comportamentais refletem efetivamente a perceção de dor em doentes inconscientes, deve, na ausência de evidência em contrário, presumir que o doente experiencia dor sempre que ocorre uma reação comportamental. A escala CPOT revela-se particularmente útil enquanto instrumento de avaliação da dor nos doentes críticos não comunicantes e na avaliação da eficácia do tratamento analgésico, permitindo ajustes adequados de intervenção (Gélinas et al., 2006; Khanna et al., 2018).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, emitidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017a), estabelecem diretrizes que garantem a prestação de cuidados de excelência na área da pessoa em situação crítica. Esses padrões garantem que os cuidados sejam centrados na pessoa, procurando permanentemente a excelência do exercício profissional.

A prática baseada na evidência envolve um processo sistemático que inclui a procura, análise, interpretação, avaliação e implementação de dados válidos e aceitáveis, com o objetivo de integrar o melhor conhecimento disponível na tomada de decisões (Jensen, 2018). Surge assim a *scoping review*, que consiste numa síntese de evidência que identifica e mapeia sistematicamente a amplitude de evidência disponível sobre um tópico, campo, conceito ou questão. Este tipo de estudo visa esclarecer os principais conceitos/definições na literatura e identificar as características principais ou fatores relacionados com um determinado conceito (Amendoeira, 2022).

A *scoping review* realizada teve como objetivo mapear a evidência existente sobre o impacto da utilização da escala CPOT na gestão da dor na pessoa em situação crítica não comunicante (Apêndice I). Para a elaboração da pergunta de investigação recorreu-se à metodologia PCC, onde as letras representam, respetivamente, a população-alvo (P), o conceito (C) e o contexto (C), sendo formulada a seguinte questão: Qual o impacto da utilização da escala CPOT na gestão da dor na pessoa em situação crítica não comunicante?

A dor é uma preocupação persistente e um sintoma comum em doentes em situação crítica, sendo que algumas das causas de dor estão relacionadas com os cuidados de enfermagem (Sanaie et al., 2024; Akbari et al., 2022).

Sanaie et al. (2024) relatam que a prevalência da dor nos doentes em UCI é reportada como sendo de 50%. Estima-se que cerca de 87% dos doentes em UCI apresentam dor moderada a intensa. A gestão eficaz da dor é condicionada pela escolha adequada da ferramenta de avaliação. A CPOT é reconhecida como uma das principais escalas comportamentais validadas, particularmente útil em doentes não verbais ou com alterações do nível de consciência. Os autores destacam que, o facto de não incluir parâmetros fisiológicos pode ser uma limitação, considerando que estes podem ser considerados indicadores adicionais de dor.

Segundo Akbari et al. (2022), estima-se que 30% dos doentes sentem dor em repouso, sendo que a taxa aumenta para 50% durante os procedimentos de enfermagem. A pessoa em situação crítica é frequentemente incapaz de comunicar de forma eficaz devido à gravidade da sua condição, à ventilação mecânica, à prescrição de sedativos/analgésicos e à diminuição do nível de consciência (Ahbari et al., 2022). O controlo eficaz e adequado da dor está associado a uma redução do tempo de ventilação mecânica, a um menor tempo de internamento e a menores taxas de morbilidade e mortalidade. Realçam que, a avaliação e a gestão eficaz da dor deve ser baseada na gravidade da doença e na condição específica dos doentes, dado que a perceção da dor varia entre indivíduos.

Bahramnezhad et al. (2023) salientam que a utilização de escalas de avaliação da dor fiáveis e adequadas exerce um efeito positivo nas intervenções de enfermagem, facilitando a tomada de decisão na gestão da dor. Este processo contribui para um melhor controlo álgico, uma utilização mais eficaz de analgésicos e sedativos, menor duração da ventilação mecânica e redução da pneumonia associada à ventilação mecânica, infeções e mortalidade. Relatam que a escala CPOT é uma ferramenta válida e de fácil aplicação para avaliar a dor em doentes críticos não comunicantes. Apresenta vantagens como rapidez de aplicação, reavaliação contínua da dor após intervenções analgésicas e elevada sensibilidade na detecção de dor. A CPOT consegue prever resultados clínicos importantes, incluindo o impacto da dor durante a ventilação do internamento.

De acordo com Sedighi et al. (2024), a escala BPS e CPOT são frequentemente utilizadas pelos enfermeiros que trabalham em UCI devido à sua maior fiabilidade.

Quando comparadas as escalas comportamentais, ambas são adequadas para a avaliação da dor dos doentes. A BPS é mais específica e apresenta menor sensibilidade do que a CPOT para avaliar a dor em doentes sob ventilação mecânica, enquanto a CPOT é menos específica e apresenta maior sensibilidade. Assim, recomenda-se a utilização de uma combinação de ambas as ferramentas de forma a aumentar a precisão.

Segundo Kouhi, Froutan & Moghaddam (2023), a implementação sistemática da escala CPOT permite identificar com maior precisão a intensidade da dor, resultando em ajustes mais adequados da analgesia. Esta ferramenta contribui para a redução de complicações associadas à dor não controlada, como a agitação, alteração dos sinais vitais e prolongamento do tempo de ventilação mecânica, permitindo a otimização da gestão da dor na PSC não comunicante.

1.2.3. Estratégias de Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante

A OE (2008) defende que a gestão da dor envolve todas as intervenções orientadas à sua prevenção e alívio. Sempre que seja espectável ou a avaliação identifique a sua presença, compete ao enfermeiro a implementação de medidas que eliminem ou reduzam os níveis de desconforto para níveis considerados aceitáveis para o doente. A fim de garantir uma gestão eficaz da dor, é recomendado: colaborar com a equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor alinhado com o doente; fornecer informações sobre as características individuais do doente para orientar a escolha do analgésico e da via de administração; envolver a pessoa, o cuidador principal e a família na definição e reajuste do plano terapêutico; ajustar o plano terapêutico consoante os resultados obtidos; conhecer indicações, contraindicações, efeitos adversos e interações dos fármacos analgésicos; prevenir e controlar efeitos adversos mais frequentes associados à analgesia; assegurar a segurança da terapêutica; prevenir e tratar a dor associada a intervenções e procedimentos de enfermagem; conhecer indicações, contraindicações e efeitos adversos das intervenções não farmacológicas; recorrer a estratégias não farmacológicas em complementaridade e não como substituição da terapêutica farmacológica; escolher intervenções não farmacológicas com base nas preferências do doente, objetivos terapêuticos e evidência científica (OE, 2008).

No contexto crítico, os opioides são habitualmente prescritos para o alívio da dor aguda. No entanto, a utilização exclusiva destes fármacos pode gerar complicações significativas, incluindo insuficiência respiratória, redução do reflexo da tosse, alterações cognitivas, sonolência e náuseas, podendo comprometer a segurança e a recuperação da pessoa (Rosa, 2020).

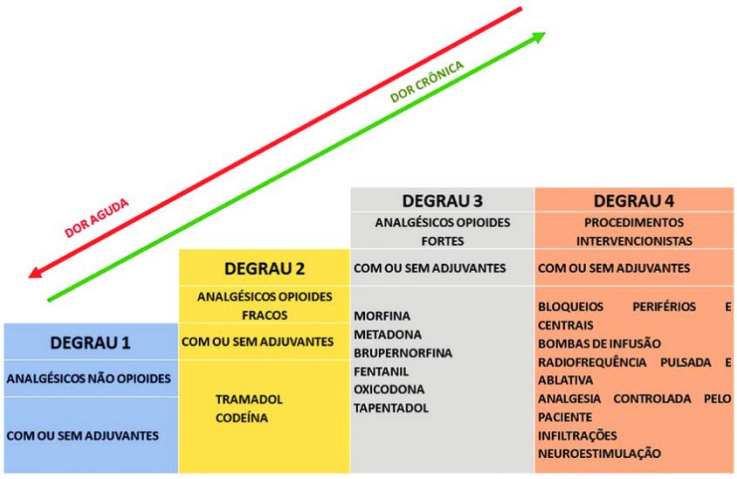
Deste modo, é essencial adotar estratégias que permitam a gestão da dor de forma segura, minimizando riscos. Rosa (2020) defende que a dor não constitui o único parâmetro a considerar, sendo necessário o uso de uma terapia multimodal. Para isso, é indispensável: combinar analgésicos que não sejam opioides, tais como anti-inflamatórios com opioides em dose inferior; evitar o uso de sedativos, administrando antes analgesia; prescrever a menor dose eficaz de opióides, diminuindo o risco de dependência; associar anestesia local e epidural à analgesia, diminuindo os efeitos adversos; optar por sedação ligeira sempre que possível, evitando riscos associados à sedação profunda (Rosa, 2020).

A utilização de analgésicos não opióides constitui maioritariamente a escolha mais segura para o doente. O uso combinado desses analgésicos permite a administração de doses inferiores, contribuindo para a diminuição dos efeitos adversos (Rosa, 2020).

Para além da utilização da analgesia multimodal, é fundamental basear o início do tratamento analgésico na Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que adequa o tratamento em conformidade com a intensidade da dor identificada.

Figura 2.

Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde



Nota. Adaptado por Tsai et al., 2024

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2016) esta abordagem estruturada permite uma gestão mais eficaz e segura da dor. Esta abordagem foi proposta em 1986 com o estabelecimento das primeiras recomendações para o tratamento da dor no cancro. As recomendações basearam-se numa estratégia progressiva do uso de analgesia, ajustada à intensidade da dor. A OMS estratificou três passos para a administração de fármacos analgésicos: **Passo I** – analgésicos não opióides; **Passo II** – analgésicos opióides "fracos"; **Passo III** – analgésicos opióides "fortes" (IASP, 2016). A fim de potenciar o alívio da dor e reduzir a ansiedade associada, era recomendada a utilização de fármacos adjuvantes.

A abordagem terapêutica assentava na correspondência entre o nível da dor e a potência do fármaco analgésico, sendo recomendados analgésicos não opióides para dor ligeira; analgésicos opióides fracos para dor moderada e analgésicos opióides fortes para dor intensa. No caso dos analgésicos do Passo I serem ineficazes, recomendava-se a utilização do recomendado no Passo II, e na ausência de melhoria, incrementar para os fármacos do Passo III. Esta abordagem foi estendida, não só para doentes oncológicos, mas também a todas as situações causadoras de dor (IASP, 2016). O Passo IV da Escada Analgésica contempla procedimentos intervencionistas para o alívio da dor tais como bloqueios periféricos e centrais.

Embora as intervenções farmacológicas sejam essenciais no controlo da dor, a sua gestão não se restringe à medicação. O enfermeiro desempenha um papel central na aplicação de estratégias não farmacológicas, incorporadas na sua prática autónoma, contribuindo para uma abordagem global e centrada na pessoa (OE, 2016).

Park et al. (2014) ressalvam que os métodos não farmacológicos são métodos seguros, bem tolerados e custo-efetivos, complementando os fármacos e reduzindo os efeitos adversos. Segundo os autores, estas estratégias promovem o alívio do desconforto, a melhoria da qualidade de vida e a participação ativa do doente no controlo da sua dor (Park et al., 2014).

A OE (2008) desenvolveu um Guia Orientador de Boa Prática na Abordagem à Pessoa com Dor onde destaca que as intervenções não farmacológicas devem ser selecionadas tendo em consideração as preferências do doente, os objetivos do tratamento

e a evidência científica disponível. As intervenções são classificadas em três grupos: **Cognitivo-Comportamentais**; **Físicas** e **Suporte Emocional** (OE, 2008).

As **intervenções cognitivo-comportamentais** contribuem para o alívio da dor ao atual sobre a regulação emocional e a perceção do desconforto. Técnicas como o relaxamento e a imaginação guiada reduzem a tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação. A imaginação guiada permite aumentar o foco nas sensações de bem-estar assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor (OE, 2008).

As **intervenções físicas** consistem em técnicas que estimulam os sentidos e influenciam a resposta fisiológica do organismo. A estimulação cutânea através da aplicação de frio ou aplicação de calor, permite diminuir a inflamação e promove o relaxamento muscular. Cunha (2018) defende que a estimulação cutânea promove o relaxamento pela ativação de mecanismos naturais inibidores de dor e reduzindo ou bloqueando a transmissão de estímulos dolorosos ao sistema nervoso. A massagem, através da aplicação de pressão e movimentos de fricção e compressão, promove o aumento da circulação sanguínea, diminui o edema e a excreção de produtos tóxicos presentes no organismo (Lebert, 2020). A termoterapia é um processo terapêutico que consiste na aplicação de calor ou frio, sendo eficaz no alívio da dor. A aplicação de calor estimula a vasodilatação, promovendo o aumento do fluxo sanguíneo e facilitando a oxigenação dos tecidos, o que contribui para a redução da rigidez muscular e para o alívio da dor (Cameron, 2012 e Petrofsky et al., 2019, citados em Soares et al., 2023). A aplicação de crio, denominada crioterapia, potencia a vasoconstrição, diminuindo a inflamação e o edema, sendo bastante usada no tratamento de lesões agudas e na recuperação pós-exercício (Bleakley & Hopkins, 2020, citados em Soares et al., 2023). A mobilização ou alternância de decúbitos evita pressão prolongada sobre proeminências ósseas, melhora a circulação e proporciona conforto (Cunha, 2018). O exercício físico contribui para o combate à rigidez e debilidade associadas à dor e imobilidade (OE, 2008).

As **intervenções de suporte emocional** visam reforçar o bem-estar psicológico e consolidar a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o doente. O toque terapêutico potencia a qualidade da interação profissional-pessoa/família, reforçando a empatia e a satisfação com os cuidados recebidos. Brás et al. (2020) afirma que, no contexto de cuidados intensivos, o toque terapêutico está associado à promoção da segurança, conforto e humanização dos cuidados, sendo igualmente eficaz na diminuição da ansiedade e tensão emocional. Pereira et al. (2023) defende a escuta ativa como

estratégia essencial na humanização dos cuidados por demonstrar interesse pelo doente, fortalecer a relação terapêutica e promover um ambiente acolhedor e de empatia. A adaptação do ambiente físico, como o controlo da iluminação e do ruído, também é importante na otimização do conforto (Cunha, 2018).

A utilização de métodos não farmacológicos no controlo da dor da PSC pode ser condicionada por fatores como o nível de conhecimento e formação dos enfermeiros, a perceção da eficácia destas intervenções e as limitações de recursos humanos (Erdogan & Atik, 2017; Tagharrobi et al., 2016).

A implementação de protocolos de gestão da dor tem demonstrado benefícios relevantes, como a melhoria da eficácia do alívio da dor, a prevenção de complicações, a otimização da experiência da pessoa e a redução de custos em saúde. Neste contexto, é fundamental uma abordagem integrada que associe protocolos estruturados, capacitação profissional e as políticas organizacionais que favoreçam as intervenções, promovendo uma gestão da dor eficaz, segura e centrada na pessoa, em consonância com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os estágios clínicos do ciclo de estudos dos Mestrados em Enfermagem, visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021a), é essencial que os futuros Enfermeiros Especialistas compreendam as dinâmicas da sua intervenção. A realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto de prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos (OE, 2021a).

A componente clínica inclui dois períodos de estágio. O primeiro, designado "Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica", realizado no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital do Sul do País, decorrendo ao longo de 9 semanas entre 22 abril e 20 junho de 2025, totalizando cerca de 210 horas.

O segundo estágio clínico, designado "Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório" decorreu ao longo de 18 semanas, entre 15 setembro de 2025 a 30 janeiro de 2026, envolvendo dois serviços distintos: UCIC e SMI, ambos numa Unidade Local de Saúde do Sul do País.

No presente capítulo irá proceder-se à descrição e caracterização das instituições e dos serviços onde decorreram os diferentes estágios realizados.

2.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

A Unidade Local de Saúde, EPE é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde criada pelo Decreto-lei nº 183/2008, que rege a sua atuação nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, assente num modelo de organização e prestação de cuidados de saúde baseado na integração dos vários níveis de cuidados de saúde que a integram (ULS, 2025).

A área de influência direta da ULS, definida pelo Ministério da Saúde, estende-se por uma área geográfica de 8.542,7 Km². A organização da atividade assistencial

comtempla os seguintes níveis de cuidados: saúde pública; cuidados de saúde primários; cuidados de saúde hospitalares; cuidados continuados integrados e cuidados paliativos.

A ULS tem como missão a prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade, equidade, efetividade e em tempo útil, através da utilização sustentável dos recursos disponíveis, em estreita articulação com outros serviços de saúde e parceiros da comunidade, com a finalidade de obter ganhos em saúde para a população (ULS, 2025).

Tem como objeto principal a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos em geral e, em particular, aos cidadãos da sua área de influência direta, considerando as competências e responsabilidades que lhe cabem na rede de prestadores do SNS (ULS, 2025).

A ULS (2025) defende que, na prossecução da sua missão, os seus profissionais devem fundamentar a sua atuação com os valores: centralidade no cidadão, no respeito pela dignidade da vida humana; equidade no acesso às prestações de cuidados; qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde; ética, integridade e transparência nos comportamentos e decisões adotadas; integração e parcerias, assente no trabalho em equipa e parcerias com a comunidade; sustentabilidade, promovendo a eficiência e efetividade na utilização dos recursos; e inovação, estimulando uma cultura centrada na aprendizagem, no conhecimento e na investigação.

2.1.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Conforme descrito no artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) constituem o segundo nível de atendimento em situações de urgência. Estes serviços são fundamentais no apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básicos (SUB), referenciando para Serviços de Urgência Polivalente (SUP) situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes nos SUMC (Ministério da Saúde, 2014).

A fim de garantir o seu funcionamento, os SUMC devem dispor de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, das quais se incluem: Medicina Interna; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Imuno-Hemoterapia; Bloco Operatório com funcionamento permanente; Imagiologia, devendo assegurar permanentemente radiologia convencional, ecografia simples e Tomografia Computorizada; e Patologia

Clínica que assegure exames laboratoriais incluindo gasometria arterial (Ministério da Saúde, 2014).

Os SUMC possuem uma Sala de Emergência (SE) com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática. A equipa de Medicina Intensiva deve atuar no acolhimento das PSC, através da presença de um médico com experiência em cuidados intensivos, bem como de uma equipa de enfermagem com competência em situações críticas (Ministério da Saúde, 2014).

O SUMC onde foi realizado o estágio, devido à ausência de algumas especialidades, frequentemente torna-se necessária a articulação com outras unidades hospitalares ou até hospitais centrais da capital. Encontra-se situado no piso 0, e inclui várias áreas de trabalho/atendimento, de acordo com o estabelecido no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto (Ministério da Saúde, 2014).

A área de admissão e registo é composta por um balcão de atendimento administrativo, a fim de proceder à inscrição dos doentes.

A área de triagem é composta por um gabinete de triagem onde é determinado a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade do quadro clínico do doente. O artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, ressalva que a implementação de sistemas de triagem de prioridades nos SU é obrigatória (Ministério da Saúde, 2014). O Sistema de Triagem de Manchester (STM) permite a identificação da prioridade clínica baseada na identificação de problemas. A sua aplicação promove a melhoria da segurança do doente, garantindo que os casos mais urgentes recebem cuidados em tempos adequados.

Na área de espera existem duas salas de espera destinadas a utentes e respetivos acompanhantes, com acesso a WC, porém não existe separação dos doentes de acordo com prioridade clínica estabelecida pelo STM.

A área de avaliação clínica é constituída por um balcão de atendimento geral com quatro boxes; uma sala polivalente; uma sala de inaloterapia; uma Sala de Observação (SO) com capacidade para cinco camas e duas macas, complementada pelo corredor de SO; uma sala de decisão terapêutica, com capacidade para 8 macas; uma sala de orto-traumatologia; uma sala de pequena cirurgia; um gabinete de psiquiatria.

A Sala de Emergência (SE) encontra-se fisicamente individualizada relativamente ao restante Serviço de Urgência. A Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS) recomenda que a SE deve-se localizar próximo da entrada de emergência do SU e próximo do posto de triagem, com acesso fácil para doentes transportados por ambulância (ACSS, 2019). A ACSS (2019) recomenda um circuito unidirecional, porém a unidade apresenta apenas uma entrada e saída.

Assim como descrito pela ACSS (2019), a ativação da equipa de apoio à SE é efetuada através de um sinal sonoro (sirene/campainha) a partir do interior da sala.

A SE está configurada em espaço aberto, com capacidade de duas unidades individuais. Em caso de necessidade, entre ambas as unidades, existe a possibilidade de acomodar um terceiro utente, no entanto não apresenta as mesmas condições físicas. O espaço de cada doente tem a possibilidade de isolamento com cortinas, assegurando a privacidade do doente.

As boxes encontram-se equipadas com monitores-desfibrilhador, ventilador e seringas infusoras. Cada unidade apresenta uma área de 20 a 25m2, à semelhança das unidades de cuidados intensivos nível II ou III, e uma distância mínima de 2,40 metros entre os eixos das macas e pelo menos 1,5 metros livres em cada lado. O cumprimento destas áreas permite o acesso ao doente e a presença de toda a equipa multidisciplinar necessária para a abordagem do doente crítico (ACSS, 2019).

No que concerne às macas utilizadas na unidade, estas são compatíveis com a realização de exames de radiografia portátil. A ACSS (2019) recomenda a continuação dos cuidados no mesmo local, a fim de aumentar a segurança do doente e reduzir tempos de resposta.

Outros gabinetes existentes são o gabinete do enfermeiro chefe do serviço; gabinete de enfermagem; gabinete do diretor de serviço e gabinete médico; gabinete de acolhimento e vigilância; duas salas de desinfeção/sujos; uma copa; 2 WC para profissionais e 2 WC destinados a utentes.

O Serviço de Urgência Pediátrico surge também associado ao SUMC, sendo constituído por uma sala de espera com WC; dois gabinetes de atendimento médico; uma sala de tratamentos e um SO, com uma cama e um berço.

No que se refere aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente social, funcionários administrativos, agentes de segurança e colaboradores dos serviços de limpeza.

A equipa médica integra clínicos gerais, especialistas em medicina interna e cirurgia geral, e ortopedia. Outras especialidades existentes, embora não disponíveis diariamente, são: urologia, disponível 12h à quarta-feira; imuno-hemoterapia, disponível 24h de prevenção. A especialidade de cardiologia está disponível exclusivamente 2 dias de escala de urgência e 2 dias de prevenção, sendo em algumas situações, necessário encaminhar doentes para o hospital de referência.

A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência/Urgência Pediátrica é composta por 66 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor.

Referente à equipa de enfermagem, destacam-se 15 especialistas em EMCPSC, 1 em Enfermagem de Reabilitação, 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 em Enfermagem Comunitária. Atualmente, encontram-se em processo de especialização 2 enfermeiros: 1 na área de EMCPSC e 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O modelo organizacional do trabalho adotado neste serviço é um método de atuação individual, caracterizado pela atribuição de responsabilidades a um único profissional que assume a prestação integral dos cuidados durante determinado período de tempo. O sistema informático usado é o programa *S-Clinico*®.

A dotação adequada de enfermeiros, bem como o respetivo nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2019b). A OE (2019b) considera que a determinação exata da dotação segura deverá ser feita por posto de trabalho, atendendo aos fluxos de procura de cada serviço de urgência. Nos internamentos de curta duração no SUMC, considera-se o rácio de enfermeiros recomendados para as Unidades de Cuidados Intermédios (OE, 2019b). A OE (2019b) recomenda um rácio de um enfermeiro por cama três camas de internamento. Estas recomendações, enquanto orientações normativas, não são cumpridas devido à afluência de doentes e à escassez de recursos humanos.

A OE recomenda que o posto de triagem deve ser assegurado por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, preferencialmente por enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2019b). A SE e a função de coordenador funcional de turno deve ser atribuída a enfermeiros especialistas em EMCPSC, conforme o artigo 21.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto (Ministério da Saúde, 2014). Devido à falta de enfermeiros especialistas, estas recomendações não são cumpridas na integra.

Referente à constituição da equipa de enfermagem dos serviços de urgência da rede, é recomendando que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMCPSC e detenham formação em Suporte Avançado de Vida, assegurando a sua permanência ao longo das 24h (OE, 2019b).

Na equipa de enfermagem do SUMC, a realização de transferências inter-hospitalares é assegura por um enfermeiro escalado a fim de efetuar estas transferências. O enfermeiro responsável pela realização de transferências faz parte da equipa operacional, assim, quando existe necessidade de sair para uma transferência, a equipa fica reduzida. Caso necessário, compete ao enfermeiro chefe de equipa, a reorganização dos elementos por postos de trabalho.

A alocação dos assistentes operacionais por postos de trabalho, é coordenado pelo enfermeiro gestor. O chefe de equipa de enfermagem é responsável pela delegação de tarefas e respetiva supervisão.

2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – ESTÁGIO FINAL

A Unidade Local de Saúde (ULS) consiste na integração dos Cuidados de Saúde Primários (CPS) com os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH). A ULS (2026) defende que a promoção desta integração visa melhorar o envolvimento dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias no acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do Serviço Nacional de Saúde, valorizando a promoção da saúde e da prevenção da doença.

É expectável uma melhoria na prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar, potenciada pelo desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção da doença nos cuidados de saúde primários (ULS, 2026).

A ULS tem por missão a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares à população da sua área de influência direta e indireta, sendo norteada pela excelência, diferenciação, adequação e tempestividade dos cuidados de saúde prestados (ULS, 2026). A instituição pretende ser reconhecida como uma organização de excelência, que se destaca pelos elevados padrões de qualidade; gestão eficiente dos recursos; humanização e envolvimento com a comunidade. Defende como valores o respeito pela dignidade e direitos dos doentes; excelência técnica; qualidade, rigor e melhor gestão; acessibilidade e equidade dos cuidados; trabalho de equipa; ética, integridade e transparência; e inovação (ULS, 2026).

O território de abrangência direta da ULS é composto por 14 concelhos, sendo que atualmente a população residente nesta área abrangente é de 152.444.

2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

De acordo com o relatório *The State of Cardiovascular Health in the European Union* (OCDE, 2025), as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte e de incapacidade na União Europeia, afetando dezenas de milhões de pessoas. Estes casos são frequentemente associados a múltiplos fatores de risco e comorbilidades que complicam a gestão clínica e aumentam a necessidade de cuidados agudos. As unidades coronárias têm evoluído para unidades de cuidados intensivos cardíacos, caracterizadas por cuidados de saúde altamente especializados ao doente cardíaco crítico (Monteiro et al., 2020).

Paralelamente, é fundamental um investimento claro dos serviços nesta área central da cardiologia, de forma a alavancar o desenvolvimento contínuo e sustentado de outras áreas cardiológicas essenciais, nomeadamente a eletrofisiologia e a cardiologia de intervenção, assegurando cuidados de excelência e de elevada diferenciação a todos os doentes cardíacos críticos (Monteiro et al., 2020).

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) foi inaugurada em 2007 e situa-se no 5.º piso do edifício principal da instituição, sendo uma unidade específica no serviço de internamento de Cardiologia. A unidade foi criada com o objetivo de fornecer monitorização contínua e cuidados intensivos aos doentes que apresentam risco de vida devido a problemas cardíacos agudos, nomeadamente: Enfarte Agudo do Miocárdio

(EAM) com instabilidade hemodinâmica; angina instável; arritmia grave; insuficiência cardíaca grave e/ou aguda; choque cardiogénico, entre outros.

Dispõe de seis unidades de internamento, individualizadas por cortinas, num espaço organizado segundo o conceito *open space*. Esta disposição permite a observação mútua e praticamente permanente, fulcral na deteção de alterações hemodinâmicas que comprometam o quadro clínico do doente. Todas as unidades são equipadas com monitor multiparâmetros, sistema de gases (oxigénio e ar comprimido), sistema de aspiração de vácuo e sistemas de perfusão contínua (seringas e bombas infusoras). Os doentes permanecem na UCIC até que a sua situação clínica se estabilize e seja possível a sua transferência para o serviço de internamento da Cardiologia.

A central de monitorização dispõe de um segundo ecrã que permite a monitorização por telemetria portátil de um total de doze doentes internados na enfermaria de cardiologia. A UCIC dispõe de dois ventiladores com capacidade de realizar ventilação mecânica invasiva e não invasiva; um ventilador exclusivo para ventilação não invasiva e cânula nasal de alto fluxo.

Referente aos recursos humanos, a equipa do Serviço de Cardiologia é constituída por 19 médicos cardiologistas, incluindo internos da especialidade e 6 médicos com colaboração externa. A equipa de enfermagem é constituída por 32 enfermeiros, dos quais 5 EEMCPSC, 3 em Enfermagem Comunitária, 1 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem Obstétrica. Conta também com o apoio de um médico de Medicina Interna, de uma Farmacêutica e de uma Assistente Social.

Monteiro et al. (2020) referem que, com o objetivo de fazer corresponder o nível de diferenciação dos cuidados prestados às situações cardiovasculares agudas, a Sociedade Europeia de Cardiologia desenvolveu um sistema de classificação para as UCIC. Embora nesta UCIC exista uma circular interna que a defina como unidade de nível I, na prestação de cuidados e patologias cardiovasculares admitidas trata-se de uma unidade de nível II.

Nas unidades classificadas como nível II, são admitidos: doentes com patologias cardiovasculares agudas cujo risco requer observação mais avançada que a monitorização de nível I; doentes graves ou de alto risco com insuficiência cardíaca congestiva e/ou baixo débito cardíaco a complicar uma patologia cardíaca aguda ou crónica. (Monteiro et al., 2020). A nível de tecnologia e terapêutica disponível, à face das unidades de nível I, possuem: todos os equipamentos não invasivos de monitorização de parâmetros clínicos,

ecocardiograma; ecografia torácica; cardioversão elétrica; ventilação não invasiva; pacing transcutâneo temporário; dreno torácico. A distinção entre as unidades de nível I e as unidades de nível II assenta nos seguintes aspetos: colocação de acesso venoso central guiada por ecografia; pacing transvenoso temporário; ecocardiograma transesofágico; cateter da artéria pulmonar/cateterização cardíaca; suporte circulatório percutâneo; sistema de raio-X por fluoroscopia (Monteiro et al., 2020).

Tal como definido para uma unidade de nível II, a UCIC cumpre com o rácio recomendado de um enfermeiro para cada três doentes, sendo assim distribuídos um total de dois enfermeiros para a unidade. O método de trabalho desenvolvido na organização dos cuidados é o método individual, ou seja, o enfermeiro presta todos os cuidados necessários ao doente, porém não é desprovido o espírito de trabalho em equipa.

Ocorre semanalmente a reunião médica, à quinta-feira, porém todos os doentes são diariamente observados pelo cardiologista responsável. O plano de distribuição de trabalho é elaborado em todos os turnos pela enfermeira gestora e pelos responsáveis de turno na ausência da mesma.

2.2.2. Serviço de Hemodinâmica

A UCIC trabalha em estreita articulação com a enfermaria de Cardiologia e com o Serviço de Hemodinâmica [SH], que tem características únicas de intervenção cérebro-cardiovascular no país, respondendo às necessidades da Região Sul (ULS, 2026). O SH é uma estrutura de gestão intermédia dedicada à prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade na área Cérebro-Cardiovascular Global, assegurando elevados padrões técnico-científicos e humanização. Constitui um centro de referência, com elevado grau de diferenciação tecnológica, moderno, eficiente e sustentável (ULS, 2026).

Contempla como eixos estratégicos: a cobertura assistencial na área cérebro-cardiovascular, consolidação na área da investigação clínica e desenvolvimento de parcerias estratégicas (ULS, 2026). É o único no centro do país com duas salas tecnologicamente avançadas, fora das áreas metropolitanas e possui o único AngioTAC do Sistema Nacional de Saúde no sul do país (ULS, 2026).

No âmbito desta articulação funcional, as vias verdes coronárias assumem um papel central nas unidades de cardiologia de intervenção, permitindo uma resposta rápida, organizada e eficaz à pessoa com síndrome coronária aguda, com impacto direto na redução da morbilidade e mortalidade associadas.

Via Verde é o nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar um sistema de resposta rápida em determinada patologia (DGS, 2025). Abrange algoritmos clínicos de avaliação e tratamento, em que a relação entre o tempo para a realização de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico. A Via Verde Coronária (VVC) surge através da deteção precoce dos sintomas e sinais de EAM, assegurando um transporte rápido para a unidade de cardiologia de intervenção. Estes elementos-chave reduzem o tempo para iniciar o tratamento e consequentemente diminuem a mortalidade e a morbilidade no EAM (DGS, 2025).

Através da implementação da VVC pretende-se aumentar a utilização da estratégia de reperfusão de forma mais adequada e precocemente possível, no enfarte agudo do miocárdio com supra-ST (DGS, 2025). O objetivo consiste na redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento, sendo este tempo determinado pelo período entre o início de sintomas e o primeiro contacto médico. As primeiras horas após o EAM são determinantes, uma vez que é neste período que se concentram grande parte das complicações potencialmente fatais, com particular destaque para a fibrilhação ventricular.

A mortalidade após EAM tem diminuído, tanto na fase aguda como a longo prazo, associada ao avanço das terapias de reperfusão, da intervenção coronária percutânea e da terapêutica antitrombótica e preventiva. Ainda assim a mortalidade permanece elevada, pelo que se recomenda um investimento, quer na resposta precoce em ambiente extra-hospitalar, quer na melhoria da organização do fluxo em ambiente hospitalar (DGS, 2025).

2.2.3. Serviço de Medicina Intensiva

A epidemia de poliomielite em Copenhaga em 1952 constituiu um desafio que levou ao desenvolvimento das primeiras unidades de cuidados intensivos (UCI), nomeadamente com a utilização de suporte respiratório em doentes com insuficiência respiratória por

poliomielite bulbar (Ministério da Saúde, 2017). Concomitantemente, os ferimentos graves de guerra colocaram a necessidade de resposta na área da lesão traumática e da infeção grave.

As primeiras unidades de cuidados intensivos surgem em Portugal no final da década de 50, permitindo a formação dos primeiros intensivistas portugueses (Ministério da Saúde, 2017).

Atualmente, múltiplas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de diversos hospitais, evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva (SMI). Os SMI devem assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados ao doente crítico, independentemente do local onde se encontre, nomeadamente no serviço de urgência através da presença nas salas de emergência, nas unidades intensivas e intermédias, ou mesmo no internamento (Ministério da Saúde, 2017).

O SMI onde foi realizado o estágio localiza-se no piso 2, junto ao Bloco Operatório (BO), com acesso privilegiado ao Serviço de Urgência, Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Imagiologia e à Unidade de Hemodinâmica. Assim, a organização da unidade cumpre as recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos. As unidades de cuidados intensivos devem estar articuladas com os circuitos assistenciais associados à implementação das vias verdes; unidades de cuidados intermédios e outras que prestam assistência a doentes que precisem de vigilância permanente; SU; BO; e acesso facilitado ao elevador direto urgência/heliporto, caso exista na unidade (ACSS, 2024).

O bloco operatório e as unidades de cuidados intermédios são serviços com os quais os cuidados intensivos mais se relacionam e com os quais deverá ser mantida uma relação de continuidade. Os cuidados intensivos deverão ter uma relação de proximidade com os serviços de urgência e comunicação fácil com o serviço de radiologia, internamentos e unidades de cuidados pós-anestésicos (ACSS, 2024). A ACSS (2024) realça que devem ser implementados canais de comunicação e deslocação fácil, rápidos e seguros com o Serviço de Urgência, nomeadamente a sala de emergência/reanimação, tanto para pessoal como para doentes.

O SMI tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico, garantindo elevados padrões de desempenho técnico-científico, relacional e de gestão eficiente dos recursos. A sua missão assenta em três vertentes: preservar a vida humana

através da proteção e do suporte temporário das funções vitais em situações clínicas que comprometam a sobrevivência da pessoa; prestar cuidados especializados de reabilitação aos doentes internados no início do processo de recuperação da sua doença; providenciar ao doente/família um processo de morte sem sofrimento e cuidados de conforto, em situações clínicas irreversíveis (ULS, 2025).

De acordo com a ACSS (2024), as unidades de nível III devem dispor de infraestruturas avançadas, a fim de permitir a monitorização e o tratamento de doentes em estado clínico, cuja condição clínica é grave. Uma unidade de nível III consiste num espaço autónomo, com pessoal e estruturas próprias, altamente diferenciado e com procedimentos próprios. Visam tratar doentes com necessidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, com acompanhamento contínuo por equipa médica e de enfermagem especializadas.

No que respeita ao equipamento, cada unidade de internamento encontra-se devidamente equipada com uma cama articulada, sistema de monitorização de parâmetros vitais, sistema de gases (oxigénio e ar comprimido), sistema de aspiração de vácuo, duas bombas infusoras, seis seringas infusoras, mesa de apoio com gaveta de armazenamento de material, tomadas elétricas, bomba de nutrição entérica e ventilador mecânico. Cada box de cuidados intensivos cumpre assim as recomendações da ACSS (2024, preparadas para todas as eventualidades fazendo-se a diferenciação entre unidades de nível III e nível II apenas pelo rácio de profissionais e pelo equipamento móvel. Além do equipamento disponível por unidade de doente, a SMI dispõe ainda de outros equipamentos especializados: ecógrafo, broncofibroscópio, monitor de índice *Bispectral Index* para avaliação do nível de sedação, equipamento de técnica de substituição da função renal, *Cough Assist* para assistência à tosse, aquecedor externo, aquecedor de fluídos, Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF), ventilador de transporte, meias de compressão pneumáticas e compressor cardíaco externo LUCAS.

Os SMI devem ser complementados por unidades especializadas de cuidados intermédios de nível I e II (ACSS, 2024). Apesar de possuírem um rácio de médico intensivista/doente inferior, devem ter a mesma exigência a nível de infraestruturas que uma unidade de cuidados intensivos, possibilitando uma maior flexibilidade na gestão das camas e uma resposta mais eficiente em situações de contingência (ACSS, 2024). Contudo, no SMI onde decorreu o estágio clínico, esta distinção entre níveis de cuidados

já não se encontra em vigor, dado o encerramento da unidade de cuidados intermédios decorrente da diminuição do número de médicos disponíveis.

O SMI apresenta uma área de internamento com capacidade para 8 camas, sendo uma delas uma box de isolamento. Cada unidade de cuidados intensivos deve ter, no mínimo, seis camas e um intervalo recomendado entre 12 e 16 camas, embora alguns autores admitam até 20 camas. O SMI cumpre assim as recomendações do ACSS, com capacidade de internamento até 8 doentes. Contudo, a inexistência da unidade de cuidados intermédios contraria as orientações da Administração Central do Sistema de Saúde (2024), as quais preconizam que as unidades de cuidados intensivos sejam complementadas por esse tipo de unidades, de modo a garantir uma transição segura e progressiva entre os diferentes níveis de cuidados, bem como uma gestão mais eficiente da capacidade hospitalar. A existência desta valência contribui para a redução do número de doentes a necessitar de internamento em UCI (ACSS, 2024).

A ACSS (2024) defende que, a fim de garantir a segurança de doentes e profissionais, é importante a criação de zonas de isolamento com possibilidade de controlo de pressão. É fundamental a existência de estruturas que possibilitem o controlo rigoroso de infeção em situações de doenças transmissíveis, imunodeprimidos ou outros. Cada unidade, de acordo com a ACSS (2024), deve dispor de um número adequado de boxes ou quartos de isolamento, sendo as recomendações mínimas para nível III: duas unidades para cada seis camas, três para oito camas e quatro para doze camas. O SMI não cumpre as diretrizes da ACSS (2024), pois dispõe apenas de um quarto de isolamento devidamente preparado. Em caso de necessidade, e quando possível, os doentes infeciosos ou imunodeprimidos são alocados nas unidades mais distantes dos restantes doentes, de forma a minimizar o risco de transmissão.

A organização física do SMI adota o conceito de *open space*, permitindo a observação do doente diretamente do posto de vigilância de enfermagem tal como é recomendado pela ACSS (2024). A unidade possui um monitor central de vigilância, que integra os registos clínicos e a monitorização hemodinâmica. No posto de trabalho de enfermagem, destinado à preparação de medicação e de material para realização de procedimentos, existe outra central de monitorização. A organização física das UCI deve facilitar a vigilância permanente dos doentes. Junto ao monitor central, estão dispostos vários computadores para a realização dos registos de enfermagem através do sistema

PatientCare ®. Os equipamentos de monitorização hemodinâmica estão sincronizados com o *PatientCare*®, permitindo uma validação e monitorização mais eficaz dos registos.

Além da área destinada ao internamento, a unidade está estruturada em diferentes áreas clínicas e espaços de apoio, nomeadamente: posto de trabalho de enfermagem; copa; zona de eliminação de resíduos hospitalares; área de armazenamento de material clínico; sala de descanso de pessoal/apoio a famílias; gabinete, partilhado pela enfermeira gestora e equipa médica; gabinete de trabalho administrativo; vestiário pessoal.

O acesso às unidades de cuidados intensivos deve ser rigorosamente controlado e deve cumprir protocolos previamente definidos e aprovados relativos à muda de roupa, bem como aos procedimentos de limpeza e desinfeção (ACSS, 2024). O abastecimento e a recolha de materiais devem ser efetuados de forma a evitar a entrada de pessoal externo na unidade de cuidados intensivos, garantindo a segurança e o controlo do risco de infeção.

No que se refere aos recursos humanos, o SMI integra uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, assistentes operacionais e médicos, indispensáveis para a prestação de cuidados diferenciados. Atualmente, a equipa de enfermagem é composta por 44 enfermeiros, incluindo a enfermeira gestora. O serviço conta com 26 enfermeiros de cuidados gerais, 8 especialistas em EMCPSC, 8 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 2 especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A OE (2019b) refere que a composição das equipas deve assegurar que cerca de 50% dos enfermeiros sejam especialistas em EMC, preferencialmente na área da pessoa em situação crítica. A dotação de enfermeiros especialistas na unidade não está em conformidade com as recomendações definidas.

A atribuição de doentes é baseada no cálculo das necessidades de horas de trabalho de enfermagem, recorrendo ao *Therapeutic Intervention Scoring System-28*. O TISS é um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho em enfermagem, desenvolvido por Cullen et al. em 1974 (Padilha et al., 2005; Soares, 2012). A avaliação da carga de trabalho revela-se fundamental para a organização da distribuição de enfermeiros por turno e para a gestão eficaz dos recursos humanos. Baseia-se na gravidade clínica e o número de intervenções terapêuticas realizadas, avaliadas em sete parâmetros: atividades básicas; suporte respiratório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2005; Soares, 2012).

A OE (2019b) estabelece que unidades de nível III devem assegurar um enfermeiro por doente, cumprindo o rácio de 1:1. O planeamento da equipa segue um rácio enfermeiro-doente de 1:1 ou 1:2, conforme necessidade do serviço. Neste caso, a unidade não cumpre integralmente os critérios de dotações seguras recomendadas.

2.2.4. Consulta Follow-Up de Medicina Intensiva

Os avanços científicos e tecnológicos impulsionaram o desenvolvimento da Medicina Intensiva, reduzindo a mortalidade e aumentando a sobrevivência dos doentes críticos. Paralelamente, este desenvolvimento conduziu a uma maior preocupação com a morbilidade e com as sequelas pós-doença crítica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2024).

Atualmente sabe-se que, para muitos doentes, a alta do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) é apenas o início de um longo caminho de recuperação, muitas das vezes pouco compreendido e desapoiado (SPCI & Ordem dos Médicos, 2024).

As sequelas pós-doença crítica, enquadradas na Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), afetam doentes e familiares, diminuindo, consequentemente, a sua qualidade de vida. Reconhecer estes efeitos é essencial para melhorar o bem-estar de doentes e cuidadores, e promover boas práticas profissionais (SPCI & Ordem dos Médicos, 2024).

Estas entidades salientam a importância da criação de estruturas formais de seguimento para doentes e respetivos familiares após a alta da UCI, de modo a assegurar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos e da sua manifestação na família. Destaca-se a necessidade de acompanhamento tanto em ambiente hospitalar como em contexto comunitário, garantindo a continuidade dos cuidados e prevenindo complicações a longo prazo (SPCI & Ordem dos Médicos, 2024).

A consulta de *follow-up* de Medicina Intensiva foi implementada neste SMI em 2022, com a finalidade de avaliar e acompanhar doentes aos sete dias, três meses e seis meses após a alta, até à alta da consulta de seguimento. A consulta realiza-se semanalmente, à sexta-feira assegurada por um médico de Medicina Interna e por um

enfermeiro. A operacionalização da consulta é da responsabilidade de duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

A consulta incorpora componentes relevantes, amplamente recomendados pela literatura, tais como a abordagem multiprofissional, a participação da família e a continuidade dos cuidados em contexto de ambulatório. De acordo com a SPCI e a Ordem dos Médicos (2024), o seguimento considerado ideal deve iniciar-se durante o internamento na UCI, prolongar-se ao longo do período de internamento em enfermaria e culminar na realização de uma primeira consulta de *follow-up* entre dois e três meses após a alta, preferencialmente orientada por um médico intensivista com formação específica nesta área. No contexto atual, a primeira consulta realiza-se ao fim do 7.º dia de internamento, contando com uma enfermeira especialista e um médico intensivista. Esta avaliação precoce contribui para melhorar os resultados funcionais, reduzir complicações, reforçar a continuidade e a qualidade dos cuidados após a alta da SMI.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde e, consequentemente, 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 (OE, 2019a).

A evolução da enfermagem tem-se traduzido num progressivo aumento da complexidade dos cuidados e no reforço do conhecimento profissional, acompanhando as crescentes exigências da saúde da população, sustentadas em cuidados de elevada qualificação técnica, científica e ética. O exercício profissional encontra-se regulamentado e supervisionado pela Ordem dos Enfermeiros, garantindo o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos da profissão, bem como o enquadramento das competências, direitos e deveres dos enfermeiros, conforme estabelecido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Cantante et al., 2020).

O último capítulo do RE dedica-se a uma análise crítico-reflexiva, sustentada teoricamente, do processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e das competências de Mestre em enfermagem.

Nunes (2010) refere que, no contexto profissional, a competência corresponde a um nível de desempenho que evidencia a aplicação eficaz do conhecimento e das capacidades, integrando igualmente a capacidade de julgamento clínico. Refere que profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar atividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa. A autora destaca que um profissional é aquele que possui competência, autonomia e responsabilidade para executar atividades, formulando de forma fundamentada os resultados esperados, mesmo em situações complexas.

A OE define competência como "(…) os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho" (OE, 2019a, p. 4745). O Internacional Council of Nurses (ICN) (2010) acrescenta que, para

além destes aspetos, o enfermeiro deve demonstrar capacidade de julgamento clínico, combinada com competências cognitivas, técnicas e interpessoais, bem como um conjunto de qualidades e atributos pessoais que sustentem a prática diária.

Benner (2001) explica que a perícia clínica se desenvolve quando o profissional testa e ajusta diferentes abordagens, hipóteses e expectativas baseadas em princípios teóricos, aplicando-as em situações da prática real. Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências que identifica cinco níveis distintos: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis refletem as transformações progressivas que ocorrem à medida que o profissional adquire e consolida as suas competências clínicas.

A autora descreve perito como aquele que "tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis" (Benner, 2001, p. 58). Segundo Benner (2001), a enfermeira perita é aquela que atingiu o nível mais elevado de desenvolvimento profissional dentro do modelo de aquisição de competências. A perita deve ter um olhar aprofundado e cuidado, respondendo às necessidades do doente; possuir um vasto leque de conhecimentos técnicos; ter capacidade de tomada de decisão, iniciativa e comunicação eficiente; e ser capaz de prestar cuidados seguindo os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão (Benner, 2001).

Segundo a OE (2019a, p. 4744), o enfermeiro especialista é "aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem". Independentemente da sua área de especialização, todos os enfermeiros detêm um conjunto de competências essenciais, que se consolidam e aprimoram a partir da base de habilidades adquiridas na prática de enfermagem geral, servindo de alicerce para a prestação de cuidados especializados e de excelência. As Competências Comuns, encontram-se divididas em quatro domínios "demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (OE, 2019a, 4745). As Competências Específicas são descritas como "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" (OE, 2019a, p. 4745).

No que concerne à obtenção do grau de mestre, de acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, este é atribuído aos que demonstrem:

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

I) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

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

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

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

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2019). A estruturação das competências comuns e específicas evidencia a relevância da especialização em enfermagem, garantindo que os profissionais possuam as aptidões necessárias para prestar cuidados de elevada qualidade em situações clínicas complexas.

Atendendo a que as competências de mestre em enfermagem encontram-se intrinsecamente articuladas com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC, optei por uma abordagem integrada na descrição, análise e reflexão. Toda a prática desenvolvida, incluindo o desenvolvimento do projeto, foi fundamentada pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, possibilitando uma abordagem centrada na pessoa, orientada para a promoção do seu bem-estar físico, emocional e psicossocial.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns dos enfermeiros são de carácter transversal, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados. No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, descritas no regulamento n.º 140/2019, a OE define quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal (A); melhoria contínua da qualidade (B); gestão dos cuidados (C); desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

(A) <u>Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal</u>

"A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" (OE, 2019a, p. 4746);

"A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (OE, 2019a, p. 4746).

<u>Competências de mestre em Enfermagem</u>

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

A enfermagem presta cuidados ao ser humano de forma holística e encontra-se estreitamente relacionada com o âmbito jurídico, tanto na regulação da prática profissional e na proteção dos direitos dos utentes, como no cumprimento da legislação nacional vigente que orienta o exercício da profissão. Neste contexto, procedeu-se à revisão de documentos reguladores da profissão como a Deontologia Profissional de Enfermagem e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), assim como normas e procedimentos específicos de cada serviço de estágio. A fim de complementar esta revisão, foram consultados outros documentos como a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, a Constituição da República Portuguesa, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e a Carta dos Direitos do Doente Internado, utilizados como guias orientadores na prestação de cuidados de qualidade.

A enfermagem possui uma dimensão ética que envolve o respeito e a proteção da dignidade humana; dimensão moral pelo facto de a sociedade esperar um desempenho competente, de qualidade; expressão deontológica e jurídica, onde se fundem valores, virtudes, princípios e deveres (Nunes & Amaral, 2022). O desenvolvimento de competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal pressupõe a apropriação de conhecimentos que integrem conceitos, princípios, valores e deveres, bem como a sua relação no quadro do exercício profissional da Enfermagem e sua regulamentação (Nunes & Amaral, 2022).

A Deontologia Profissional de Enfermagem e o REPE constam nos estatutos da OE, primeiramente oficializados no Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e posteriormente alterados pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, e pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (Nunes & Amaral, 2022). Recentemente os estatutos foram recentemente atualizados, encontrando-se descritos na Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro.

O REPE surge como um instrumento legal destinado a regulamentar o exercício da profissão de enfermagem, com o objetivo de proteger os direitos dos utentes, assegurar o cumprimento da deontologia profissional e assegurar a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade (Nunes & Amaral, 2022). Em consonância com a Deontologia Profissional, este regulamento garante que o exercício da enfermagem decorra num quadro ético-legal, assegurando uma prática segura, competente e socialmente responsável.

Segundo o REPE, os enfermeiros, no desempenho das suas funções, devem pautar a sua atuação por princípios de responsabilidade e ética, assegurando o respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015b). As intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2015b). Na relação profissional devem estar presentes valores universais, tais como: a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Ao longo do meu percurso profissional e académico, enquanto futura enfermeira especialista, surgiram múltiplas situações clínicas complexas e dilemas éticos associados à tomada de decisão clínica, quer na relação com o doente e família/cuidador, quer na interação com a equipa multidisciplinar. Estas experiências estimularam uma reflexão contínua sobre questões ético-legais, reforçando o compromisso com um cuidar fundamentado nos princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, assegurando uma prática segura e respeitadora da privacidade e da dignidade da pessoa humana (Larrabee, 2011; OE, 2015b).

Pinho (2020) ressalva que, a prestação de cuidados à PSC, particularmente em contextos de elevada complexidade como a UCI, caracterizado por um ambiente altamente tecnicizado e orientado para a manutenção ou substituição das funções vitais, exige do enfermeiro uma elevada capacidade de mobilização de conhecimentos científicos e competências técnicas. Acresce a necessidade de tomada de decisão em situações de emergência num curto espaço de tempo, o que implica um elevado nível de responsabilidade e stress envolvido.

A hospitalização implica alterações significativas na vida do doente e da sua família, frequentemente associadas a sentimentos de ansiedade e vulnerabilidade. No contexto do SUMC e UCIC, a comunicação com o doente e os familiares constituiu uma prática constante. Sempre que as circunstâncias o permitiram, privilegiou-se a comunicação clara e adequada com o doente sobre os cuidados prestados. Nos casos em que a comunicação não era viável, assegurou-se a transmissão de informação pertinente aos respetivos familiares, sobre o estado clínico, procedimentos realizados e evolução do quadro clínico. Esta abordagem é fulcral pois fomenta uma relação terapêutica baseada na confiança, na empatia e no respeito. Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b), no artigo 105.º, é dever do enfermeiro "respeitar, defender e promover o direito da pessoa

ao consentimento informado" (p. 84), pelo que mesmo com constrangimentos, assegurou-se que o doente e a família se encontrassem informados.

No SMI, o impacto emocional vivido pelos familiares ao visitarem um ente querido em situação crítica é profundo, sendo determinante a forma como a informação clínica é transmitida, pois pode influenciar significativamente a sua experiência e compreensão da situação. Surgiu a possibilidade de assistir a um acolhimento estruturado aos familiares, conduzido pela minha enfermeira orientadora previamente ao momento da visita. Esta estratégia possibilitou a antecipação e o enquadramento emocional dos familiares, assegurando uma comunicação esclarecedora sobre a condição clínica, os cuidados a serem prestados e a evolução expectável, assim como o esclarecimento de dúvidas e suporte emocional contínuo. O artigo 105.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, descreve que o enfermeiro deve "informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem" e "atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo (…)" (OE, 2015b, p. 84), estando estes princípios refletidos na abordagem supracitada.

No entanto, em muitas situações de emergência, particularmente nos contextos de SUMC, a transmissão de informação e a obtenção de consentimento prévio nem sempre é possível. Nestes cenários, perante a PSC, são exigidas decisões rápidas, suportadas pela avaliação clínica e melhor evidência disponível. Neste contexto, torna-se essencial que os profissionais de saúde dominem os princípios fundamentais da bioética, nomeadamente a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça, a fim de garantir que as decisões e intervenções clínicas salvaguardam a dignidade da pessoa, respeitam os seus direitos e promovem a equidade no acesso aos cuidados de saúde (Rosa et al., 2016). A Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, no seu artigo 8.º, define que: "Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa" (p. 15). Deste modo, o quadro legal vigente confere suporte à intervenção dos enfermeiros em situações de urgência e emergência, assegurando que as decisões clínicas sejam tomadas em conformidade com o superior interesse da pessoa doente.

O artigo 106.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, estabelece o dever pelo sigilo profissional, e o artigo 107.º, incide sobre o respeito pela intimidade e privacidade do doente (OE, 2015b). No SUMC, considerando a sua estrutura física e funcional,

surgem desafios no que concerne ao cumprimento destes artigos. O respeito pela privacidade e intimidade do doente são preocupações constantes na prática clínica. Perante intervenções que exigiam a exposição corporal, procurou-se adotar medidas que garantissem o respeito pela dignidade e privacidade do doente. Os momentos de recolha de dados e comunicação com os doentes/familiares decorreram em locais mais reservados a fim de minimizar a exposição. Embora as limitações estruturais e funcionais, é crucial garantir cuidados humanizados e que respeitem os direitos dos doentes e dos seus familiares.

Benner (2001) defende que a compreensão ética se desenvolve com a experiência. Enquanto os enfermeiros iniciados aplicam regras e códigos de conduta de forma mais rígida e descontextualizada, com a evolução, vão sendo capazes de realizar julgamentos morais sensíveis adaptados ao contexto em que se encontram, considerando características da pessoa, da família, da equipa e do ambiente.

Ainda neste domínio ético, deontológico e legal, o Projeto – "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante", constituiu um elemento estruturante na prestação de cuidados de enfermagem. A dor consiste numa experiência sensorial e emocional negativa relacionada com o dano real ou potencial ao tecido, ou expressa em termos de tal dano (Raja et al., 2020). A Deontologia Profissional de Enfermagem, no artigo 99.º, n.º 1, define que as intervenções de enfermagem devem garantir a dignidade e liberdade da pessoa humana (OE, 2015b). O controlo da dor deverá ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, indispensável na humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008). Nos três contextos clínicos, a gestão da dor foi considerada como uma prioridade, alicerçada pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que valoriza a promoção do conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, em concordância com um cuidado ético, humanizado e centrado no doente.

O percurso teórico contribuiu de forma significativa para a consolidação deste domínio. Os conteúdos abordados na UC de "Ética e Deontologia em Enfermagem" e na UC de "Relação e Comunicação em Saúde no cuidado à Pessoa em Situação Crítica" permitiram atualizar e consolidar conhecimentos, determinantes para a prática clínica.

Face ao exposto, considero terem sido adquiridas as competências inerentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética, legal, bem como as competências de mestre em enfermagem.

(B) Domínio da melhoria contínua da qualidade

"B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (OE, 2019a, p. 4747);

"B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica" (OE, 2019a, p. 4747).

"B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro" (OE, 2019a, p. 4747).

Competências de mestre em Enfermagem

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Nas sociedades contemporâneas, a qualidade em saúde tem adquirido uma relevância crescente, assumindo-se como um elemento fundamental na definição das políticas públicas e na organização dos sistemas de saúde. Portugal acompanha esta tendência, evidenciada pela inclusão da qualidade como um dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015).

A qualidade dos cuidados de saúde encontra-se estreitamente associada ao exercício profissional da enfermagem, assumindo particular importância no âmbito da prática especializada. Esta relação é evidenciada nos documentos orientadores da OE, em concreto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) que identifica a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa doente como fundamentos essenciais da intervenção profissional.

Destacam-se os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a).

Em Portugal, a promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde constitui uma prioridade estratégica reconhecida pela DGS. Este compromisso foi inicialmente consolidado através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio (Ribeiro et al., 2017). Posteriormente, esta orientação foi reforçada com a implementação do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021–2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, que destaca a importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da implementação de medidas direcionadas para a redução de riscos associados à prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

Neste enquadramento, a qualidade e a segurança dos cuidados assumem também uma dimensão ética, na medida em que contribuem para a prevenção de eventos adversos evitáveis, asseguram maior equidade no acesso aos serviços de saúde e favorecem uma prestação de cuidados humanizada e respeitosa. Neste processo, o enfermeiro assume um papel determinante, constituindo um elemento fundamental na promoção de uma cultura de segurança e na implementação de práticas orientadas para a melhoria contínua da qualidade assistencial (Martins, 2022). Larrabee (2011) afirma que a concretização deste propósito exige que os enfermeiros fundamentem a sua prática na evidência científica mais atual, participando ativamente em iniciativas e estratégias que promovam a integração da prática baseada na evidência no contexto clínico.

Assim, com o propósito de desenvolver competências neste domínio, foram consultados documentos fundamentais para o contexto, nomeadamente p PNSD (DGS, 2021), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na PSC (OE, 2017a). Igualmente os conteúdos lecionados nas UC de "Enfermagem e Formação", "Políticas e Gestão em Saúde" e "Investigação em Enfermagem", proporcionaram uma revisão e aprofundamento de conceitos associados a este domínio.

Ao longo dos estágios nos três contextos, revelou-se necessário recorrer à análise de documentos institucionais, nomeadamente aqueles relacionados com políticas de gestão,

projetos de melhoria da qualidade, bem como normas e protocolos implementados nos respetivos serviços.

No contexto do estágio realizado no SUMC, foi desenvolvido um estudo de caso fundamentado numa situação clínica real observada durante a prática clínica. Este caso envolveu um doente vítima de ferimento por arma de fogo autoinfligido, apresentando sinais de instabilidade hemodinâmica e necessidade de transferência urgente para o bloco operatório para realização de uma laparotomia exploradora por trauma abdominal penetrante. O estudo de caso estava contemplado no planeamento da UC ““Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, com o objetivo de promover uma reflexão crítica sobre as intervenções desenvolvidas e identificar oportunidades de melhoria para intervenções futuras. Este trabalho permitiu a identificação de práticas de qualidade e seguras, reforçando a importância da atualização científica contínua dos profissionais de saúde.

No SMI, foi identificada a necessidade de implementar instrumentos mais adequados para a avaliação da dor em pessoas em situação crítica não comunicantes. Para responder a esta lacuna, introduziu-se a escala CPOT, com o objetivo de otimizar a identificação e o controlo da dor. Estudos de validação da CPOT para a língua portuguesa demonstraram elevada fiabilidade e consistência interna, consolidando a sua relevância como ferramenta de elevada relevância na avaliação da dor em contexto de UCI (Marques et al., 2022). Com base nesta evidência, foi desenvolvida uma sessão de formação online destinada a promover uma avaliação mais objetiva, rigorosa e estruturada da dor, centrada na correta aplicação da escala CPOT. Paralelamente, elaborou-se um cartão informativo para apoiar a utilização da escala e a heteroavaliação da dor (Apêndice III).

No domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a segurança da pessoa doente constitui um dos alicerces essenciais para a prestação de cuidados de saúde de excelência. A DGS (2021) defende que, nos sistemas de saúde modernos, os incidentes relacionados com a segurança do doente continuam a constituir uma realidade frequente, sendo crucial a implementação de políticas e estratégias que permitam reduzi-los.

No PNSD 2021-2026, Pilar 3, o domínio da comunicação contempla os seguintes objetivos estratégicos: “otimizar a comunicação intra e interinstitucional”; “melhorar a comunicação e a segurança no processo de transição de cuidados” e “adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador” (Ministério da Saúde,

2021, pp. 100-101). Segundo Figueiredo et al. (2019) uma comunicação eficaz, aquando da transição de cuidados de saúde, constitui um elemento determinante para garantir a segurança do doente. A comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo recetor (DGS, 2017).

A transmissão de informação durante a transição de cuidados constitui um momento crítico para a segurança do utente uma vez que a evidência científica demonstra que até 70% dos erros na prestação de cuidados acontecem devido a falhas na comunicação, como a omissão de informação e erros na informação (DGS, 2017).

Neste contexto, foi emitida uma norma de orientação clínica relacionada com a comunicação eficaz, emitida pela DGS, que estabelece orientações para a transição segura de cuidados com recurso a uma comunicação eficaz padronizada pela técnica ISBAR (DGS, 2017). A técnica ISBAR consiste numa ferramenta de padronização de comunicação que promove a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A mnemónica organiza-se em cinco componentes, sendo: I - Identificação; S - Situação Atual/ Causa; B - Antecedentes/ Anamnese; A - Avaliação; R - Recomendações (DGS, 2017).

Ao longo do estágio, a metodologia ISBAR foi recorrentemente utilizada nas passagens de turno, transferências entre serviços e altas hospitalares, promovendo a padronização da comunicação clínica e assegurando uma comunicação clara e eficiente. A utilização desta metodologia contribuiu para que as equipas recebessem informações completas e precisas, reduzindo o risco de ocorrência de erros e promovendo uma prestação de cuidados mais segura e de maior qualidade à pessoa em situação crítica.

Outro elemento crucial na prestação de cuidados de saúde é a identificação precisa da pessoa doente, considerada fundamental para a prevenção de erros clínicos. Segundo Sales et al. (2021), a verificação inequívoca da identidade do doente é indispensável para assegurar a segurança da prática profissional, devendo ser confirmada por meio de dados confiáveis, como o nome completo, a data de nascimento e o número de registo clínico da instituição.

Atualmente, nos hospitais, é prática habitual a criação de uma pulseira de identificação, seja de forma eletrónica ou manual, que é colocada na pessoa doente apenas após esta confirmar a exatidão das informações nela registadas (Sales et al., 2021). Esta prática encontra suporte nas orientações existentes na Orientação n.º 018/2011, emitida

pela DGS (2011), no qual é definido que "a identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sempre que adequado" (p.1), cabendo aos profissionais envolvidos na prestação de cuidados garantir que são prestados à pessoa correta (DGS, 2011).

No decorrer dos estágios, estas boas práticas foram constantemente seguidas. No contexto da UCIC decorreu uma auditoria interna para verificar a conformidade das práticas de identificação dos doentes. No serviço verificou-se uma elevada taxa de adesão, denotando o compromisso das equipas com a segurança do doente.

A utilização sistemática de escalas clínicas padronizadas constituiu outro fator de grande relevância neste domínio, funcionando como ferramenta central na avaliação da pessoa doente. A sua aplicação permitiu desenvolver avaliações estruturadas e objetivas, fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Esta abordagem revelou-se essencial para a identificação precoce de alterações no estado clínico, permitindo o planeamento de intervenções individualizadas e contribuindo para a prestação de cuidados mais seguros, eficazes e de elevada qualidade em todos os contextos de estágio. A Escala de Braden foi frequentemente utilizada para avaliar o risco de úlceras por pressão, enquanto que a Escala de Morse permitiu a identificação do risco de queda. A avaliação da deglutição, assegurada pela *Gugging Swallowing Screen,* permite a deteção precoce de disfagia e a implementação de estratégias de prevenção. A Escala de Coma de Glasgow como ferramenta fundamental na avaliação neurológica. No rastreio de *delirium*, utilizou-se a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit,* que permite identificar alterações cognitivas. A avaliação da dor em doentes não comunicantes foi assegurada pela BPS, particularmente em doentes sob ventilação mecânica. A *Richmond Agitation-Sedation Scale* foi utilizada para monitorizar e ajustar da sedação de forma segura, contribuindo para a promoção do conforto e prevenção de complicações, em conformidade com os pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba.

No que concerne a outros projetos de melhoria contínua da qualidade, evidencia-se a consulta de follow-up realizada nos doentes com alta do SMI que permite o acompanhamento dos doentes durante os seis meses subsequentes à alta.

Exposto isto, considero terem sido adquiridas as competências inerentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade, bem como as competências de mestre em enfermagem.

(C) Domínio da gestão dos cuidados

"C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" (OE, 2019a, p. 4748);

"C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (OE, 2019a, 4748).

Competências de mestre em Enfermagem

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

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

A gestão dos cuidados constitui um elemento fundamental na intervenção do enfermeiro, assumindo particular importância no âmbito da prática especializada. Benner (2001) refere que os enfermeiros peritos, no domínio da gestão, devem ser capazes de antecipar períodos de maior carga de trabalho adequando, de forma oportuna, os recursos disponíveis. Para além disso, devem promover o trabalho em equipa, assegurar uma abordagem humanizada na prestação de cuidados e adotar uma postura flexível perante as necessidades dos doentes, dos colegas e da própria instituição, mesmo em contextos adversos.

Atualmente, considerando a complexidade dos contextos de saúde e o condicionamento decorrente de restrições económicas, os enfermeiros desempenham um papel central na eficiência e eficácia da prestação de cuidados, essenciais na gestão dos recursos disponíveis (Internacional Council of Nurses (ICN), 2015). Sendo o grupo profissional mais numeroso no setor da saúde, os enfermeiros desempenham um papel

crucial na promoção da eficiência e da eficácia na prestação de cuidados, contribuindo de forma significativa para melhores resultados em saúde (ICN, 2015).

No contexto da gestão e liderança em enfermagem, os enfermeiros devem assumir um papel ativo na promoção de mudanças que respondam às necessidades em saúde e às exigências dos serviços. A liderança deve estar orientada para a adaptação contínua dos contextos, promovendo um ambiente de trabalho harmonioso, eficiente e centrado na melhoria contínua da qualidade. Este modelo de liderança privilegia um estilo de gestão mais dinâmico, colaborativo e inovador, favorecendo a tomada de decisão com base na evidência e na humanização dos cuidados (Costa et al., 2016).

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, salienta que o enfermeiro especialista deverá possuir competências no domínio da gestão dos cuidados. Segundo o regulamento, o enfermeiro especialista é responsável pela "(…) gestão dos cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas" (OE, 2019a, p. 4748). É espectável que adapte a liderança e a gestão dos recursos de acordo com as situações e contextos, a fim de assegurar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019a).

O percurso teórico, nomeadamente os conteúdos lecionados na UC de "Políticas e Gestão em Saúde", permitiu articular os conhecimentos teóricos com a prática clínica, favorecendo uma intervenção fundamentada na evidência.

No decorrer dos estágios clínicos procedeu-se à observação e à análise das funções assumidas pelos enfermeiros gestores de serviços e enfermeiros responsáveis de turno. Esta prática possibilitou compreender os processos de liderança, a organização dos recursos e a coordenação das equipas de enfermagem, evidenciando a relevância de decisões fundamentadas e da gestão eficiente dos cuidados.

No SUMC, observou-se que a gestão dos recursos humanos enfrenta desafios contínuos, exigindo do enfermeiro gestor ajustes diários para assegurar uma dotação de profissionais adequada, capaz de responder adequadamente às exigências de cada posto de trabalho. No SMI, a gestão de recursos humanos decorre de forma estruturada, apoiando-se na Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b) e na avaliação da carga de trabalho mediante a aplicação da escala TISS-28. De forma semelhante, na UCIC são asseguradas dotações seguras, visando a prestação de cuidados de elevada qualidade.

De acordo com o Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a função de responsável de turno deve ser atribuída preferencialmente a enfermeiros especialistas (OE, 2017b). Nos três contextos clínicos, constatou-se que, em alguns turnos, esta função era desempenhada por enfermeiros de cuidados gerais. Esta delegação de responsabilidades encontra suporte no mesmo parecer, que permite a designação de enfermeiros de cuidados gerais para funções de liderança da equipa, desde que comprovem competência para o exercício da função e garantam uma resposta segura e eficiente às exigências do serviço (OE, 2017b).

No modelo de aquisição de competências de Benner (2001), a gestão de cuidados é apresentada como uma competência prática desenvolvida com a experiência, requerendo capacidade de liderança, priorização e tomada de decisão adaptada ao contexto. Adicionalmente, a autora enfatiza que esta competência está intrinsecamente associada à prestação de cuidados eticamente responsáveis e à promoção da segurança, culminando na atuação autónoma, eficaz e reflexiva, característica do enfermeiro perito.

Referente à gestão dos recursos materiais verificaram-se semelhanças entre a UCIC e o SMI. Em ambos os serviços, a gestão dos recursos materiais é feita de forma estruturada e sistemática através de uma plataforma digital de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia, permitindo uma monitorização contínua dos *stocks*. No SUMC está disponível uma *Pyxis Medstation®,* que corresponde a um sistema automatizado de distribuição de fármacos, contribuindo para a segurança da medicação, que cumpre o estipulado no PNSD 2021-2026, no objetivo estratégico 5.1 designado "Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde" (DGS, 2021, p. 102). Este objetivo refere-se ao recurso a ferramentas digitais para garantir a segurança do medicamento certo, ao doente certo, no horário certo, na dose certa e pela via de administração certa.

Nos três locais de estágio verificou-se um investimento na supervisão e formação dos enfermeiros, promovendo a transmissão do conhecimento. A formação contínua revela-se, assim, um instrumento essencial para o desenvolvimento profissional, permitindo a atualização de conhecimentos e a aquisição de novas competências. A formação contínua, além da transmissão de conhecimentos, promove a aprendizagem ativa e ajustada às particularidades do contexto clínico. Esta abordagem capacita os enfermeiros a

desenvolverem as suas próprias respostas e a tomar decisões fundamentadas em cada situação.

De acordo com o descrito, considera-se que foram desenvolvidas e consolidadas competências no domínio da gestão dos cuidados, assim como as de mestre em enfermagem

(D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

"D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade" (OE, 2019a, p. 4749);

"D2 – Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica" (OE, 2019a, p. 4749).

Competências de mestre em Enfermagem

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: I) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; II) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Segundo Nunes (2018), a construção do conhecimento pelo indivíduo ocorre principalmente através da vivência de situações reais e contextos práticos, sendo mediado por um processo de reflexão crítica e integração das aprendizagens vivenciadas. Este conhecimento surge da experiência relacional, tanto consigo mesmo como com os outros, construindo uma fonte fundamental para a aprendizagem significativa. Nunes (2018) sustenta que é através da reflexão consciente sobre a própria experiência, com o objetivo de compreendê-la e integrá-la, que o indivíduo adquire novas competências e desenvolve respostas mais adequadas em situações futuras, contribuindo assim para o fortalecimento da sabedoria prática.

À luz deste referencial, entende-se que o autoconhecimento e a avaliação contínua das próprias competências, limitações e áreas de crescimento representam componentes fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Segundo Benner (2001), à medida que o enfermeiro evolui do nível de iniciado para o de perito, desenvolve uma maior consciência do impacto das suas ações, valores, crenças e limites na relação com a pessoa cuidada. Além disso, a prestação de cuidados de qualidade exige uma reflexão constante sobre a prática, envolvendo o reconhecimento das próprias emoções, reações, preconceitos e decisões profissionais.

No que concerne ao desenvolvimento das competências mencionadas, é de destacar um percurso profissional de aproximadamente 8 anos, dos quais 5 anos foram dedicados ao contexto da PSC. Algumas competências abordadas por esta especialização e mestrado foram sendo adquiridas ao longo da experiência profissional. Benner (2001) destaca que o saber do enfermeiro não é apenas teórico, mas vivido, construído na prática. Porém, a realização destes estágios, sobretudo os da UCIC e SMI, constituíram um importante desafio, representando uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e desenvolver novas competências.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere que o EE "(…) demonstra a 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." (OE, 2019a, p. 4749). Rasheed et al. (2019) defendem que a autoconsciência é uma característica essencial para o desenvolvimento profissional e pessoal, e para estabelecer uma relação terapêutica eficaz entre enfermeiro e pessoa cuidada.

A definição de autoconhecimento e assertividade encontra-se intrinsecamente ligada à experiência de vida e profissional. Nesse sentido, os anos de prática contribuíram para consolidar diversas competências previamente desenvolvidas, embora estas continuem suscetíveis de aperfeiçoamento contínuo. Apesar dos anos de experiência profissional, os estágios decorridos na UCIC e SMI tornaram-se desafiantes, permitindo-nos sair da zona de conforto da prática clínica habitual. Foram vivenciadas diversas situações geradoras de stress e vulnerabilidade, que potenciaram momentos de reflexão.

A prestação de cuidados à PSC exige uma atualização contínua e adaptativa de conhecimentos, especialmente quando se exerce funções em contextos com escassez de recursos, impondo desafios constantes às equipas de saúde (OE, 2020). Este contexto impõe a necessidade de aperfeiçoamento contínuo das práticas e protocolos, adaptando-os à evolução do fenómeno, sempre fundamentados na evidência científica mais atualizada. Nesse enquadramento, procurámos integrar esta exigência de atualização constante na nossa prática, recorrendo à pesquisa sistemática da melhor evidência científica disponível, à análise das políticas de saúde vigentes e à revisão das temáticas abordadas nas unidades curriculares.

Ao longo dos diferentes contextos clínicos procurou-se desenvolver uma prática baseada na evidência (PBE), orientada pelos valores da pessoa cuidada e pelo conhecimento acumulado através da experiência clínica. Segundo Larrabee (2021), a PBE consiste na integração da melhor evidência científica disponível, das preferências e valores do doente, e da experiência clínica. Este modelo norteou todo o processo de tomada de decisão, garantindo uma prestação de cuidados com boas práticas, sensível às necessidades individuais do doente.

No SUMC observaram-se diversas situações críticas como enfartes agudos do miocárdio, AVC e outras emergências médicas que exigiram intervenções rápidas, priorização de cuidados e trabalho de equipa.

Na UCIC e no SMI, a exigência centrou-se na precisão e na atenção ao detalhe, uma vez que se tratava de pessoas em situação crítica com elevada instabilidade clínica. Nestes contextos, revelou-se essencial o desenvolvimento de um elevado nível de autoconhecimento, promovendo o reconhecimento dos próprios limites profissionais, uma gestão emocional eficaz e uma tomada de decisão clara e fundamentada.

Importa igualmente salientar as UC de "Enfermagem e Formação", "Ética e Deontologia" e "Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica", que contribuíram significativamente para o desenvolvimento de estratégias promotoras de uma prática profissional crítica, reflexiva, ética e comunicacionalmente eficaz. Os conteúdos lecionados nestas unidades proporcionaram bases cruciais para a gestão da relação com a pessoa cuidada e com a equipa multidisciplinar, evidenciando a relevância da comunicação assertiva e da formação contínua enquanto elementos estruturantes na promoção de cuidados de qualidade.

A elaboração do Projeto fundamentou-se na evidência científica sobre a "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante", a fim de garantir uma abordagem baseada na melhor evidência científica disponível. Neste enquadramento, adotou-se o princípio da prática baseada na evidência, entendida pela OE (2012) como um processo de apoio à tomada de decisão clínica que integra a pesquisa da evidência científica mais atual e relevante, a experiência e o julgamento clínico do profissional, bem como os valores e preferências da pessoa cuidada no contexto da prestação de cuidados. Com o objetivo de promover a transferência do conhecimento para a prática clínica e assumir uma função formativa no seio da equipa de enfermagem, foi planeada, implementada e dinamizada uma sessão de formação em serviço subordinada ao tema do Projeto.

Assim, considera-se que foram adquiridas as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as de mestre em enfermagem.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo a OE (2018a), os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, impulsionados pelas crescentes necessidades em cuidados de saúde, têm promovido avanços significativos no diagnóstico e no tratamento das doenças. Mais do que em qualquer outra época, este avanço no conhecimento oferece oportunidades que elevam a longevidade (OE, 2018a).

Com vista à melhoria da qualidade de vida, 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" (OE, 2018a).

A OE (2018a) salienta que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve fundamentar a sua prática na evidência científica mais atual, orientando-a para a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem. É espectável que assuma um papel ativo na liderança e dinamização de projetos de investigação e de melhoria contínua da qualidade, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento das suas competências específicas e para a capacitação dos restantes profissionais.

O Regulamento n.º 429/2018 discrimina como competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC as seguintes:

> 1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos com plexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
>
> 2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
>
> 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. (OE, 2018, p.19359).

À semelhança da análise realizada relativamente às competências comuns do EE em articulação com as competências de Mestre em Enfermagem, será adotada a mesma abordagem metodológica na análise das Competências Específicas do EE em EMCPSC, integrando-as igualmente com as Competências de Mestre.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMCPSC

1- "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica" (OE, 2018a, p. 19363);

Competências de Mestre em Enfermagem

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

I) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

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

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

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

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC classificam-se como cuidados altamente especializados, prestados de forma contínua e dirigidos à pessoa com risco iminente de falência de funções vitais. Estas intervenções visam manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e promover a recuperação total da pessoa. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (OE, 2018a).

Uma situação de emergência ocorre quando um indivíduo é subitamente afetado por um fator que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, podendo afetar ou ameaçar o funcionamento de um ou mais órgãos vitais, colocando a vida da vítima em risco (OE, 2018a).

Uma situação de exceção consiste numa circunstância 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 (OE, 2018a).

Os cuidados de enfermagem à pessoa e à família/cuidador em situação crítica exigem observação contínua e recolha sistemática de dados. Esse processo permite a

monitorização constante da situação a fim de antecipar e identificar precocemente possíveis complicações e garantir intervenções precisas, eficazes e oportunas (OE, 2018a). Em situações de elevada gravidade clínica, a monitorização contínua e a avaliação diagnóstica assumem um papel central na prestação de cuidados. Paralelamente, o acompanhamento de pessoas e famílias que enfrentam doenças críticas ou falência orgânica constitui uma das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018a).

O desenvolvimento da primeira competência na área da EMCPSC foi significativamente favorecido pelos conteúdos teóricos das diversas unidades curriculares e enriquecido pela pesquisa bibliográfica direcionada às necessidades identificadas ao longo dos contextos de estágio. Durante este período, foram concluídos com sucesso os cursos integrados no plano de estudos, incluindo o SAV Adulto (Anexo I) e o *International Trauma Life Support* (Anexo II). Estas formações permitiram a consolidação de competências essenciais na abordagem à pessoa em situação crítica, reforçando a capacidade de atuação em situações de emergência e trauma. Adicionalmente, o SAV Pediátrico (Anexo III) contribuiu para o aperfeiçoamento das competências na abordagem a situações de emergência no contexto pediátrico, promovendo respostas eficientes e ajustadas às especificidades desta população.

A realização de estágios em diferentes contextos clínicos revelou-se fundamental para consolidar e aprofundar a prática na abordagem à pessoa em situação crítica.

No contexto do SUMC, o estágio teve como principal foco a Sala de Emergência com o propósito de potenciar a experiência na prestação de cuidados à PSC e expandir as oportunidades de aprendizagem. Além da SE, foi possível conhecer a dinâmica dos restantes postos de trabalho proporcionando uma visão global do percurso do doente no SU.

A SE destina-se a doentes em situação crítica, "(…) aquela cuja vida se encontra em risco devido à falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, sendo a sua sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018a, p.19362). Neste contexto, a avaliação rigorosa e contínua do estado clínico do doente é determinante, permitindo a antecipação de complicações e a intervenção atempada. Face à complexidade dos processos clínicos vivenciados pela pessoa com doença aguda ou crónica e pela sua família/cuidador, o EE em EMCPSC

mobiliza conhecimentos e competências para planear, implementar e avaliar intervenções especializadas, promovendo cuidados seguros e de qualidade (OE, 2018a). Segundo Benner et al. (2011), no que concerne à abordagem à PSC, o enfermeiro percorre várias etapas, principalmente a anamnese e o exame físico, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação. Todavia, destaca-se que o enfermeiro perito não executa essas etapas de forma linear, conseguindo integrar e desenvolver simultaneamente diferentes fases do processo de enfermagem, adaptando a sua intervenção às necessidades emergentes do doente.

Durante a realização dos estágios, desenvolvemos a capacidade de identificar precocemente fatores de instabilidade hemodinâmica da PSC, adotando uma abordagem ativa para assegurar uma resposta adequada às suas necessidades. A avaliação ABCDE esteve presente na abordagem à PSC nos três contextos de estágio, promovendo uma avaliação rápida, estruturada e baseada em prioridades. Este método permite uma análise sequencial dos principais sistemas vitais, assegurando que as intervenções são direcionadas à resolução imediata de situações que ameaçam a vida do doente, antes de se avançar para uma avaliação mais detalhada (*American Heart Association, 2020*).

Esta abordagem avalia os seguintes parâmetros: A (*Airway*) – permeabilização da via aérea; B (*Breathing*) – ventilação e oxigenação; C (*Circulation*) – manutenção da circulação e controlo de hemorragias; D (*Disability*) – avaliação da função neurológica; e E (*Exposure*) – exposição e controlo da temperatura (*American Heart Association, 2020*). A metodologia ABCDE reveste-se de crucial importância na PSC, ao permitir a identificação precoce de ameaças imediatas à vida e a implementação de intervenções de forma estruturada e eficaz.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica estabelece que o EE "garante a administração de protocolos terapêuticos complexos" (OE, 2018a, p. 19363). Santos & Takashi (2023) reforçam que o ambiente em que se insere a PSC deve ser pautado pelas melhores práticas, sendo que, a existência de protocolos clínicos, normas e instruções de trabalho são fundamentais para a prática dos profissionais de saúde. No decorrer dos estágios foi possível conhecer e aplicar diversos protocolos, importantes para garantir uma atuação mais segura e eficiente. Os protocolos garantem a realização de intervenções padronizadas e fundamentadas em diretrizes estabelecidas. Funcionam como ferramentas essenciais para a tomada de decisão, contribuindo para a prevenção, recuperação ou

reabilitação da saúde (Pimenta et al., 2015). A sua utilização uniformiza práticas, minimiza a variabilidade de condutas dentro da equipa, define limites de atuação entre profissionais e garante que a assistência prestada seja alinhada com as melhores evidências científicas (Pimenta el al., 2015).

De modo mais específico, durante os estágios realizados nos três contextos, foi possível observar e realizar diversos procedimentos técnicos. Embora a nível do meu percurso profissional trabalhe há 3 anos num Serviço de Urgência Polivalente, o estágio no SUMC permitiu relembrar e colaborar em alguns procedimentos invasivos e complexos como a intubação endotraqueal. Houve a oportunidade de prestar cuidados a doentes politraumatizados após acidentes de viação, atropelamentos, quedas de alturas e traumas penetrantes com arma de fogo, exigindo a estabilização hemodinâmica e respiratória do doente. O transporte intra-hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico exigiu a movimentação cuidadosa do doente, garantindo a limitação adequada dos seus movimentos, de modo a prevenir lesões adicionais e a assegurar a segurança clínica ao longo de todo o percurso. Neste transporte, tal como referido previamente, tive a oportunidade de acompanhar um doente para a realização de exames imagiológicos e posteriormente para o bloco operatório, no qual foi pertinente a adoção de pensamento crítico e antecipar intervenções em relação à estabilidade hemodinâmica e ao equipamento/material eventualmente necessário.

O SMI, pela sua especificidade, sofisticação tecnológica e dinamismo, demonstrou-se um contexto de intervenção repleto de experiências significativas, pela abordagem a doentes com um leque vasto de patologias e instabilidade hemodinâmica. Neste serviço, confrontei-me com desafios constantes e oportunidades de aprendizagens únicas, tendo a oportunidade de executar intervenções técnicas de alta complexidade. A nível de procedimentos técnicos, foi possível observar a realização de broncofibroscopia: colaborar na colocação de cateteres de diálise e tratamento ao doente submetido a técnicas de substituição renal; colaborar na colocação de cateter PICCO (*Pulse Contour Cardiac Outut*), entre outros. Tive ainda a oportunidade de acompanhar a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) numa ativação. Contactaram a EEMI no contexto de um doente em paragem cardiorrespiratória (PCR) no CRIA, onde teria sido admitido por EAM. Neste caso foi possível aplicar os conhecimentos teórico-práticos de acordo com os algoritmos de SAV previamente adquiridos, tendo sido o doente ventilado e transportado para o SMI após estabilização hemodinâmica. A prestação de cuidados de

enfermagem sustentada em protocolos de atuação, reduz o tempo de resposta e a possibilidade da ocorrência de erros, aumentando a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Sales et al., 2018).

O Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, reforça que o enfermeiro especialista em EMCPSC deve fazer "(…) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas" (OE, 2018a, p.19363). Considerando a subjetividade da dor, esta constitui o foco central do Projeto, no qual o reconhecimento, a avaliação e a monitorização da dor constituem uma prioridade, essencialmente no doente não comunicante. Especialmente no SMI, foi possível gerir situações de sedoanalgesia, alinhado com o ponto 1.3.5 do regulamento, que norteia a gestão adequada de sedação e analgesia (OE, 2018a). Esta gestão teve em consideração garantir que a sedação fosse ajustada às necessidades do doente, promovendo conforto, segurança e eficácia no tratamento da dor. Estas abordagens garantem a gestão eficaz da dor e do bem-estar do doente, no âmbito físico e emocional, respeitando as características de cada doente e promovendo cuidados humanizados. Concomitantemente, estas práticas respeitam os princípios da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que norteou a prática clínica, defendendo que o conforto deve ser promovido contemplando as dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, com a finalidade da melhoria do bem-estar global da pessoa.

Os cuidados de enfermagem não se limitam exclusivamente à execução de intervenções técnicas. No entanto, a UCI, pelas suas características intrínsecas, pela elevada exigência física e emocional do trabalho, e pela presença constante de equipamentos tecnológicos, podem favorecer a despersonalização e desumanização dos cuidados. Esta realidade pode gerar sentimentos de medo, ansiedade e angústia no doente e na sua família, associados ao desconhecimento das intervenções realizadas e à gravidade do estado clínico. Torna-se essencial que estes contextos promovam uma prática assente em princípios éticos, humanistas e de respeito, garantindo que o foco não se restrinja apenas à doença, mas à pessoa como um todo. A humanização dos cuidados deve abranger não só o doente e a família, mas também os próprios profissionais, contribuindo para a prestação de cuidados holísticos e de excelência. Phaneuf (2005) destaca que, na prática clínica de enfermagem, a comunicação assume um papel central, uma vez que é através da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente que se torna possível compreender as suas necessidades emocionais e físicas associadas ao estado de saúde.

O EE em EMCPSC deve evidenciar competências de gestão da comunicação e relação terapêutica, reconhecendo-as como instrumentos essenciais do cuidar em enfermagem. Estas competências permitem dar expressão às relações, reduzir a perceção de ameaça associada ao ambiente clínico e permitir a manifestação de fragilidades do doente e da família, face a situações de instabilidade emocional, com o objetivo de identificar e responder adequadamente às suas necessidades (Phaneuf, 2005; La Calle et al, 2017).

O processo de evolução ao longo dos ensinos clínicos possibilitou o desenvolvimento e a demonstração de competências comunicacionais, através da utilização de métodos e estratégias adequados, nomeadamente a comunicação verbal e não verbal, no relacionamento com o doente e a família. Esta atuação pautou-se por uma conduta baseada em princípios éticos, deontológicos e legais, assegurando o respeito à autodeterminação e respeitando as suas crenças, valores e desejos. Estratégias como a empatia, a escuta ativa, a comunicação com clareza e a linguagem acessível, representam uma competência essencial na prática de enfermagem. No SMI, a gestão da relação terapêutica apresenta diversos desafios, considerando a fragilidade do estado dos doentes e as dificuldades de comunicação em situações de falência orgânica. Apesar de 8 anos de experiência profissional e de familiaridade com a interação contínua com o doente, a adaptação inicial ao SMI revelou-se particularmente complexa. No decurso dos cuidados à pessoa em situação crítica, a relação terapêutica foi construída de forma gradual, tendo em conta as limitações de comunicação do doente, que se encontrava sedoanalgesiado. Dada a impossibilidade de comunicação verbal com o doente, as interações foram predominantemente com a família, proporcionando apoio e confiança, em consonância com as orientações da OE (2018a). Estas diretrizes salientam a importância de iniciar e reconhecer as dinâmicas da relação terapêutica, especialmente em contextos onde a comunicação direta com o doente é restrita.

A promoção da dignidade na morte e o suporte à família durante o luto revestem-se como habilidades de grande importância. No acompanhamento do doente com falência multiorgânica e prognóstico reservado, a família confronta-se com a inevitabilidade da perda. Uma vez que a comunicação de más notícias constitui uma situação particularmente exigente, pelo impacto e carga emocional que acarreta, sendo que a forma como se comunica, vai ter uma forte influência na sua aceitação e modo de agir face ao confronto da realidade com o próprio futuro (Sequeira, 2016). Torna-se essencial aplicar

conhecimentos e competências direcionadas para a dignificação da morte, destacadas pela OE (2018a). A comunicação empática é essencial, pois permite à família compreender o processo vivido e proporciona apoio emocional, assegurando que a pessoa é tratada com respeito, dignidade e humanização ao longo de todo o cuidado.

Assim, com o trabalho desenvolvido e os conteúdos lecionados nas UC Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, considera-se adquirida esta competência específica do EE em EMCPSC, assim como as competências de mestre em enfermagem.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMCPSC

2- "Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação" (OE, 2018a, p. 19363).

Competências de Mestre em Enfermagem

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

I) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

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

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

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

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

A ocorrência contínua de catástrofes e situações de emergência, sejam elas de origem antropogénica, microbiológica, geológica ou climática, evidencia a necessidade de os enfermeiros possuírem competências consolidadas e um entendimento comum relativamente ao seu papel nas fases de preparação, resposta e recuperação (ICN, 2019).

O enfermeiro desempenha um papel central na resposta às necessidades emergentes destes cenários, atuando como primeiro interveniente, responsável pela triagem, pela coordenação de recursos e meios operacionais, integração em equipas de primeira intervenção, bem como pela gestão da comunicação, na formação e na prestação de consultoria especializada (ICN, 2019).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC, uma situação de emergência define-se como uma agressão súbita e violenta à saúde de um indivíduo, capaz de comprometer a integridade de órgãos vitais e de colocar a vida em perigo (OE, 2018a). No entanto, as situações de exceção referem-se a cenários em que ocorre um desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis, exigindo uma gestão rigorosa e coordenada dos meios humanos e técnicos (OE, 2018a). De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, a catástrofe consiste num ou vários acidentes de elevada gravidade, com potencial para causar danos materiais significativos e, eventualmente, vítimas, afetando de forma profunda as condições de vida e o tecido socioeconómico de determinadas regiões ou, em casos extremos, de todo o território nacional (OE, 2018a).

O Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil (PNEPC) constitui um instrumento de suporte às operações de proteção civil em situações de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental. O PNEPC articula-se com os "Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, e, de modo indireto, com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil, os quais definem, nos respetivos níveis territoriais, a atuação das estruturas de proteção civil" (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021).

Neste contexto, o referencial conceptual definido pela OE (2018a) refere que "perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios

de prática de crime" (p. 19363). Segundo Benner (2001), nestes contextos em que a gestão de recursos e a priorização de cuidados é fundamental, o enfermeiro desenvolve a capacidade de distinguir o que é prioritário e relevante em cada situação, mesmo sob elevada pressão.

Durante a componente teórica da especialidade, os conteúdos lecionados na UC de "Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe" revelaram-se fundamentais, proporcionando uma base sólida para a gestão de cenários complexos.

Para além disso, a análise de documentos relevantes, incluindo os planos específicos de emergência da ULS e dos serviços onde decorreram os estágios, revelou-se fundamental para a compreensão dos protocolos e das estratégias de intervenção. Os planos foram elaborados por vários enfermeiros, entre eles alguns EE em EMCPSC, com os quais foi possível contactar ao longo do estágio.

Paralelamente, o curso *ITLS* revelou-se de grande relevância para o domínio da intervenção em situações de trauma, ao proporcionar uma abordagem sistematizada e baseada na melhor evidência científica disponível para a avaliação primária e secundária, estabilização e transporte de doentes em contexto pré-hospitalar. A combinação da prática simulada com sessões de *debriefing* após cada cenário permitiu a consolidação de conhecimentos e a promoção da melhoria contínua do desempenho em situações de elevada pressão.

Destaca-se ainda a participação no webinar "(Re)agir: Quando o Impossível acontece – Gestão de Recursos de Emergência e Catástrofe" (Anexo VI), onde foram debatidas questões como abordagem ao grande queimado; atuação, planeamento e gestão em situações de cheias/sismos; resposta médica a eventos de exceção.

A integração destes componentes formativos favoreceu o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas, éticas e comunicacionais, imprescindíveis para a prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados em contextos de situação de emergência e situações de exceção. Em suma, considero adquirida esta competência específica do EE em EMCPSC, assim como as competências de mestre em enfermagem.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMCPSC

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" (OE, 2018a, p. 193).

Competências de Mestre em Enfermagem

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

I) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

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

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

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

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

A problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), aliada ao crescente fenómeno da resistência aos antimicrobianos, constitui uma das principais ameaças à saúde pública, com impacto a nível mundial (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2024). Estas infeções são frequentemente descritas como uma pandemia silenciosa, uma vez que estão associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. Para além disso, implicam uma maior mobilização de recursos humanos e materiais, traduzindo-se num aumento significativo dos custos financeiros, tanto diretos como indiretos, para os sistemas de saúde (Jordão, 2021).

As IACS são adquiridas no decurso da prestação de cuidados, podendo ocorrer tanto em ambiente hospitalar como noutras unidades de saúde (ECDC, 2021). Os últimos dados disponíveis indicam que mais de 35 000 mortes por ano, são consequência direta de uma infeção causada por bactérias resistentes a antibióticos (ECDC, 2024). Estima-se que cerca de 70 % dos casos de infeções com bactérias resistentes aos antibióticos foram infeções associadas aos cuidados de saúde (ECDC, 2024).

O atual Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) surge em 2013, resultado da fusão do "Programa Nacional de Controlo de Infeção" e "Programa Nacional de Resistência aos Antimicrobianos". O PPCIRA, considerado um programa prioritário, tem como principais objetivos reduzir as IACS e diminuir o consumo e resistências aos antimicrobianos (Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, 2023).

Recentemente o PPCIRA sofreu atualizações através da publicação do Despacho 10901/2022, que estabelece que as estruturas locais hospitalares passam a constituir uma unidade orgânica da instituição, tendo um diretor médico e um enfermeiro gestor. Destaca assim o seu caráter multidisciplinar, integrando profissionais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde da área de intervenção, incluindo elementos com competências em ciências da qualidade e ciências da implementação (Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, 2023).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC reconhece a prevenção e o controlo das IACS como áreas de atuação prioritárias do EE em EMCPSC, destacando o seu papel na conceção, implementação e monitorização de estratégias que assegurem a redução da incidência de infeções e a contenção da resistência a antimicrobianos (OE, 2018a).

Adicionalmente, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na PSC, na prossecução permanente da excelência do exercício profissional, definem como elementos importantes na prevenção de complicações: a antecipação das complicações decorrentes da doença e dos processos complexos vividos pelo doente; a gestão do risco/ambiente na prevenção de complicações com recurso à evidência científica e elaboração de protocolos/normas; a identificação de sinais fisiológicos, emocionais e psicológicos suscetíveis de comprometer a evolução do

doente; a colaboração da equipa multidisciplinar; e a gestão adequada de protocolos/normas a fim de prevenir complicações (OE, 2017a).

Durante o percurso académico, os conteúdos lecionados na UC de "Segurança da Pessoa em Situação Crítica - Prevenção e Controlo das IACS" assumiram particular relevância neste percurso formativo .contribuindo para o aprofundamento dos conhecimentos e acessos aos dados mais recentes, favorecendo uma prática baseada na evidência científica e nas melhores diretrizes de segurança em saúde. Tendo em conta a especificidade dos contextos de estágio, foram analisadas orientações normativas orientadas para a prática clínica nestes ambientes altamente diferenciados.

No decorrer dos contextos práticos, orientámo-nos pela implementação rigorosa de intervenções sustentadas na melhor evidência científica disponível, atuando em conformidade com as recomendações normativas para a prevenção das IACS, sob uma perspetiva de segurança, eficácia e excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A orientação das enfermeiras supervisoras revelou-se um contributo determinante, fim de aprofundar o raciocínio clínico, fomentar uma postura crítica e fundamentada na tomada de decisão sobre esta temática.

No contexto do estágio no SUMC, a implementação integral das recomendações de prevenção e controlo de infeção revelou-se um processo marcado por desafios significativos. Os Serviços de Urgência caracterizam-se por uma elevada afluência e rotatividade de doentes, exigindo respostas rápidas a situações emergentes, o que pode dificultar a adoção integral e criteriosa das precauções básicas do controlo de infeção (PBCI). No SO, devido às restrições do espaço físico, as macas não cumprem a distância mínima recomendada entre doentes, aumentando o risco de infeções cruzadas. Nos casos de doentes que requerem medidas de isolamento, a ausência de quartos individuais adequados obriga à separação apenas por cortinas, constituindo uma limitação estrutural significativa na contenção da transmissão de agentes infeciosos.

Na UCIC e no SMI verificou-se uma preocupação constante da equipa multidisciplinar com a prevenção das infeções, cumprindo criteriosamente todas as medidas recomendadas. O despiste de colonização por microrganismos multirresistentes (MRSA e *Enterobacteriaceas* produtoras de *carbapenemases*), é realizado conforme critérios estalecidos, sendo que o doente permanece em isolamento de contacto preventivo até à obtenção de resultados. No decorrer da prestação de cuidados, cumprem-

se criteriosamente normas de prevenção, com uso obrigatório de equipamento de proteção individual e higienização frequente das mãos, tal como preconizado. Adicionalmente no SMI, as visitas cumprem um protocolo específico para garantir a segurança, usando o equipamento de proteção individual.

Benner (2001) define que o controlo de infeção é uma dimensão crucial do cuidar responsável e competente. O enfermeiro iniciado atinge a perícia através da aplicação de protocolos para uma prática crítica, sensível ao contexto e proativa. Segundo a perspetiva da teórica, a aquisição da competência deste domínio implica liderança clínica, julgamento ético e ação contextualizada, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem especializados.

Assim, considera-se que a experiência nos diferentes contextos de estágio permitiu a consolidação desta competência específica, bem como a competência de mestre em enfermagem

CONCLUSÃO

A redação deste relatório constituiu um processo de reflexão e análise aprofundada sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, permitindo integrar e reforçar conhecimentos de natureza teórica, prática e ético-deontológica adquiridos durante todo o percurso. As experiências e atividades desenvolvidas durante este ciclo de estudos revelaram-se determinantes para a consolidação da identidade profissional, assim como para o desenvolvimento de competências legalmente atribuídas ao enfermeiro especialista, concretamente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, contribuindo também para a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem.

Ancorado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que destaca o conforto como um pilar essencial para o bem-estar e recuperação do doente, foi delineado no começo do curso, um projeto de aprendizagem centrado no tema "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT", com estratégias definidas para a análise e desenvolvimento da temática nos diversos contextos de estágio.

A dor constitui um dos principais desafios na prestação de cuidados, com repercussões significativas no estado de saúde da pessoa. A dor não controlada agrava a disfunção orgânica e compromete a recuperação, sendo essencial a sua abordagem precoce e eficaz, particularmente no caso da PSC. A gestão adequada da dor pode contribuir para a redução da morbilidade e da mortalidade, melhorar o quadro clínico e promover um bem-estar global, contemplando a dimensão física e psicossocial, em consonância com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Em doentes não comunicantes, a sua avaliação constitui um importante desafio, exigindo instrumentos comportamentais validados. A *Critical-Care Pain Observation Tool* evidencia-se como ferramenta fiável, sensível e de aplicação prática na avaliação e otimização da gestão da dor.

A apresentação e disseminação da escala CPOT junto da equipa de enfermagem teve como objetivo dar a conhecer este instrumento de avaliação. Pretendeu-se fomentar a sua futura integração na avaliação da dor, enquanto instrumento útil para a instituição. Foi

igualmente criado um cartão com a informação referente à escala CPOT, a fim de facilitar a sua aplicação.

Definida como o 5º sinal vital, a sua avaliação é um elemento crucial na prática de enfermagem, devendo ser realizada de forma regular. Quando a autoavaliação não é possível, a avaliação objetiva deve ser realizada por meio da observação de indicadores fisiológicos e comportamentais. A gestão adequada da dor permite orientar decisões clínicas, a fim de promover intervenções mais eficazes e humanizadas, minimizando o sofrimento do doente.

Durante os estágios foi possível reconhecer lacunas que não se restringiam apenas ao domínio do conhecimento dos profissionais, mas também aspetos relacionados com a cultura organizacional na abordagem da dor. Neste contexto foram delineadas e implementadas estratégias orientadas para o desenvolvimento de competências nesta área. Paralelamente procurou-se incentivar a harmonização de práticas entre os profissionais de saúde e reforçar a relevância de uma avaliação da dor sistematizada e rigorosa, enquanto elemento fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados.

A construção do presente relatório, através do processo de reflexão aprofundada sobre o percurso formativo, favoreceu o aperfeiçoamento da prática clínica especializada e reforçou o compromisso com a prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade. Simultaneamente contribuiu para o fortalecimento do pensamento crítico e para a integração do conhecimento científico na prática clínica.

Assim, entende-se que os objetivos inicialmente definidos para este relatório foram plenamente alcançados, sendo que as provas de defesa pública marcam o culminar deste percurso de crescimento pessoal, académico e profissional. Projetando-nos para o futuro, assumimos novas responsabilidades decorrentes do reconhecimento profissional e do grau académico obtido. Propomo-nos a atuar como agentes de mudança nos contextos em que nos inserimos, com o propósito de promover continuamente a excelência na prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência* (RT 14/2019). Administração Central do Sistema de Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos* (RT 13/2019 – V. 2024). Administração Central do Sistema de Saúde.

Ahlers, S. J., van der Veen, A. M., van Dijk, M., Tibboel, D., & Knibbe, C. A. (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia and analgesia*, 110(1), 127–133. https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181c3119e

Akbari, Z., Jesmi, A. A., Mahdavifar, N., Taj, A., & Mozari, S. (2022). Relationship of the critical care pain observation tool score with the APACHE II score, sedation level, and ventilation parameters in critically ill patients under mechanical ventilation. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 34(4), 301–308.

Amendoeira, J., Silva, M. R., Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). *Tutorial revisão sistemática de literatura: A scoping review*. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde. http://hdl.handle.net/10400.15/3784

American Heart Association. (2020). Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual. American Heart Association

Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados. Revista de Enfermagem Referência, 2(10), 61–67.

Arias-Rivera, S., López-López, C., Frade-Mera, M. J., Via-Clavero, G., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Sánchez-Sánchez, M. M., Acevedo-Nuevo, M., Gil-Castillejos, D., Robleda, G., Cachón-Pérez, M., & Latorre-Marco, I. (2020). Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. Proyecto ASCyD. Enfermería Intensiva, 31(1), 3–18. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.002

Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública. (2023, novembro 29). A Infeção Associada a Cuidados de Saúde como Problema de Saúde Pública. https://www.anmsp.pt/post/a-infe%C3%A7%C3%A3oassociada-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-como-problema-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. https://prociv.gov.pt/

Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2015). *Efficacy of the Manchester Triage System: A systematic review. International Emergency Nursing, 23*(2), 47–52. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001

Azevedo-Santos, I., & DeSantana, J. (2018). Pain measurement techniques: spotlight on mechanically ventilated patients. Journal of Pain Research, 11(1), 2969–2980. https://doi.org/10.2147/JPR.S151169

Bahramnezhad, F., Salamat, E., Sharifi, F., & Valizade Hasanloie, M. A. (2023). Comparing pain intensity of two instruments in predicting the outcomes of patients under mechanical ventilation admitted to intensive care units. *Indian Journal of Pain, 37*(Suppl. 1), S15–S21. https://doi.org/10.4103/ijpn.ijpn_100_21

Batalha, L., Figueiredo, A., 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. III Série (9), 7 16. http://dx.doi.org/10.12707/RIII12101

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Brás, S., Mendes, A., Marques, R., & Sousa, P.P. (2020). O toque terapêutico nos cuidados de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Cadernos de Saúde, 12, 111-112. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10288

Cantante, A.P, Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K. & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. Ciência & Saúde Coletiva, 25(1), 261-272. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27682019

Cardoso, R., Caldas, C., & De Souza, P. (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

Costa, P., Mónico, L., Parreira, P., Fonseca, C., & Santos, V. (2016). Similarities between the knowledge creation and conversion model and the competing values framework: An integrative approach. Journal of Aging & Innovation, 5(3), 34–46. https://www.academia.edu/67379318/Similarities_Between_the_Knowledge_Creation_and_Conversion_Model_and_the_Competing_Values_Framework_An_Integrative_Approach

Cunha, H. M. (2018). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor no pós-operatório (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Repositórios

Científicos de Acesso Aberto Portugal. https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/3feb44c1-b483-46e1-8ded-999e0ced0c10

Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 09/DGCG de 14 junho 2003. https://www.aped-dor.org/documentos/DGSdor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dosdoentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/identificacao-inequivoca-dosdoentes.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 08 de Fevereiro. Lisboa. Obtido de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2021, setembro 24). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacionalpara-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2025). *Norma n.º 003/2025: Via Verde Coronária (VVC) no adulto*. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-

normativas/norma-n-0032025-de-07032025-via-verde-coronaria-vvc-no-adulto-pdf.aspx

Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In A. Tomey, & M. Alligood (Ed.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e teorias de Enfermagem* (5ª ed., pp. 481 - 496). Lusociência.

Emsden, C., Schäfer, U. B., Denhaerynck, K., Grossmann, F., Frei, I. A., & Kirsch, M. (2020). Validating a pain assessment tool in heterogeneous ICU patients: Is it possible?. Nursing in critical care, 25(1), 8–15. https://doi.org/10.1111/nicc.12469

Erdogan, Z., & Atik, D. (2017). Complementary health approaches used in the intensive care unit. Holist Nurs Pract, 31(5), 325–342. https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000227

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare-associated infections. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-online-resources-prevention-andcontrol-antimicrobial-resistance-amr

European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Ação da UE em matéria de resistência aos antimicrobianos. Ação da UE em matéria de resistência aos antimicrobianos - Comissão Europeia

European Pain Federation, Pain Alliance Europe, & Societal Impact of Pain. (2024). *A carga da dor. Um livro de evidencias sobre o impacto social da dor* (SIP)

Figueiredo, A. R, Potra, T. & Lucas, P. (2019) Comunicação eficaz nas transições de saúde: umrevisão scoping in Costa, A. P, Oliveira, C., Synthia, E., Ribeiro, J., Presado, H. & Baixinho, C (Ed.) (2019) CIAIQ2019 - Atas do 8º congresso ibero-americano em investigação qualitativa - investigação qualitativa em saúde. V.2. ISBN: 978-989-54476-4-0

Gélinas, C. (2010). Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical Care Pain Observation Tool. Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 11(2), 115–125. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.05.002

Gélinas, C. & Arbour, C. (2009). Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: similar or different?. Journal of Critical Care, 24(4). https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.01.013

Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 15(4), 420 427.

Gonçalves, T. (2017). O conforto do doente crítico: cuidados de enfermagem [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27941?locale=en

International Council of Nurses. (2015). Enfermeiros uma força para a mudança. Genebra, Suíça

International Council of Nurses [ICN] (2022). Core Competencies in Disaster Nursing: Competencies For Nurses Involved in Emergency Medical Teams (Level III). Geneva,

Switzerland: ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023_04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf

Jordão, E.(2021). Infeções associadas aos cuidados de saúde no doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem]. Repositório da Universidade do Minho

Khanna, P., Pandey, R. K., Chandralekha, C., Sharma, A., & Pangasa, N. (2018). Comparison between Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators for pain assessment in the critically ill, mechanically ventilated adult patients. Saudi Journal of Anaesthesia, 12(3), 384–388. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_642_17

Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice - A vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company

Kouhi, F., Froutan, R., & Bagheri Moghaddam, A. (2023). *Investigating the effect of the CPOT-based pain management program on the pain intensity and dose adjustment of analgesics in mechanically ventilated patients: A randomized clinical trial*. *Nursing Practice Today, 10*(3), 208–218. https://doi.org/10.18502/npt.v10i3.13430

La Calle, G., Martin, M. & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 29, 9-13. doi: http://dx.doi.org/10.5935/0103507X.20170003

Larrabee, J. H. (2011). Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem. Porto Alegre: AMGH Editora. ISBN: 9788563308917

Lebert, R. (2020). Evidence-based massage therapy: A guide for clinical practice. eCampusOntario.

Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. Healthcare (Basel, Switzerland), 10(6), 1075. https://doi.org/10.3390/healthcare10061075

Martins, E. (2022). Protocolo via verde sépsis: práticas promotoras da qualidade e segurança do doente crítico. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus]. Repositório Científico da Universidade de Évora. http://hdl.handle.net/10174/32216

Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Intensiva*. Lisboa: República Portuguesa Saúde

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, Série II, n.º 187, parte C. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., … Morais, J. (2020). *Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança*. Revista Portuguesa de Cardiologia, 39(7), 401–406. https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007

Nazari, R., Froelicher, E., Nia, H., Hajihosseini, F., & Mousazadeh, N. (2022). Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. Indian journal of critical

care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine, 26 (4), 472–476. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071 24154

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Revista Percursos (17), 3–9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito %20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem. 2ª ed. Lusodidacta.

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/41867

Oliveira, C. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3815/1/ulsd060949_td_Celia_Oliveira.pdf

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 percepcionada 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. (2012). Indicadores de desenvolvimento profissional dos enfermeiros: Um referencial para a certificação de competências. Conselho Internacional dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-finalportugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, 2ª Série, n.º 48. 5948 – 5952. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2016). Medication Errors: technical series on safer primary care. World Health Organization.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *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. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Atribuição da função de responsável de turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCE EMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 429/2018: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República: série II, n.º 135, de 16 de julho de 2018, pp. 19362-19363. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, nº26, 4744-4750. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Regulamento n.º 743/2019 de 25 de dezembro, Diário Da República: Série II, n.º 184. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Tomada de Posição sobre a admissão de Enfermeiros recém-formados em Serviço de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2020-2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20797/ce_mceemc_admiss%C3%A3o-de-enfermeirosrec%C3%A9m-formados-em-servi%C3%A7o-de-medicina-intensiva-e-unidades-de-cuidadosintensivos.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados Enfermeiro Especialista. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-paraest%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dosmestrados-enf-especialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Regulamento n.º 674/2021: Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem em prevenção e controlo de infeção. Diário da República, 2.ª série, N.º 139, 138.

Organization for Economic Co-operation and Development. (2025). *The state of cardiovascular health in the European Union*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/the-burden-of-cardiovascular-disease_e28210c3.html

Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., Grossi, S., da Silva, M., Cruz, V., & Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39(2), 229-233. DOI:10.1590/S0080- 62342005000200014

Park, J., Lavin, R., & Couturier, B. (2014). Choice of nonpharmacological pain therapies by ethnically diverse older adults. Pain Management, 4(6), 389–406. https://doi.org/10.2217/pmt.14.43

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência

Pimenta, C., Pastana, I., Sichieri, K., Solha, R., & Souza, W. (2015). Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

Pinho, J. (2020). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-419-6

Pires, M., Pedrosa, M., & Marques, M. (2021). Gestão da dor aguda no doente crítico. Universidade de Évora. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/34686/1/11%20abril-Dor%202021.pdf

Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, I Série, de 2018-08-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decretolei/65-2018-116068879

Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. , Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. The Journal of the International Association for the Study of Pain, 161(9), pp. 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 28(5-6), 762-774. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30362645/

Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Um estudo em hospitais portugueses. Revista de Enfermagem Referência, 4(14), 89-100. https://doi.org/10.12707/RIV16086

Rijkenberg, S., Stilma, W., Bosman, R. J., van der Meer, N. J., & van der Voort, P. H. J. (2017). Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia, 31(4), 1227–1234. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.03.013

Rosa, A., Macedo, B., Assunção, D., Virgolino, G., Almeida, J., Rocha, L., Almeida, M., Figueira, M., Resende, N., Lobato, P., Ribeiro, T., & Vasconcelos, T. (2020) Manual de avaliação e tratamento da dor. Universidade do Estado do Pará. Editora da Universidade do Estado do Pará – EDUEPA. https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf

Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. G. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 23(1), 18-23. https://doi.org/10.24950/rspmi.777

Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M. F., Moura, A., & Zanetti, A (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. Revista brasileira de https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621 enfermagem, 71(1), 126–134

Sales, L., Barroso, F., & Ramos, S. (2021). Identificação inequívoca do doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (1.ª Ed.), Guia prático para a segurança do doente (pp. 209–216). Lidel.

Sanaie, N., Pazokian, M., Khari, S., & Khalandi, F. (2024). *Development and psychometric evaluation of the comprehensive nonverbal pain assessment tool (CNPAT) in the intensive care unit*. Evidence Based Care, 14(3), 25–34. https://doi.org/10.22038/ebcj.2024.75805.2929

Santos, E., Takashi, M. (2023). Implantação dos protocolos de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva- revisão integrativa. REVISA. 12(2). 260-276. https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/135/227

Sedighi, L., Shirozhan, S., Talebi Ghane, E., Taher, A., Eliasi, E., Gomar, R., & Mollai, Z. (2024). *Comparison of the accuracy and the response time to behavioral pain scales (BPS and CPOT) during painful procedures in the intensive care unit*. *Journal of Education and Health Promotion, 13*, 334. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_780_23

Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). Comunicação Clínica e Relação de ajuda. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1.

Shan, K., Cao, W., Yuan, Y., Hao, J. J., Sun, X. M., He, X., Li, G. Y., Wang, Y. M., & Zhou, J. X. (2018). Use of the critical-care pain observation tool and the bispectral index for the detection of pain in brain-injured patients undergoing mechanical ventilation: A STROBE-compliant observational study. Medicine, 97(22), e10985. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010985

Soares, M. (2012). *O Therapeutic Scoring System-28: A importância do seu registo numa Unidade de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto]. Universidade do Porto

Soares, W., Magalhães, M., Rodrigues, V., Alves, M., Cunha, S., Moura, W., Antunes, D., Magalhães, T., & Carneiro, A. (2023). Termoterapia: principais referências, rede de coocorrência e trending topics. Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, 15(3), 1-12. https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1291

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2024). Recomendações para o seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família. Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva – Ordem dos Médicos. https://www.spci.pt/grupos/follow-up-no-doente-critico

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). Plano Nacional de Avaliação da Dor. https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E. (2025). *Manual de Integração para Enfermeiros – Serviço de Medicina Intensiva.* Évora, Portugal.

Tagharrobi, Z., Mohammadkhan Kermanshahi, S., & Mohammadi, E. (2016). Clinical nurses' perceptions of the opportunities for using complementary therapies in Iranian clinical settings: A qualitative study. Complementary Therapies in Clinical Practice, 24, 11–18. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.003

Unidade Local de Saúde do [redacted], E.P.E. (2026). *Unidade Local de Saúde do [redacted] (ULS[redacted])*. Disponível em: https://www.[redacted]min-saude.pt/2025/11/28/unidade-local-de-saude-do-alentejo-central-ulsac/

Unidade Local de Saúde do [redacted], E.P.E. (2025). *Posicionamento estratégico*. ULS[redacted]. Disponível em: https://www[redacted].min-saude.pt/posicionamento-estrategico/

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

Yousefi, H., Abedi, H., Yarmohammadian, M., & Elliot, D. (2009). Confort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. Journal of Advanced Nursing, 65 (9), 1861–1898. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x

APÊNDICES

APÊNDICE I – Resumo da *Scoping Review*: "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT"

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT

Jesus, R.[1]

[redacted]

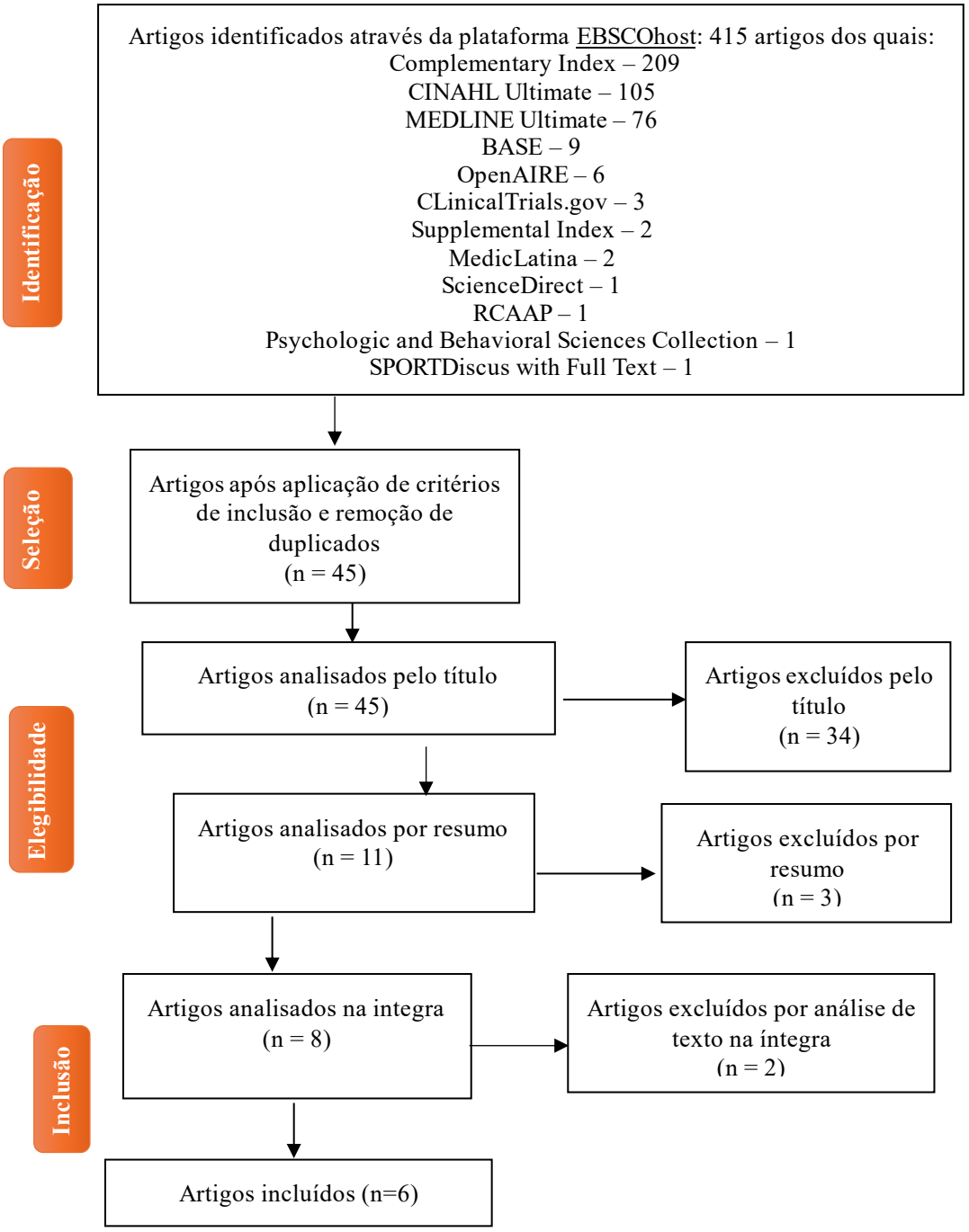
RESUMO

Introdução: A dor, amplamente prevalente no doente crítico e frequentemente associada a procedimentos de enfermagem, requer uma gestão eficaz, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos, do conforto e recuperação global da pessoa. Em doentes não comunicantes, a sua avaliação constitui um importante desafio, exigindo instrumentos comportamentais validados. A *Critical-Care Pain Observation Tool* evidencia-se como ferramenta fiável, sensível e de aplicação prática na avaliação e otimização da gestão da dor.

Objetivo: Mapear a evidência existente sobre o impacto da utilização da escala CPOT na gestão da dor na pessoa em situação crítica não comunicante.

Metodologia: Realizou-se uma *scoping review*, segundo Joanna Briggs Institute, recorrendo à mnemónica PCC para a questão de investigação: "Qual o impacto da utilização da escala CPOT (C) na gestão da dor (C) na pessoa em situação crítica não comunicante (P)?". A pesquisa foi realizada nos motores de busca *EBSCOhost* e *B-ON*; foram utilizados os seguintes descritores, previamente validados: *Pain Assessment*; *CPOT*; *Medical Surgical Nursing*; *Intensive Care*; *Children*. Foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "NOT" para integrar os termos de pesquisa.

A pesquisa realizada teve como critérios de inclusão texto integral, relação das temáticas no resumo, analisados pelos pares e com data de publicação nos últimos 2 anos. Os critérios de exclusão foram: título discordante do tema; artigos que não se enquadravam na temática e artigos duplicados. Os artigos selecionados foram 6.



Resultados/Discussão: A dor constitui uma preocupação constante e um sintoma frequente na pessoa em situação crítica. Algumas das causas da dor em doentes de UCI estão relacionadas com os cuidados de enfermagem como a aspiração de secreções, a mudança de posição, a respiração profunda e o cuidado a feridas. Estima-se que a prevalência de dor nestes doentes atinja cerca de 50%, evidenciando a magnitude deste problema.

A inadequada gestão da dor pode originar consequências significativas, incluindo memórias negativas associadas ao internamento, aumento dos níveis de ansiedade e desenvolvimento de dor crónica. Entre os fatores que contribuem para um controlo ineficaz destacam-se a avaliação inadequada da dor, a formação profissional insuficiente e a ausência de práticas sustentadas na evidência científica. Por outro lado, uma abordagem eficaz e adequada associa-se a ganhos relevantes em saúde, nomeadamente a redução do tempo de ventilação mecânica, a diminuição do período de internamento e a redução das taxas de morbilidade e mortalidade.

Neste contexto, a utilização de instrumentos validados para a avaliação da dor assumem um papel crucial. A escala CPOT apresenta diversas vantagens, como a facilidade de utilização, o curto tempo de aplicação, a possibilidade de reavaliação após intervenções analgésicas e a elevada validade e fiabilidade. Tal como a BPS, a CPOT é considerada um instrumento essencial na avaliação da dor na pessoa em situação crítica, particularmente útil em pessoas não comunicantes ou incapazes de expressar verbalmente a sua dor. Ambas as escalas apresentam desempenhos semelhantes; contudo, a CPOT evidencia maior sensibilidade, enquanto a BPS apresenta maior especificidade. É recomendada a utilização complementar destas ferramentas, com vista a aumentar a precisão da avaliação da dor e a otimização da tomada de decisão clínica.

A CPOT não inclui itens referentes aos sinais vitais, que podem ser um alerta para a dor em caso de diminuição do nível de consciência. Os sintomas fisiológicos auxiliam na avaliação, porém, fatores como a ansiedade, inquietação e infeção podem alterar os parâmetros fisiológicos dos doentes.

Conclusão: A avaliação da dor na pessoa em situação crítica requer uma abordagem sistemática e baseada na evidência, destacando-se a CPOT pela sua sensibilidade e praticabilidade a doentes não comunicantes. A sua utilização, preferencialmente em complementaridade com a BPS, contribui para uma avaliação mais precisa da dor e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados Intensivos; Avaliação da Dor; CPOT; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Crianças.

APÊNDICE II – Plano de Sessão da Formação em Serviço

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO CLÍNICO	UCIP	
DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante - Aplicação da Escala CPOT	
DATA	29/01/2026	
DURAÇÃO DA AÇÃO	30	
OBJETIVO GERAL	a) Capacitar enfermeiros para avaliar e gerir a dor na pessoa em situação crítica não comunicante através da escala CPOT.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	a) Reconhecer a importância da avaliação da dor; b) Conhecer e aplicar a escala CPOT; c) Adequar intervenções de enfermagem de acordo com os resultados obtidos.	
FORMADOR (ES) **(Enfermeiros)**	Rute Cristina Boteta Jesus	

FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	AVALIAÇÃO	FORMADOR	DURAÇÃO (minutos)
INTRODUÇÃO	a) Apresentação do trabalho b) Pertinência do tema e contextualização	→ Apresentação da Temática → Definição de Dor	Expositivo	☐Quadros ☒Imagem e Fotografia ☒Texto ☐Banda Desenhada ☐Ecrãs (telas) de projeção ☒Videoprojetor e Data-Show ☐Vídeo e DVD ☐Câmara de Filmar ☒Apresentação PPT	Não Aplicável **TÉCNICAS** Não Aplicável	Rute Cristina Boteta Jesus Outro	10
DESENVOLVIMENTO	a) Escalas de Avaliação da Dor; b) Escala CPOT e os seus componentes; c) BPS vs CPOT.	→ Definições	Expositivo	☐Quadros ☒Imagem e Fotografia ☒Texto ☐Banda Desenhada ☐Ecrãs (telas) ☒Videoprojetor e Data-Show ☐Vídeo e DVD ☐Câmara de Filmar ☒Apresentação PPT	Não Aplicável **TÉCNICAS** Não Aplicável	Rute Cristina Boteta Jesus Outro	10
CONCLUSÃO	a) Scopping Review; b) Benefícios da CPOT na Prática de Enfermagem; c) Esclarecimento de dúvidas	→ Resultados obtidos da Scopping Review; → Exemplos de benefícios da aplicação da escala	Expositivo	☐Quadros ☒Imagem e Fotografia ☒Texto ☐Banda Desenhada ☐Ecrãs (telas) ☒Videoprojetor e Data-Show ☐Vídeo e DVD ☐Câmara de Filmar ☒Apresentação PPT	Não Aplicável **TÉCNICAS** Formulação de Questões (orais e/ou escritas)	Rute Cristina Boteta Jesus Outro	10

ELEMENTOS DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

ELEMENTOS	OBSERVAÇÕES
▪ Objetivos de aprendizagem	→ Capacitar enfermeiros para avaliar e gerir a dor na pessoa em situação crítica não comunicante através da escala CPOT
▪ Destinatários	Equipa de enfermagem do SMI
▪ Modalidade de formação	Formação em Serviço
▪ Forma de organização da formação	Formação exclusivamente presencial
▪ Conteúdos programáticos	→ Dor → Escalas de Avaliação da Dor → Escala CPOT → CPOT vs BPS → Scopping Review → Benefícios da CPOT na Prática de Enfermagem
▪ Carga horária	30 minutos
▪ Metodologias de formação	Método explicativo; demonstrativo e ativo
▪ Critérios e metodologias de avaliação	Esclarecimento de dúvidas
▪ Recursos pedagógicos	Apresentação em modalidade informática (powerpoint), esclarecimento de dúvidas em brainstorming
▪ Espaços e equipamentos	Sala polivalente do SMI Computador Videoprojetor

APÊNDICE III – Cartão de Avaliação da Dor através da escala CPOT

ITEM COMPORTAMENTAL	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO
EXPRESSÃO FACIAL	Relaxado = 0 Tenso = 0 A fazer caretas (esgar) = 2	**0 - 2**
MOVIMENTOS CORPORAIS	Ausência de movimentos ou posição normal = 0; Proteção = 1; Agitação = 2	**0 - 2**
TENSÃO MUSCULAR	Relaxado = 0; Tenso, rígido = 1; Muito tenso ou rígido = 2	**0 - 2**
SINCRONIZAÇÃO VENTILADOR OU VOCALIZAÇÃO	**Sincronização com Ventilador** A tolerar o ventilador ou movimento = 0; A tossir mas a tolerar = 1; A lutar contra o ventilador = 2 **Vocalização** A falar em tom normal ou sem som = 0; Geme, suspira = 1; Chora, soluça = 2	**0 - 2**

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida

Certifica-se que **Rute Cristina Boteta Jesus**, nascido(a) em 09/04/1995, com o número de identificação civil ****1448, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 13/03/2025 a 14/03/2025, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 14 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

American Heart Association. | AUTHORIZED TRAINING CENTER

Certificado nº 25102511

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO II – Certificado de Conclusão do Curso de *International Trauma Life Support*

ITLS International Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Rute Cristina Boteta Jesus

has completed the

Advanced Provider

date
6/7/2025

course site
Ocean Medical, PORTO SALVO,

course director

course coordinator
Pedro Caldeira RN

license number

license state/province

NREMT-P number

ITLS International Trauma Life Support — *Improving Trauma Care Worldwide*

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 **Course #:** 24-ITLS-F2-0202 **CEH Type:** Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to: https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org

ITLS International Trauma Life Support **415789-58796**

Rute Cristina Boteta Jesus

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider

Card Issue Date **6/7/2025** Expiration Date **06/2028**

Course Number **58796** Course Location **Ocean Medical, PORTO SALVO,**

ANEXO III – Certificado de Conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Certifica-se que **Rute Cristina Boteta Jesus**, nascido(a) em 09/04/1995, com o número de identificação civil ****1448, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 10/04/2025 a 11/04/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de abril de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

American Heart Association. | AUTHORIZED TRAINING CENTER

Certificado nº 25109715

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO IV – Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico

#DC '25 CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Rute Cristina Boteta Jesus

participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, com a duração de 13 horas e que decorreu nos dias 7 e 8 de novembro, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

O Presidente da APE

Lisboa, 10 de Novembro de 2025

João José Santos Fernandes

WORKSHOPS | MASTERCLASSES IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV

SAÚDE ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICO SETÚBAL

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

ANEXO V – Certificado de Participação no "Curso Avançado em Abordagem Precoce do Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra de ST"

apic ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR sociedade portuguesa de cardiologia

STEMINEM by apic

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que **Rute Jesus** participou **no Curso STEMINEM** – Curso Avançado em Abordagem Precoce do Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra de ST, que se realizou no dia 3 de outubro de 2025 no Auditório do NERE (Núcleo Empresarial da Região de Évora) das 14h00 às 19H00.

Lisboa, 21 de janeiro de 2026

Joana Delgado Silva

Presidente

ANEXO VI – Certificado de Participação no *Webinar* "(Re)Agir: Quando o Impossível Acontece- Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe"

Certifica-se que **Rute Cristina Boteta Jesus**, nascido(a) em 09/04/1995, com o número de identificação civil ****1448, participou no seminário

// (RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE

GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira

Certificado nº 260701797

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO VII – Certificado de Participação no *Webinar* Catástrofe

Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

RUTE CRISTINA BOTETA JESUS

membro nº **93348** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Catástrofe"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 23 de Setembro de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex".**

Lisboa, 23 de Setembro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

ANEXO VIII – Certificado de Participação no *Webinar* ""*Highlights from the ERC Resuscitation Guidelines"*

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

Letter of Attendance

Dear Rute Jesus,

Thank you for attending the webinar organized by the European Resuscitation Council, titled "**Highlights from the ERC Resuscitation Guidelines (ALS, Post-resuscitation Care, Special Circumstances)**", which took place on November 26th, 2025, from 19:00 to 20:00. We hope you found the event insightful and engaging.

The session was part of the ERC's ongoing educational programme, aimed at enhancing knowledge and best practices in the management of cardiac arrest.

We trust that this learning experience has contributed meaningfully to your professional development and continuing education.

Sincerely,
European Resuscitation Council

European Resuscitation Council vzw
Galileilaan 11 – Isala
BE-2845 Niel - Belgium
www.erc.edu

ANEXO IX – Certificado de participação nas sessões de formação realizadas no Serviço de Medicina Intensiva

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que a Enfermeira Rute Cristina Boteta Jesus, que realizou estágio no Serviço de Medicina Intensiva no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, participou no dia 25/11/2025 na formação em serviço subordinada aos temas:

- Carga de Trabalho de Enfermagem, Dotações Seguras, Infeções associadas aos Cuidados de saúde
- Abordagem Comunicacional com a pessoa com cognição comprometida
- Cuidados Oculares ao Doente Internado no SMI
- Protocolo de cuidados ao doente submetido a cirurgia cardiovascular e circulação extra-corporal
- Cuidados de Enfermagem à pessoa hemodialisada com fístula arteriovenosa em situação crítica
- Técnicas Dialiticas Intermitentes na 5008
- Monitorização da pressão do Cuff no Doente Ventilado
- Cuidados de Enfermagem ao utente Orto Traumático e uso de dispositivos clínicos (Tração Cutânea)

Por ser verdade e me ter sido solicitado, emito a declaração.

[redacted], 25 de novembro de 2025

Enfermeira Gestora
Maria Manuel Varela
Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalente

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que a Enfermeira Rute Cristina Boteta Jesus, que realizou estágio no Serviço de Medicina Intensiva no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, participou no dia 29/01/2026 na formação em serviço subordinada aos temas:

- Plano de cenário para sessão de treino simulado em suporte avançado de vida
- Fatores que determinam a tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado a pessoa em situação crítica com trauma
- Instrução de trabalho sobre nutrição entérica no doente critica internado no SMI
-

Por ser verdade e me ter sido solicitado, emito a declaração.

[redacted], 29 de janeiro de 2026

Enfermeira Gestora
Maria Manuel Varela
Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalente

ANEXO IX – Certificado de participação, na qualidade de formadora, na sessão de formação – "Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Não Comunicante – Aplicação da Escala CPOT", realizada no Serviço de Medicina Intensiva

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que a Enfermeira Rute Cristina Boteta Jesus, que realizou estágio no Serviço de Medicina Intensiva no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica apresentou no dia 29/01/2026 na formação em serviço o tema:

- Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica – Aplicação da Escala CPOT

Por ser verdade e me ter sido solicitado, emito a declaração.

[redacted], 29 de janeiro de 2026

Enfermeira Gestora
Maria Manuel Varela
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente