



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

Telma  
Coelho

A SUPERVISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

A SUPERVISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DA DOR NO DOENTE  
CRÍTICO

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Telma Juliana Pinto Coelho



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**A SUPERVISÃO CLÍNICA NA GESTÃO  
DA DOR NO DOENTE CRÍTICO**

**CLINICAL SUPERVISION IN PAIN  
MANAGEMENT IN CRITICAL PATIENTS**

Dissertação orientada pela Professora  
Doutora Cristina Barroso Pinto e  
coorientada pela Professora Doutora  
Manuela Teixeira

Telma Juliana Pinto Coelho

Porto, 2023



*“A diferença entre o Sucesso e o Fracasso,  
está no Grau de Comprometimento!”*

António Marques



## AGRADECIMENTOS

Nesta etapa relevante na minha vida pessoal e profissional, não poderia deixar de dar umas palavras de agradecimento a quem esteve sempre do meu lado, com todo o seu apoio incondicional para a realização deste trabalho.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Cristina Barroso Pinto e a Professora Doutora Manuela Teixeira, o meu Muito Obrigada pela partilha de conhecimento, pelo empenho e rigor que sempre incutiram em mim e por todo o apoio incondicional nos momentos difíceis. Um Muito Obrigada por serem uma referência para mim, na ciência de Enfermagem e da Supervisão Clínica, fazendo-me acreditar que podemos sempre ir mais além.

Ao meu filho, Gustavo, a minha Luz e motivação para ser mais e melhor em cada dia. Tudo que faço é por ti e para ti. Neste percurso, foste a minha força e inspiração.

Ao meu marido, Hugo Moura, pelo seu companheirismo, pelo apoio incondicional e pela compreensão nos momentos mais difíceis deste percurso. Agradecer-te é apenas uma singela homenagem. Obrigada por acreditares em mim, na minha capacidade de superação e por deixares-me sonhar e voar na criação de algo mais.

À minha Mãe, Ida Matos, por todo o apoio e carinho. Obrigada por estares sempre presente, e por tudo que já fizeste, fazes e sei que o farás por mim, e por teres contribuído para a pessoa que me tornei. Muito Obrigada, Mãe!

À minha avó Felizarda, que apesar de não me ver a concluir esta etapa importante, é uma peça fundamental na minha vida, fonte de inspiração para ser melhor pessoa e profissional.

A todos os enfermeiros da UCIP que participaram neste estudo, Muito Obrigada pelo vosso contributo, partilha e apoio. Obrigada por acreditarem que podemos evoluir e acrescentar empoderamento a ciência de Enfermagem.

A todos, o meu Muito Obrigada!



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B-ICU - B-Simple Intensive Care Unit

BPS - Behavioral Pain Scale

BPS-NI - Behavioral Pain Scale - Non-Intubated

CIT - Contrato Individual de Trabalho

CPOT - Critical-Care Pain Observation Tool

DGS - Direção Geral de saúde

DF - Degree of Freedom

DP - Desvio padrão

E-CASH - Early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives, and maximal Humane care

EUSEM - European Society of Emergency Medicine

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

H - Hora

IASP - International Association for the Study of Pain

IS - SCE - Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem

ICN - Internacional Council of Nurses

NRS - Numerical Rating Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SIG. - Significância

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPSS - Software Statistical Package for the Social Sciences

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VE - Ventilação Espontânea

VDS - Verbal Description Scale

VAS - Visual Analogue Scale

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

et al. - (et alli): e outras

p. - página

## RESUMO

A supervisão clínica alicerça a gestão da Dor no doente crítico, através da capacitação e empoderamento dos enfermeiros na tomada de decisão, permitindo assegurar um padrão de qualidade de cuidados prestados ao doente crítico. O presente estudo refere o diagnóstico de situação efetuado ao Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem Dor no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos, baseando-se no modelo SafeCare.

O estudo tem como objetivos: identificar como é feita a avaliação da Dor no doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital do distrito do Porto; identificar as necessidades formativas a integrar nas sessões de supervisão clínica dos enfermeiros relativamente ao Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem Dor; e comparar a avaliação da Dor no doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos num hospital do distrito do Porto antes e após as sessões de supervisão clínica.

É um estudo de investigação quantitativa, do tipo quase-experimental (pré e pós-intervenção) e transversal. A população-alvo é constituída por 31 enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital do distrito do Porto. A recolha de dados consistiu em auditorias ao Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem Dor, efetuadas durante o mês de novembro de 2022 e o mês de maio de 2023, em 92 processos clínicos de doentes críticos numa Unidade de Cuidados Intensivos, através do programa de registos clínicos B-Simple (B-ICU).

As áreas identificadas com necessidade de intervenção supervisiva, foram a “Avaliação da Dor” e a “Gestão da Dor”, sendo *à posteriori* incluídas nas sessões supervisivas, sob a forma de formação e acompanhamento. Foi salientada a importância da avaliação da Dor, a importância do tratamento não farmacológico, e o conhecimento sobre as complicações da ineficaz gestão da Dor.

Da análise dos resultados verificou-se uma melhoria no Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem Dor na pós-intervenção, demonstrando melhoria da segurança e qualidade de cuidados prestados ao doente crítico. Este aspeto veio demonstrar que a adoção de um processo de Supervisão Clínica em Enfermagem estruturado contribui para a melhoria da gestão da Dor numa Unidade de Cuidados Intensivos.

**Palavras-chaves:** Supervisão clínica em Enfermagem; Modelo SafeCare; Gestão da Dor; Doente crítico



## ABSTRACT

Clinical supervision underpins the pain management in the critically ill patient by enabling and empowering nurses to make decisions and ensuring a standard of quality care for the critically ill patient. This study refers to the situation diagnosis regarding the Sensitive Indicator to Clinical Supervision in Nursing Pain in the Intensive Care Unit context, based on the SafeCare model.

The study aims to: identify how pain is assessed in critically ill patients in an Intensive Care Unit in a hospital in Porto district; identify the training needs to be included in nurses' clinical supervision sessions in relation to the Sensitive Indicator to Clinical Supervision in Nursing Pain; and compare the assessment of pain in critically ill patients in an Intensive Care Unit in a hospital in Porto district before and after clinical supervision sessions.

This is a quantitative, quasi-experimental (pre- and post-intervention), cross-sectional research study. The target population consisted of 31 Intensive Care Unit nurses from a hospital in the Porto district. The data collection consists of audits of the Sensitive Indicator to Clinical Supervision in Nursing Pain, carried out during the month of November 2022 and the month of May 2023, on 92 clinical files of critically ill patients in an Intensive Care Unit, using the B-Simple (B-ICU) clinical records software.

The areas identified as needing supervisory intervention were "Pain Assessment" and "Pain Management", which were subsequently included in the supervisory sessions in the form of training and follow-up. The importance of pain assessment, the importance of the non-pharmacological treatment and knowledge about the complications of ineffective pain management were emphasized.

From the analysis of the results, there was an improvement in the Sensitive Indicator to Clinical Supervision in Nursing Pain in the post-intervention period, demonstrating improved safety and quality of care provided to the critically ill patient. This demonstrates that the adoption of a structured process of Clinical Supervision in Nursing contributes to the improvement of the Pain Management in an Intensive Care Unit.

**Keywords:** Clinical Supervision in Nursing; SafeCare Model; Pain Management; Critically Ill Patient



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	23
1.1 Supervisão Clínica em Enfermagem.....	23
1.1.1 Do conceito aos modelos em supervisão clínica.....	23
1.1.2 Contributo da supervisão clínica em enfermagem na qualidade de cuidados ao doente crítico .....	28
1.2 A Dor no doente crítico.....	30
1.2.1 Dor: conceitos e avaliação .....	31
1.2.2 Gestão da Dor no doente crítico .....	35
2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	41
2.1 Questão de Partida.....	41
2.2 Finalidade e Objetivos.....	41
2.3 Tipo de Estudo.....	42
2.4 Participantes .....	42
2.5 Instrumento e Processos de Recolha e Análise e Tratamento de Dados .....	43
2.6 Considerações Éticas.....	44
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	47
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	61
CONCLUSÃO .....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS .....	79
ANEXO I - Questionário sobre a Caraterização Sociodemográfica da População-Alvo	
ANEXO II - Protocolo Sedação, Analgesia e Delírium	
ANEXO III - Plano das Sessões de Formação de Supervisão Clínica	
ANEXO IV - Autorização da Comissão de Ética do Hospital	
ANEXO V - Consentimento Informado de Participação na Investigação	
ANEXO VI - Tabelas de Localização da Dor na Pré e Pós-Intervenção	
ANEXO VII - Tabela de Fatores Exacerbadores da Dor na Pré-Intervenção	
ANEXO VIII - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Médico na Pré-Intervenção	
ANEXO IX - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Médico na Pós-Intervenção	

ANEXO X - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Cirúrgico na Pré-Intervenção

ANEXO XI - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Cirúrgico na Pós-Intervenção

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Dor nas 24 horas, 48 horas, 72 horas e após 72 horas na Pré-Intervenção .....	47
TABELA 2: Tipo, Localização, Duração, Intensidade e Fatores de exacerbação da Dor na Pré-Intervenção.....	48
TABELA 3: Intensidade da Dor no Doente com Ventilação Espontânea e Ventilação Mecânica Invasiva na Pré-Intervenção.....	49
TABELA 4: Tratamento da Dor na Pré-Intervenção.....	50
TABELA 5: Dor nas 24 horas, 48 horas, 72 horas e após 72 horas na Pós-Intervenção .....	50
TABELA 6: Tipo, Localização, Duração, Intensidade e Fatores de exacerbação da Dor na Pós-Intervenção.....	51
TABELA 7: Intensidade da Dor no Doente com Ventilação Espontânea e Ventilação Mecânica Invasiva na Pós-Intervenção.....	52
TABELA 8: Tratamento do IS-SCE Dor na Pós-Intervenção.....	53
TABELA 9: Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Médico na Pré-Intervenção .....	54
TABELA 10: Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Médico na Pós-Intervenção .....	54
TABELA 11: Frequência da avaliação do IS-SCE Dor Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Médico .....	55
TABELA 12: Frequência da não avaliação do IS-SCE Dor Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Médico .....	55
TABELA 13: Teste t para amostras emparelhadas na não avaliação do IS-SCE Dor, no doente do foro Médico.....	56
TABELA 14: Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Cirúrgico na Pré-Intervenção.....	57
TABELA 15: Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Cirúrgico na Pós-Intervenção.....	57
TABELA 16: Frequência da avaliação do IS-SCE Dor na Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Cirúrgico.....	58

TABELA 17: Frequência da não avaliação do IS-SCE Dor na Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Cirúrgico.....58

TABELA 18: Teste t para amostras emparelhadas na não avaliação do IS-SCE Dor no doente do foro Cirúrgico .....59

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Etapas do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p.15).....	26
FIGURA 2: Eixos do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p.12) .....	27
FIGURA 3: O conceito e-CASH (adaptado de Vincent et al., 2016, p.963) .....	36



## INTRODUÇÃO

Na dicotomia saúde-doença tem vindo a aumentar o grau de complexidade e de exigência, requerendo por parte dos profissionais de saúde que a sua prática seja sustentada em evidência científica, maior flexibilidade e adaptabilidade a novas situações, culminando na inovação, na capacidade de mudança e aquisição de novos conhecimentos e práticas, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Teixeira, 2021).

Esta atualização constante implementada, requer um pilar como a supervisão clínica, que contribui para o suporte formal, na tomada de decisão, na aquisição de competências técnico-científicas, no pensamento crítico-reflexivo, de forma a promover o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

A supervisão clínica em enfermagem (SCE), ao contribuir para os sistemas de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, tem impacto direto na segurança da prática diária dos enfermeiros no contexto clínico, apresentando maiores níveis de satisfação no trabalho, e um atendimento de excelência ao doente. No que se refere ao doente crítico, esta qualidade e segurança dos cuidados é uma exigência inigualável, pela sua complexidade e instabilidade clínica e hemodinâmica. Em cuidados intensivos, a gestão eficaz da Dor é uma prática em constante evolução.

A Dor é o 5º sinal vital e a sua avaliação é um direito do doente crítico, sendo um dever profissional, constituindo um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (Pinho, Carneiro & Alves, 2017). A gestão da Dor diferenciada e eficaz, é considerada um padrão da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem ao doente crítico, preconizando a sua avaliação e monitorização, e uma combinação do tratamento farmacológico e não farmacológico (Teixeira & Durão, 2016; OE, 2018a; Nordness et al., 2021).

É primordial capacitar os enfermeiros na identificação precoce da presença de Dor, na sua avaliação e monitorização, no uso de instrumentos adequados para a sua avaliação, e na utilização de indicadores válidos e adequados que permitam a avaliação eficiente (Teixeira & Durão, 2016; Nordness et al., 2021; Chanques & Gélinas, 2022).

Deste modo, permitindo perceber a eficácia das intervenções implementadas, e consequentemente, obter um tratamento da Dor direcionado e personalizado ao doente crítico (Teixeira & Durão, 2016; Nordness et al., 2021; Chanques & Gélinas, 2022).

A experiência profissional em cuidados intensivos associada à constatação desta problemática foi a motivação para o desenvolvimento deste estudo. Este trabalho de investigação tem como finalidade, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico com Dor numa unidade de cuidados intensivos (UCI).

A questão de partida que suporta este estudo é: “De que modo a supervisão clínica em enfermagem pode contribuir para a melhoria na gestão da Dor no doente crítico em cuidados intensivos?”

De forma a dar resposta a esta questão, foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativa, do tipo quase-experimental (pré e pós-intervenção) e transversal, baseado num modelo de supervisão clínica em enfermagem, o Modelo SafeCare. Este fundamenta-se em quatro eixos estruturantes: o contexto, os cuidados de enfermagem, o desenvolvimento profissional e a supervisão (Carvalho et al., 2019).

Este modelo, introduz o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE). Este indicador, é definido como algo mensurável e operacionalizado de forma a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da Supervisão clínica em enfermagem (Carvalho et al., 2019).

O Modelo SafeCare foi implementado numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) de uma Instituição hospitalar no distrito do Porto. Essa implementação compreendeu três etapas do modelo: o diagnóstico de situação, a implementação do Modelo SafeCare e a avaliação dos resultados.

Neste estudo, foi escolhido como Indicador Sensível à Supervisão Clínica, a Dor, no contexto do doente crítico em cuidados intensivos.

Os objetivos delineados para dar resposta à questão de investigação, foram os seguintes: Identificar como é feita a avaliação da Dor no doente crítico numa UCIP de um hospital do distrito do Porto; Identificar as necessidades formativas a integrar nas sessões de supervisão clínica dos enfermeiros relativamente ao IS-SCE Dor; e, Comparar a avaliação da Dor no doente crítico numa UCIP de um hospital do distrito do Porto antes e após as sessões de supervisão clínica.

O processo de recolha de dados consistiu na realização de auditorias ao indicador Dor (IS-SCE) no doente crítico numa UCIP, sendo *à posteriori*, realizada a análise de dados, através de uma análise estatística e descritiva. As auditorias foram realizadas durante os meses de novembro de 2022 e de maio de 2023, através do programa de registos clínicos B-Simple (B-ICU). Para o tratamento estatístico dos dados foi construída, uma base de dados, no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0.

Este trabalho insere-se no âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2022/2023.

A organização deste relatório tem como propósito explicar o objetivo da investigação, e está intimamente relacionada com a forma como se desenvolveu o percurso de investigação do estudo, sendo deste modo, dividido em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, é abordada a temática da supervisão clínica, desde os conceitos aos modelos em supervisão clínica e os contributos da supervisão clínica em enfermagem para a qualidade de cuidados ao doente crítico. Ainda nesse capítulo, é retratada a problemática da Dor no doente crítico, desde os conceitos à avaliação da Dor, culminando na gestão da Dor no doente crítico, perfazendo, deste modo, o enquadramento teórico da dissertação.

O segundo capítulo, constitui o enquadramento metodológico, que assenta nas opções metodológicas assumidas ao longo de todo o percurso de investigação.

No terceiro capítulo é feita a apresentação dos resultados do estudo, retratando a caracterização, o tratamento e a avaliação do IS-SCE Dor.

O quarto capítulo correspondente à discussão dos resultados. O último, e quinto capítulo, é referente à conclusão, onde se faz uma síntese final como reflexão do percurso efetuado, sobressaindo os aspetos mais relevantes e significativos do estudo, as limitações do mesmo e algumas sugestões para investigações futuras.



## 1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para uma melhor compreensão da supervisão clínica em enfermagem num todo, é necessário perceber o ponto de partida da origem do seu conceito até aos dias de hoje, a evolução e desenvolvimento dos seus modelos e compreender o contributo da SC para a qualidade de cuidados de saúde, em particular, ao doente crítico. Relativamente ao IS-SCE Dor no doente crítico, serão abordados os conceitos, o método de avaliação da dor e, ainda, explorada a gestão da dor no doente crítico.

### 1.1 Supervisão Clínica em Enfermagem

A supervisão clínica é um processo que tem vindo a assumir um papel preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer a nível nacional quer internacional (Augusto, 2020). Ela, tem-se apresentando como um instrumento de suporte, em vários países, nomeadamente, no Reino Unido, na Austrália, na Nova Zelândia e países da Escandinávia, permitindo assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Cruz, 2012; Augusto, 2020). Nesses países, verifica-se a existência de várias publicações e *guidelines* referentes à prática da supervisão clínica em enfermagem.

#### 1.1.1 Do conceito aos modelos em supervisão clínica

Com base numa revisão histórica, a origem do conceito de supervisão clínica, emergiu em duas possíveis correntes, a corrente americana e a corrente europeia.

Relativamente a corrente americana, concretamente em Nova Iorque, surgiu ligada à psicoterapia, sendo posteriormente na década de 90, Hildegard Peplau, ter desenvolvido uma abordagem mais consistente e sustentada na prática de enfermagem (Abreu, 2002; Winstanley & White, 2003; Cross; Moore & Ockerby, 2010). Quanto à corrente europeia, surgiu

especificamente no Reino Unido, com os princípios da supervisão clínica implementados por Florence Nightingale, no século XIX (Abreu, 2002; Winstanley & White, 2003; Cross; Moore & Ockerby, 2010). A nível europeu, o Reino Unido foi um dos países precursores da Supervisão clínica, assumindo-a como uma forma de gestão clínica, que visa dar resposta aos acontecimentos relatados no *Allitt Inquiry* em 1991, e ao stress e desgaste que os enfermeiros estavam sujeitos no exercício da sua profissão, de forma a providenciar-lhes suporte e acompanhamento nas suas práticas (Winstanley & White, 2003; Abreu, 2007).

Butterworth e Faugier (1992), foram uns dos pioneiros europeus na referência da supervisão clínica, ao a descreverem como uma permuta recíproca de conhecimento e experiência entre profissionais clínicos com o objetivo de desenvolvimento de competências profissionais, tendo por base, o modelo de Proctor (1986). Enquanto, Hildegard Peplau, com uma teoria de médio alcance, tornou-se uma das vanguardistas americana ao salientar a importância do acompanhamento clínico para o desenvolvimento de características pessoais e competências relacionais, como aspetos centrais na supervisão clínica em enfermagem (Abreu, 2003).

A *American Nurses Association* enfatizou a Supervisão Clínica, ao torná-la obrigatória na certificação da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, através do documento “*Division of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice*” em 1976. Surgindo ainda, na América, as primeiras definições de supervisão clínica em enfermagem, que correspondia a um processo focado no desenvolvimento profissional e suas potencialidades, numa atmosfera informal de partilha, colaboração e suporte (Lynch & Happell, 2008).

A supervisão clínica assumiu relevância na disciplina de enfermagem, formalmente em 1997, quando o Ministério da Saúde australiano, recomendou que todos os profissionais que prestassem cuidados de enfermagem na área de saúde mental, tivessem acesso à supervisão clínica, formal ou informal (Winstanley & White, 2003; Wright, 2012). Apesar de desde 1980 a supervisão clínica em enfermagem ter sido alvo de estudo regular (Cutcliffe, Sloan, & Bashaw, 2018), em Portugal, o conceito remonta à área das ciências da educação, associada ao contexto da formação de professores. O supervisor é definido como um mediador na aprendizagem e desenvolvimento do formando, quer a nível pessoal quer profissional, e que de acordo com a natureza da interação criada, poderá ser facilitador ou inibidor, sendo sempre imprescindível que a interação gerada se desenrole num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante (Alarcão, 2001; Alarcão & Tavares, 2003).

Em Portugal, o conceito de supervisão clínica aliado à ciência de enfermagem surgiu essencialmente devido a três fatores que se associaram a esse processo: o movimento da educação permanente; a investigação desenvolvida na área da qualidade e cuidados de enfermagem; e os processos de certificação de qualidade (Abreu, 2007; Garrido et al., 2008; Carvalho & Barroso, 2019).

Ao longo dos tempos, o conceito tem vindo a sofrer uma metamorfose constante, uma vez que a sua definição, princípios e estratégias supervisivas tornaram-se mais complexas e dinamizadoras na área da saúde, com impacto direto na qualidade de cuidados prestados.

Winstanley e White (2003), consideram a supervisão clínica como um processo formal de suporte e aprendizagem profissional, que permite o desenvolvimento de competências e conhecimento, assumir a responsabilidade pelas suas próprias práticas e assegurar a segurança em situações complexas. Evoluindo para a definição de Freeman (2005) a SC é usada para descrever um processo formal de suporte profissional que deve ser visto como um meio de encorajar a auto-avaliação e a capacidade analítica e reflexiva. Garrido et al. (2008) consideram-na como um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro, que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de enfermagem. Esta relação supervisiva, envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica.

A OE, complementa estas definições ao considerar que a supervisão clínica em enfermagem é

*“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”* (OE, 2018b, p.16657).

As várias definições de SCE, apontam no sentido, de criar um sistema de suporte empático em que os participantes têm a oportunidade de avaliar, refletir e desenvolver a sua prática clínica. A capacidade de reflexão das práticas permite a articulação da aprendizagem com o desenvolvimento de competências e a autorresponsabilização, promovendo a qualidade de cuidados (Garrido et al., 2008; Snowdon et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018).

A supervisão clínica assenta em vários pilares, sendo um deles, a relação supervisiva estabelecida entre supervisor e supervisionado e a sua importância no desenvolvimento do profissional. Esta dinâmica, consiste num processo formal ou informal de suporte, sustentado num ambiente de segurança, de reflexão, de escuta e de partilha de ambos os intervenientes (Augusto, 2020).

A OE, enaltece a importância que a supervisão clínica tem no desenvolvimento da profissão de enfermagem, nos *“gold standards”* do cuidar e no eixo estruturante das competências profissionais dos enfermeiros, através do Modelo de Desenvolvimento Profissional, onde refere o seu papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a excelência e segurança dos cuidados, e salienta a existência de programas de supervisão clínica como pilares indispensáveis à especialização e profissionalização dos enfermeiros (OE, 2010).

Nas últimas décadas, desenvolveram-se vários modelos supervisivos aliados à prática de enfermagem, mas o primeiro passo para implementar um modelo de SC numa instituição, passa pela consciencialização dos profissionais sobre o conceito e na preparação dos supervisores (Brunero & Lamont, 2012). Com base, na perspetiva teórica central, podem agrupar-se os modelos de supervisão clínica em cinco grupos: modelos centrados no desenvolvimento humano; modelos centrados nas funções da supervisão clínica; modelos centrados nas relações supervisivas; modelos centrados nos cuidados ao cliente; e modelos centrados no contexto de cuidados (Augusto, 2020).

Esta multiplicidade de modelos de supervisão clínica, surgiu numa procura de aquisição de conhecimento na área de SC e de obtenção de respostas às estratégias supervisivas inerentes, tendo contribuído para a relevância da SC na atualidade. E, independentemente, dos diversos modelos e autores que os sustentam, irá ser abordado apenas o modelo SafeCare, por ser um modelo vanguardista e no qual assenta o presente estudo.

Os modelos centrados no contexto de cuidados, são modelos mais recentes, sendo desenvolvido em Portugal, por Cruz (2012) o modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado, que foi a versão inicial do modelo SafeCare, tendo este vindo a ser aperfeiçoado ao longo do tempo (Carvalho & Barroso, 2019). Este modelo torna-se inovador por apresentar uma visão de modelo flexível e adaptado ao contexto, baseado num processo de supervisão clínica, onde se consegue cuidados mais seguros e de melhor qualidade para o cliente, influenciando a sua satisfação, a do enfermeiro e a da organização (Cruz, 2012; Carvalho & Barroso, 2019).

A metodologia adotada pelo Modelo SafeCare, pretende fomentar uma cultura supervisiva, através da criação de ambientes favoráveis à prática e ao desenvolvimento da aprendizagem e da profissão através da identificação das áreas sensíveis à supervisão clínica em Enfermagem (Carvalho et al., 2019). Este modelo, contempla ainda quatro etapas (figura 1): diagnóstico de situação, identificação das necessidades em supervisão clínica; implementação do modelo SafeCare, e avaliação dos resultados (Carvalho et al., 2019).

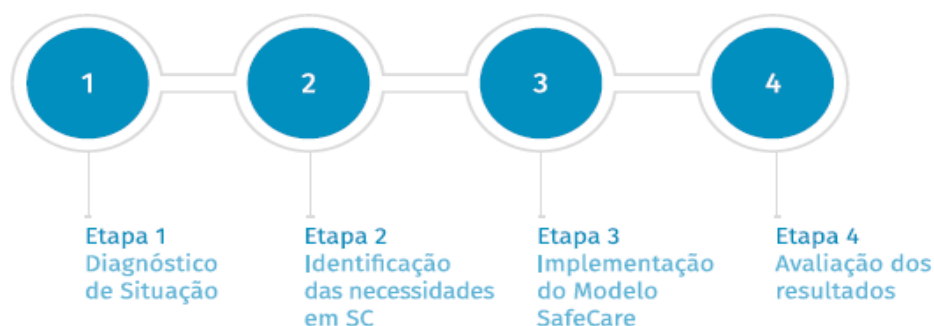


FIGURA 1: Etapas do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p.15)

O modelo SafeCare é constituído por quatro eixos estruturantes: o contexto, os cuidados de enfermagem, o desenvolvimento profissional e a supervisão (figura 2) (Carvalho & Barroso, 2019; Carvalho et al., 2019).



FIGURA 2: Eixos do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p.12)

O contexto, refere-se ao ambiente onde os cuidados de enfermagem se desenvolvem, sendo o eixo central, cujo conjunto de interações medeia os restantes eixos do modelo. Relativamente aos cuidados de enfermagem, estes englobam intervenções autónomas e interdependentes, e referem-se à relação terapêutica estabelecida em parceria com o cliente, tendo como objetivo o empoderamento do mesmo relativamente ao seu processo de saúde ou doença; o desenvolvimento profissional, culmina num processo reflexivo e contínuo, que envolve as necessidades pessoais do enfermeiro e pressupõe uma aprendizagem ao longo de toda a carreira; e a supervisão, define-se como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um enfermeiro supervisor clínico e um ou mais enfermeiros supervisionados, com o propósito de amplificar a aprendizagem, a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais (Carvalho & Barroso, 2019; Carvalho et al., 2019).

O modelo introduz, ainda o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE), sendo definido como o indicador que por via dos processos associados à SCE, tem o potencial de promover a segurança e a qualidade dos cuidados, através da sua operacionalização, ou seja, acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da SCE (Carvalho et al., 2019).

Garrido, Simões e Pires (2008, p.27) referem que é o “O contexto organizacional e profissional que irá determinar a seleção do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer as referências objetivas”, nesta perspetiva, compreende-se as diferentes visões e abordagens dos vários modelos supervisivos referenciados ao longo deste capítulo, mas todos emergem na essência da supervisão clínica.

### 1.1.2 Contributo da supervisão clínica em enfermagem na qualidade de cuidados ao doente crítico

Uma unidade de cuidados intensivos (UCI) é considerada uma estrutura hospitalar complexa, dotada de alta densidade tecnológica e com elevada necessidade de suporte profissional de enfermagem especializado. Devido à tipologia de doentes existentes na UCI, o doente (doente crítico) necessita de inúmeros cuidados específicos e permanentes, apresentando uma diversidade elevada de patologias, situações clínicas adversas e com múltiplas falências orgânicas (Rua, 2020).

Num contexto de situação crítica, os cuidados de enfermagem passam por uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes, exigindo observação, colheita e procura contínua, de forma sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar atempadamente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2017).

Na área da saúde, e em particular, nos cuidados intensivos, a qualidade é uma exigência incontornável e multiprofissional (OE, 2001; Garrido et al., 2008; OE, 2017). A qualidade em saúde, pressupõe uma prestação de cuidados acessíveis e equitativos, adequados às necessidades e expectativas do cidadão (DGS, 2015), sendo um direito do doente e, simultaneamente, uma responsabilidade dos profissionais de saúde, garantindo a segurança dos profissionais e dos doentes, visando o aumento da qualidade dos seus serviços (Abreu, 2007; Borges, 2013).

É incontestável o paradigma da qualidade e segurança nos cuidados de saúde, sendo uma prioridade, uma exigência e um requisito da importância, na gestão das instituições de saúde, impulsionando novas estratégias, como se evidencia na certificação e/ou acreditação dos sistemas de gestão, para obter a certificação da qualidade de cuidados (Carvalho et al., 2019; Barroso et al., 2020).

Deste modo, é primordial uma maior consciencialização dos enfermeiros sobre as práticas baseadas na evidência (OMS, 2020), e de que a qualidade e a segurança são pilares indissociáveis, implícitos na prestação dos cuidados de saúde, que minimizam a ocorrência de eventos adversos (Borges, 2013; OE, 2017; Allen et al., 2018), e culminam numa resposta impactante, nos resultados clínicos, financeiros, administrativos e recursos humanos, produzindo a satisfação nos doente crítico e na sua família (ICN, 2012; Carvalho, 2020).

Posto isto, pode-se inferir que a SC tem um papel crucial na segurança e na relação profissional produtiva, demonstrando um contributo direto, na área formativa, normativa, restaurativa e administrativa, visando responder aos desafios emergentes dos cuidados de saúde e segurança do doente crítico (Garrido et al., 2008; Cruz, 2012), através da implementação de processos supervisivos direcionados e assertivos, atendendo às necessidades sentidas pelos enfermeiros na prática profissional, o que aumenta a sua satisfação e vinculação com a profissão, potenciando desta forma, o seu desenvolvimento profissional e uma melhoria da qualidade de cuidados prestados, assegurando os padrões da qualidade de cuidados de enfermagem (OE, 2001; OE, 2017; Pinho, 2015; Melo et al., 2019).

Cruz (2012) refere, que prestar cuidados aos doentes hospitalizados é complexo e requer esforços coordenados das equipas de saúde, salientando a importância da supervisão clínica e dos modelos supervisivos centrados no contexto.

Em contextos complexos, como os cuidados intensivos, a tomada de decisão implica uma exigência evolutiva do conhecimento científico e tecnológico, que obriga à diferenciação e concentração de peritos, munidos com um conjunto de competências específicas que lhes permita cuidar do doente com eficácia e eficiência (Pinho, 2020). Esta diferenciação de enfermeiros especializados na área do doente crítico, com permanente atualização de conhecimentos técnico-científicos e formação contínua (França, 2013; Pinho, 2015; Moreno, 2017; OE, 2017) só é possível, quando a SCE está presente e se encontra bem estruturada e implementada na unidade. Deste modo, considera-se a SCE um vetor importante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, uma vez que promove o incremento de competências, já reconhecido em Portugal pela OE no Modelo de Desenvolvimento Profissional, culminando no recente Regulamento de Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em SCE (Barandas, 2021). As competências que a SCE acrescenta ao enfermeiro, potencia a autonomia na tomada de decisão clínica baseada na mais recente evidência científica e na prestação de cuidados responsáveis e seguros (Augusto, 2020).

Os enfermeiros que cuidam dos doentes críticos, resultam de um processo de construção profissional e pessoal. Estes, no seu percurso, pela instabilidade do doente e dinâmica da própria unidade, devem ser suportados nas suas competências emocionais (Teixeira, 2021), sendo a inteligência emocional, um aspeto essencial para uma aprendizagem contínua, para estabelecer uma boa relação de apoio e partilha, de forma assertiva e construtiva (Cruz, 2019; Oliveira, 2019), e para efetuar uma prática crítico-reflexiva centrada nos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico e à sua família.

Um dos pilares da SC é a relação supervisor-supervisado e o impacto que tem no desenvolvimento do profissional supervisionado (Augusto, 2020). Esta dinâmica consiste num processo formal ou informal de suporte, que deve assentar num ambiente de segurança, de reflexão, de escuta e de partilha. Deste modo, o enfermeiro supervisor clínico, é o motor da

equipa de enfermagem e o dinamizador da integração de novos enfermeiros, sendo também responsável pela formação da equipa de enfermagem (Carvalho & Barroso, 2019).

De salientar ainda, a importância da formação e treino adequado que os supervisores clínicos antes de exercer a sua função, deveriam possuir, aspeto fomentado pelas *guidelines* e programas já existentes em alguns países (Augusto, 2020). Neste sentido, as passagens de turno e conversas informais como momentos de formação, potenciam a formação informal no contexto clínico associado às relações interpessoais valorizadas pelos enfermeiros, uma vez que, acrescenta conhecimentos, partilha e sensibilização de toda a equipa de enfermagem para uma política de melhoria contínua de cuidados (Pinho, 2015; OE, 2017).

A SCE é basilar e imprescindível na prevenção do risco clínico, através da diminuição dos erros ou incidentes que coloquem em causa a segurança e qualidade dos cuidados aos doentes críticos (OE, 2017; Teixeira, 2021). Para tal, é fundamental uma cultura supervisiva, através da implementação de auditorias direcionadas e periódicas, aliadas a uma intervenção formativa supervisiva integrada num programa de formação contínua para enfermeiros, de acordo com as necessidades identificadas, visando sensibilizar e modificar atitudes e comportamentos clínicos, de forma a minimizar os erros e maximizar a segurança do doente e dos cuidados prestados (Rodríguez et al., 2014; Bayatmanesh et al., 2020).

Neste sentido, a supervisão clínica aliada aos sistemas de informação em enfermagem, influenciam a tomada de decisão e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, os registos de enfermagem ao doente crítico, devem demonstrar o pensamento crítico-reflexivo da tomada de decisão relativamente à conceção dos cuidados de enfermagem, de forma a produzir indicadores de qualidade de cuidados de enfermagem (Vieira, 2018).

Posto isto, e tendo em consideração a conjuntura social atual, que é facilmente modificável, é importante que os enfermeiros sejam capazes de se adaptar às constantes alterações que ocorrem (Carvalho et al., 2019), usando a supervisão clínica como uma ferramenta de eleição para a promoção da excelência clínica, na medida em que conjuga no mesmo espaço e tempo, formação, suporte, segurança dos cuidados e melhoria contínua, sendo uma referência na qualidade de cuidados (OE, 2007; Pinho, 2015).

## **1.2 A Dor no doente crítico**

O doente crítico pode vivenciar várias experiências dolorosas, seja pela fonte subjacente da doença, seja pelos procedimentos invasivos necessários realizar (Teixeira & Durão, 2016).

A Dor é uma problemática atual crescente, como tal, é urgente promover uma prática com foco na avaliação e monitorização da Dor, e no tratamento farmacológico e não farmacológico direcionado a métodos para maximizar a analgesia e minimizar a sedação (Nordness et al., 2021).

### 1.2.1 Dor: conceitos e avaliação

O conceito de “Dor” é algo que as pessoas aprendem ao longo da sua experiência de vida, considera-se, portanto, uma experiência pessoal que é influenciada em diferentes graus/níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020). A Dor apesar de ter um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico (IASP, 2020). Nesse sentido, a Dor é definida como o 5º sinal vital (DGS, 2003) e como uma experiência sensorial e emocional desagradável semelhante ou associada a danos reais ou potenciais nos tecidos (IASP, 2020). É um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003; Cunha, Ribeiro & Pereira, 2020).

Pode referir-se que existem dois tipos de Dor, a aguda e a crónica. A Dor aguda é caracterizada por ser de curta duração e corresponde a um processo de tratamento não superior a 30 dias (Urden et al., 2014). Esta Dor, está igualmente, relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, com um início repentino e uma duração transitória, sendo necessário uma vigilância sistemática (Teixeira & Durão, 2016). Por sua vez, a Dor crónica caracteriza-se por persistir por mais de 6 meses após a lesão que lhe deu origem e depois de iniciado o processo de tratamento que pode ou não, estar associada a uma lesão aparente (Urden et al., 2014).

A Dor aguda e a Dor crónica podem ter origem nociceptiva ou neuropática (Urden et al., 2014). A Dor nociceptiva pode ser somática ou visceral. A Dor somática é a que envolve os tecidos superficiais tais como pele, músculos, articulações e ossos (Urden et al., 2014). A Dor visceral é a que envolve órgãos como o coração ou o estômago (Urden et al., 2014). A Dor neuropática pode ter uma origem central ou periférica, sendo este tipo de Dor, difícil de controlar, requerendo usualmente uma abordagem farmacológica multimodal, assim como, o uso de intervenções não-farmacológicas (Urden et al., 2014).

Aljumah et al. (2018) consideram que no doente crítico pode categorizar-se a Dor em quatro grupos, sendo eles: Dor contínua associada a procedimentos cirúrgicos; Dor de doença contínua (aguda); Dor intermitente associada a procedimentos em cuidados intensivos; e Dor crónica presente antes da admissão do doente em cuidados intensivos.

Apesar dos avanços da investigação sobre a Dor, esta continua a constituir uma problemática em crescimento, experienciada pela maioria dos doentes internados em UCI's (SPCI, 2012), sendo referida como um dos agentes de stress mais comuns sentidos pelos mesmos e com um elevado impacto no tratamento do doente (Alnajjar et al., 2021).

Alguns estudos espelham esta realidade, ao demonstrarem que a Dor é relatada em quase metade dos doentes internados em UCI's. Referem que o doente crítico, experienciou Dor moderada a intensa em repouso associada ao seu internamento em UCI's, e 80% desenvolveram Dor durante procedimentos invasivos (Nordness et al., 2021). No entanto, um outro estudo, demonstra que 45% a 82% dos doentes críticos desenvolveram Dor moderada a intensa, e que mais da metade experienciou Dor não tratada e Dor persistente após a alta da UCI's. Além disto, faz referência que desenvolveram Dor moderada em repouso e Dor intensa durante os procedimentos de enfermagem (Alnajjar et al., 2021). A Dor está significativamente relacionada com o sexo, a idade e a conceção prévia de Dor com intervenções anteriores, e é tratada adequadamente apenas em cerca de 25% dos doentes internados em UCI's (Aljumah et al., 2018). As taxas de Dor não diferem entre as causas de internamento: médico ou cirúrgico, apresentam sim, uma provável relação com as várias etiologias da Dor (Nordness et al., 2021).

A Dor é multifatorial e pode ser causada por diferentes potenciadores como a doença crítica, o tratamento invasivo e procedimentos invasivos de cuidados padronizados (Chanques & Gélinas, 2022), nomeadamente, as intervenções cirúrgicas, situações pós-trauma, exames complementares, colocação de cateter arterial, colocação de cateter venoso central, colocação e remoção do tubo endotraqueal, aspiração das vias aéreas, tratamento de feridas, colocação e remoção de dreno torácico, reposicionamento (Aljumah et al., 2018; Nordness et al., 2021; Nazari et al., 2022). Podem ainda classificar-se como procedimentos desconfortáveis, o uso de ventilação mecânica, a presença do tubo endotraqueal e a presença de cateteres (Nordness et al., 2021).

A Dor é uma experiência multidimensional e pessoal, como tal, quando é subtratada e/ou não controlada ou não diagnosticada, tem um elevado impacto no doente, que conduz a efeitos colaterais de curto e longo prazo. As razões pelas quais, ainda se depara com esta problemática, prende-se pela subjetividade da Dor, pelas diferenças entre diferentes indivíduos na experiência da Dor, pela definição e expressão da Dor, o que torna a sua avaliação e diagnóstico preciso um desafio para os profissionais de saúde (Nazari et al., 2022).

A causalidade da Dor implica alterações fisiopatológicas, que pode afetar o nível de consciência (alteração do estado de consciência, Delírium), o sono (perturbação do sono), o sistema circulatório (vasodilatação, taquicardia), o sistema endócrino (o stress neuroendócrino, libertação de catecolaminas), metabolismo (metabolismo catabólico), o sistema respiratório (polipneia, aumento de consumo de oxigénio) e distúrbios psicológicos (stress pós-traumático) (Jun-Mo & Ji Hyun, 2014; Park & Kim, 2014; Alnajjar et al., 2021; Hamdan et al., 2021; Chanques & Gélinas, 2022; Marques et al., 2022). Além disso, a Dor aguda pode evoluir para Dor crónica, pode aumentar o período de ventilação mecânica, prolongar o internamento em cuidados intensivos, e conseqüentemente, aumentar as taxas de morbidade, as taxas de mortalidade e os custos em saúde, e, diminuir significativamente a qualidade de vida do doente após alta dos cuidados intensivos (Aljumah et al., 2018; Alnajjar et al., 2021; Marques et al., 2022; Nazari et al., 2022).

A avaliação e a implementação de instrumentos de avaliação da Dor, assumem um papel primordial para uma gestão eficaz, e conseqüentemente, melhoram a qualidade de cuidados prestados ao doente, e a diminuição do risco de complicações associadas (Park & Kim, 2014; Chanques & Gélinas, 2022; Marques et al., 2022). A avaliação e monitorização da Dor melhora sistematicamente os *outcomes* nos doentes críticos, ou seja, a diminuição do uso de sedativos, redução do suporte ventilatório mecânico e o tempo de hospitalização (Teixeira & Durão, 2016; Cunha, Ribeiro & Pereira, 2020; Alnajjar et al., 2021). Pela sua relevância clínica, esta deve ser ajustada à condição do doente, e o instrumento de avaliação deve ser adaptado ao doente tendo como condição monitorizar sempre que existir alteração da situação (Chanques & Gélinas, 2022).

Os instrumentos de avaliação da Dor que prevalecem são instrumentos unidimensionais, no entanto, devido à Dor ser considerada multidimensional, tem levado muitos investigadores a elaborar e utilizar instrumentos mais precisos e abrangentes nas suas pesquisas (Cunha, Ribeiro & Pereira, 2020). O *gold-standard* na avaliação da Dor é o autorrelato do doente crítico, devido a ser o método mais confiável para avaliar e explorar a Dor, no entanto, em cuidados intensivos, devido à condição crítica, nem sempre é possível obter o autorrelato da Dor devido à alteração da consciência, ventilação mecânica ou sedação (Jun-Mo & Ji Hyun, 2014; Nazari et al., 2022; Marques et al., 2022).

O IASP (2020) refere que a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para expressar a Dor, e a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que se sinta Dor. Os instrumentos que permitem o autorrelato do doente crítico, são escalas comuns de autorrelato, nomeadamente, a escala de descrição verbal (VDS), a escala visual analógica (VAS) e a escala numérica da Dor (NRS) (Chanques & Gélinas, 2022).

Não se deve considerar como uma falha sistemática de autorrelato do doente a presença de um tubo orotraqueal, em doentes capazes de comunicar e seguir comandos simples. Deve-se sim,

encorajar a expressar a intensidade da sua, Dor usando uma escala apropriada (Chanques & Gélinas, 2022). No entanto, em doentes críticos não comunicativos, com ventilação mecânica, sedados ou com Delírium, o autorrelato da Dor torna-se impossível de ser obtido de forma coerente, e pode levar a informações não confiáveis, deste modo, é necessário usar instrumentos de avaliação comportamentais confiáveis e válidos (Nazari et al., 2022; Pota et al., 2022). Esses instrumentos foram desenvolvidos com base na observação das mudanças dos comportamentos face à Dor em doentes críticos (Nazari et al., 2022).

Existem várias escalas comportamentais, no entanto, duas delas mostraram um desempenho psicométrico robusto e estão disponíveis em muitos idiomas: *Behavioral Pain Scale* (BPS) e o *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Chanques & Gélinas, 2022). Estudos recentes demonstram que são as medidas alternativas mais adequadas para a avaliação da Dor em doentes críticos incapazes de autorrelatar a sua Dor (Marques et al., 2022). Estas escalas contribuem para padronizar a observação de comportamentos indicativos de Dor (expressões faciais, movimentos/tónus corporal, vocalização/ou adaptação ao ventilador). Ambas as escalas (CPOT e BPS) foram validadas em doentes internados em cuidados intensivos, com várias condições, intubados e não intubados, sedados ou delirantes e em doentes com lesão cerebral (Chanques & Gélinas, 2022).

A BPS original só pode ser usada em doentes ventilados mecanicamente, enquanto para avaliação da Dor em doentes não intubados, a escala BPS-não intubado (BPS-NI) é a opção alternativa, mas ainda não está disponível em português (Marques et al., 2022). Atualmente, a BPS é uma das escalas da Dor validadas para a população portuguesa e foi selecionada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Marques et al., 2022). A *Society of Critical Care Medicine* sugere as escalas BPS/BPS-NI e CPOT nas suas orientações práticas, logo a sua tradução e validação são fundamentais para fornecer instrumentos válidos de avaliação da Dor em doentes portugueses em situação crítica (Marques et al., 2022).

Em UCI's, nos casos neurológicos ou condições respiratórias graves, por vezes é necessário recorrer a agentes bloqueadores neuromusculares, sendo usados juntamente com sedo-analgesia profunda. Nestes casos, para a avaliação da Dor é recomendado interromper os agentes bloqueadores neuromusculares, e as mudanças na monitorização dos sinais vitais são usados para orientação de decisões para a titulação da sedo-analgesia (Chanques & Gélinas, 2022). Por si só, os sinais vitais, não são indicadores válidos de Dor em doente crítico, como tal, tem-se desenvolvido novos dispositivos eletrofisiológicos para a monitorização da nociceção e da Dor, que podem ser usados em situações em que os instrumentos de avaliação da Dor são insuficientes ou não se adequam (Chanques & Gélinas, 2022; Pota et al., 2022). Esses dispositivos são baseados na medição de marcadores fisiológicos relacionados com as respostas simpático-parassimpáticas (por exemplo, dilatação pupilar, variabilidade da frequência cardíaca, sudorese) (Pota et al., 2022).

Face ao exposto, é necessário que os enfermeiros sejam sensibilizados para o impacto e pertinência desta problemática no doente crítico, de forma a desenvolverem competências avançadas na avaliação e monitorização da Dor, recorrendo a todos os meios possíveis para uma adequada gestão da Dor.

### 1.2.2 Gestão da Dor no doente crítico

A gestão da Dor é uma das áreas de intervenção relevante para a prática de enfermagem. Além de ser um dever dos profissionais de saúde, é igualmente, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que cerca de 83% da população mundial não tem acesso a uma gestão adequada da Dor (Aljumah et al., 2018). Esta gestão inadequada da Dor pode levar a eventos adversos, psicológicos ou fisiológicos, podendo tornar-se crónica (Aljumah et al., 2018).

Em Portugal, a gestão da Dor, tornou-se uma prioridade visível pelo conjunto de esforços que tem sido feito ao longo dos últimos anos, de modo a dar resposta a esta problemática. A criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2001), do Programa Nacional do Controlo da Dor (DGS, 2008) e do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013), são documentos que demonstram essa preocupação. Contudo, esta ainda continua a ser um problema significativo nas UCI's (Alnajjar et al., 2021).

A gestão eficaz da Dor em cuidados intensivos é uma prática em desenvolvimento, com foco na precisão frequente da avaliação da Dor e na combinação do tratamento farmacológico e não farmacológico, direcionado a métodos que maximizem a analgesia e minimizem a sedação (Teixeira & Durão, 2016; OE, 2017; Niza, 2018; Nordness et al., 2021). De forma a operacionalizar a gestão eficaz da Dor, é primordial capacitar os enfermeiros para uma deteção precoce da Dor, centrada na avaliação e monitorização da Dor, com instrumentos e indicadores de avaliação válidos e adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas, para um tratamento direcionado e personalizado ao doente crítico (Jun-Mo & Ji Hyun, 2014; Puntillo, 2016; Teixeira & Durão, 2016; Nordness et al., 2021; Chanques & Gélinas, 2022). Esta distinta abordagem pressupõe a complexidade dos sintomas e as suas causas subjacentes, combinando as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de forma a atingir uma eficaz gestão da Dor no doente crítico.

Relativamente ao tratamento farmacológico, têm sido adotadas estratégias de analgesia que sugerem uma gestão baseada em analgesia adaptativa ou analgesia dinâmica, ou seja, titulação de analgesia de acordo com as mudanças e condição clínica do doente crítico (Pota et al., 2022). Com base nisto, há uma revisão na abordagem da Dor no doente crítico, adotando o paradigma de minimizar o uso de sedativos e opióides, promover a analgesia multimodal e regional, com a finalidade de otimizar a capacidade do doente de comunicar e de autorrelatar a sua Dor, de forma, a titular as doses de analgésicos e, conseqüentemente, minimizar o seu uso excessivo e efeitos colaterais graves, bem como detetar complicações durante o internamento em cuidados intensivos (Puntillo, 2016; Nordness et al., 2021; Chanques & Gélinas, 2022).

Atualmente, há um predomínio do paradigma de sedo-analgesia e de sedação leve, com o objetivo de aliviar primeiro a Dor, contribuir para o doente permanecer em alerta e se adaptar ao ambiente dos cuidados intensivos, mantendo a sua mobilidade e capacidade de comunicação (Sandvik et al., 2020; Nordness et al., 2021). Vincent et al. (2016) partilham da mesma filosofia, criando a abordagem “*Early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives, and maximal Humane care*” (e-CASH), que se baseia no objetivo de alcançar precocemente o alívio da Dor e a manutenção do conforto, com o uso de sedação mínima para facilitar o sono natural, mobilização precoce e envolvimento com cuidadores e familiares (Figura 3).

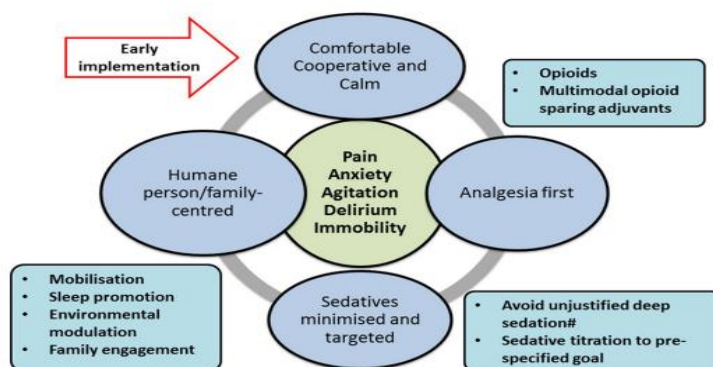


FIGURA 3: O conceito e-CASH (adaptado de Vincent et al., 2016, p.963)

Ao enfermeiro é-lhe incumbido o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento farmacológico, quando o alívio da Dor é inadequado, de forma a potenciar o sucesso da estratégia terapêutica direcionada ao doente crítico (Teixeira & Durão, 2016; OE, 2018a). No que se refere, aos tratamentos não farmacológicos estes, por sua vez, contribuem para a redução da administração de opióides e de intensificadores de analgésicos. Além disso, essas intervenções não farmacológicas, costumam ser fáceis de fornecer e seguras de usar a baixo custo (Sandvik et al., 2020).

A *European Society of Emergency Medicine* (2020), subdivide o tratamento não farmacológico no doente crítico, em seis categorias: Intervenção psicológica, métodos de controlo de atenção, Intervenção cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento, estimulação nervosa elétrica transcutânea e intervenções físicas.

A intervenção psicológica mencionada é a partilha de informação com o doente e a técnica de relaxamento, como por exemplo, o controlo da respiração, a concentração numa imagem ou cenário relaxante, a hipnose. Relativamente, aos métodos de controlo de atenção, faz referência à técnica de distração. A Intervenção cognitivo-comportamental preconiza modificações cognitivas e comportamentais de atividades específicas para reduzir o impacto da Dor e incapacidade de superar barreiras físicas e psicossociais. Outras medidas não farmacológicas com elevada relevância no controlo da Dor têm sido a estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) e as técnicas de relaxamento, como por exemplo, a acupuntura. As intervenções físicas continuam a ter o seu impacto positivo na gestão da Dor, como a aplicação de quente ou a crioterapia, o posicionamento antiálgico e a massagem terapêutica (*European Society of Emergency Medicine [EUSEM], 2020*). No entanto, outros investigadores, além de mencionar as medidas não farmacológicas já referidas anteriormente, acrescentam musicoterapia, sons naturais, mobilização passiva, suporte emocional e espiritualidade (Sandvik et al., 2020; Nordness et al., 2021). Martorella (2019) afirma que as medidas não farmacológicas em cuidados intensivos mais utilizadas são a musicoterapia e a massagem terapêutica. De salientar, que enquanto enfermeiro e agente promotor da humanização de cuidados de saúde, devo envolver os cuidadores e a família como parceiros ativos na gestão do controlo da Dor. A tomada de decisão sobre o controlo da Dor requer a colaboração da pessoa (doente crítico), dos cuidadores e da família (OE, 2018a).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão próximos do doente crítico, e sua capacidade de avaliar a Dor e identificar os sintomas é essencial para proporcionar uma gestão adequada (Sandvik et al., 2020; Marques et al., 2022). Os resultados negativos do doente crítico, como a duração prolongada da ventilação mecânica, tempo de internamento em cuidados intensivos, as infeções nosocomiais, o tempo de sedação, o uso de opióides e a mortalidade, foram reduzidos pelo uso de avaliações de enfermagem estruturadas, seguidas por intervenções baseadas em protocolos padronizados e direcionados à avaliação para a gestão da Dor, usando algoritmos padronizados (Puntillo, 2016; Sandvik et al., 2020; Nordness et al., 2021).

A gestão da Dor é um projeto multidisciplinar, onde os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação, reavaliação, gestão e documentação da Dor (Sandvik et al., 2020). Além disso, têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas na gestão da Dor (OE, 2008). No entanto, continuam a verificar-se algumas lacunas nas áreas relacionadas com a gestão da

Dor, sendo evidenciadas por alguns autores, a ausência de avaliação e a monitorização sistemática da Dor (Teixeira & Durão, 2016). Com isto, pode perceber-se a pertinência da existência de um sistema de registos de enfermagem, que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e “core” de indicadores de enfermagem direcionados para o doente crítico (OE, 2017).

Aliado a isto, é importante perceber quais as barreiras que dificultam a avaliação e monitorização da Dor, e em contrapartida, os agentes facilitadores para uma adequada gestão da Dor. As barreiras mais frequentes, referidas pelos enfermeiros que afetam a avaliação e gestão da Dor são: carga de trabalho de enfermagem (65,3%), instabilidade do doente crítico (54,4%), incapacidade de o doente crítico comunicar (53,3%) e sedação, interferindo na avaliação da Dor em cerca de 50% (Hamdan et al., 2021).

No entanto, Alnajjar et al. (2021), mencionam um conjunto de barreiras à gestão da Dor, nomeadamente, a falta de disponibilidade de instrumentos de avaliação da Dor, a falta de educação/familiaridade com instrumentos de avaliação da Dor, a instabilidade do doente crítico, a incapacidade do doente crítico comunicar, a falta de protocolos/diretrizes para avaliação e monitorização da Dor, a baixa prioridade da monitorização da Dor pela equipa multidisciplinar dos cuidados intensivos, nenhuma área designada para avaliar a Dor, a sedação que interfere na avaliação da Dor, a documentação deficiente da avaliação e tratamento da Dor, a má comunicação das prioridades de monitorização da Dor e analgesia dentro da equipa multidisciplinar dos cuidados intensivos e a dose insuficiente de analgesia prescrita (Alnajjar et al., 2021).

Os agentes facilitadores da avaliação e gestão da Dor documentados como os mais frequentes, são: a avaliação e monitorização da Dor ser uma prioridade da unidade de cuidados intensivos (63,7%), a equipa encontra-se entusiasmada e motivada (61,3%), existirem protocolos e diretrizes em uso (57,4%) e existir instrumentos de avaliação padronizados em uso em cerca de 57% dos casos (Hamdan et al., 2021). Além destes, são igualmente considerados agentes facilitadores, a prescrição de doses adequadas de analgesia, uma educação/formação contínua sobre a gestão da Dor, a equipa de enfermagem constituída por enfermeiros da prática avançada no âmbito da Dor, e consultas da unidade da Dor hospitalar/ unidade de Dor aguda e crónica (Alnajjar et al., 2021). Salienta-se, o papel do enfermeiro como a peça fundamental para uma gestão adequada da Dor em cuidados intensivos, e como tal, deve ter-se uma comunicação assertiva inter e intradisciplinar, e que a equipa multidisciplinar perceba o impacto da Dor no doente crítico. Que as instituições de saúde sejam incentivadas a adequar rácios de enfermeiros por doente, que adotem instrumentos de avaliação da Dor confiáveis e válidos, que desenvolvam protocolos e diretrizes no âmbito da Dor, bem como, utilizem

documentação adequada à Dor. Para tal, é necessário o desenvolvimento profissional do enfermeiro, com a aquisição de competências avançadas no âmbito da Dor e do doente crítico, tendo por base, a educação para a saúde e a formação contínua direcionada para esta problemática.



## **2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A investigação científica é explanada por um processo sistemático e rigoroso. A seleção da abordagem metodológica, por parte do investigador, ao longo do seu percurso de investigação, delineará o grau de complexidade do estudo, a sua pertinência, a identificação da problemática, os objetivos propostos de modo a obter respostas para a questão formulada (Abreu, 2001; Fortin, 2009).

Este capítulo, apresenta o percurso e opções metodológicas realizadas neste estudo.

### **2.1 Questão de Partida**

A questão de investigação deve ser clara, exequível e pertinente, neste sentido, foi elaborada a seguinte questão de investigação: “De que modo a supervisão clínica em enfermagem pode contribuir para a melhoria na gestão da Dor no doente crítico em cuidados intensivos?”

### **2.2 Finalidade e Objetivos**

O presente estudo, tem como finalidade, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico com Dor numa unidade de cuidados intensivos.

Face a esta finalidade, e de forma a concretizar a mesma, é primordial a estruturação dos objetivos do estudo. Deste modo, foram formulados os seguintes objetivos:

- Identificar como é feita a avaliação da Dor no doente crítico numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) num hospital do distrito do Porto;
- Identificar as necessidades formativas a integrar nas sessões de supervisão clínica dos enfermeiros relativamente ao Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) Dor;

- Comparar a avaliação da Dor no doente crítico numa unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) num hospital do distrito do Porto antes e após as sessões de supervisão clínica.

### **2.3 Tipo de Estudo**

Neste estudo, optou-se por uma metodologia quantitativa, do tipo quase-experimental (pré e pós-intervenção). A opção por um estudo de intervenção, quase-experimental e transversal, deveu-se ao facto de se pretender medir com precisão o construto sem interferência do investigador, numa posição de neutralidade durante todo processo de investigação.

Este estudo quase-experimental tem por base o modelo SafeCare. Assim, este estudo cumpre com três das quatro etapas do modelo, nomeadamente, diagnóstico de situação, implementação do modelo SafeCare e a avaliação dos resultados.

A identificação da avaliação da Dor no doente crítico numa UCIP permite a identificação das necessidades formativas a integrar nas sessões de supervisão clínica dos enfermeiros relativamente ao IS-SCE Dor.

### **2.4 Participantes**

Neste estudo, a população-alvo é constituída pelos enfermeiros da UCIP de um hospital do distrito do Porto (anexo I).

Os participantes incluídos no estudo são 31 enfermeiros, o que corresponde à totalidade da equipa de enfermagem da UCIP. Estes são, maioritariamente enfermeiros do sexo feminino (55%), com predomínio da idade entre os 31-36 anos (26%). Relativamente à situação jurídica de emprego, 81% tem contrato de trabalho por tempo indeterminado (CIT), sendo 81% da categoria profissional Enfermeiro, dos quais 36% enfermeiros com pós-licenciatura de especialização em enfermagem, e 19% enfermeiros especialistas.

Nas habilitações académicas, 36% dos enfermeiros têm uma pós-licenciatura de especialização em enfermagem, 35% têm licenciatura, 19% têm mestrado e 10% têm uma pós-graduação. Da

especialização dos enfermeiros, a pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica é a mais frequente (26%), assim como o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (10%).

Relativamente ao tempo de exercício profissional como enfermeiro, 32% tem entre 11-15 anos, 23% entre 6-10 anos, 23% entre 21-25 anos, 16% entre 26-30 anos e 6% entre 16-20 anos de exercício profissional.

Quanto ao tempo de experiência profissional na área de cuidados intensivos, 32% apresenta até 5 anos, 23% entre 6-10 anos, 16% entre 11-15 anos, 19% entre 16-20 anos e 10% entre 21-25 anos de experiência profissional em cuidados intensivos. Na atual UCIP, quanto ao tempo de exercício de funções como enfermeiro verifica-se que, 61% dos enfermeiros estão até 5 anos, 32% entre 16-20 anos, 3% entre 6-10 anos, 3% entre 11-15 anos.

Relativamente à formação em SCE, 19% dos enfermeiros têm essa formação, sendo que 13% têm competência acrescida em SCE e 6% pós-graduação em SCE.

## **2.5 Instrumento e Processos de Recolha e Análise e Tratamento de Dados**

A recolha de dados foi efetuada pelas auditorias ao IS-SCE Dor no doente crítico, através dos registos dos enfermeiros contidos no programa de registos clínicos B-Simple (B-ICU).

A base de análise de dados são os registos dos enfermeiros referentes à caracterização, o tratamento e a avaliação do IS-SCE Dor no doente crítico, tendo em consideração, a revisão da literatura e o protocolo de sedação, analgesia e delírium (anexo II) instituído na UCIP onde decorreu o presente estudo.

Este por sua vez, preconiza que os enfermeiros da UCIP avaliem e registem a Dor, segundo um padrão de diferenciação na avaliação da Dor, distinguindo os doentes críticos por foro (médico e cirúrgico). Ao doente crítico de foro médico, é avaliado a Dor, no momento de admissão, de 6 em 6 horas; aquando Dor presente devem reavaliar a Dor uma hora após administração de analgesia e aquando da realização de procedimentos invasivos. No doente crítico de foro cirúrgico, a avaliação da Dor é realizada no momento de admissão, nas primeiras 6 horas de internamento de 2 em 2 horas; após as 6 horas até completar as 48 horas de internamento de 4 em 4 horas; e após as 48 horas de internamento de 6 em 6 horas.

Quando Dor presente, devem reavaliar a Dor uma hora após administração de analgesia e aquando da realização de procedimentos invasivos. De salientar ainda, que a intensidade da Dor nos doentes críticos com ventilação espontânea, é avaliada segundo a escala numérica da Dor e a intensidade da Dor nos doentes críticos com ventilação mecânica invasiva, é avaliada segundo a escala comportamental da Dor.

A recolha de dados foi realizada em duas etapas, uma pré-intervenção e uma pós-intervenção. A primeira etapa (pré-intervenção), consta da realização da auditoria aos registos do IS-SCE Dor no doente crítico referentes ao mês de novembro de 2022, que permitiram identificar as necessidades dos enfermeiros da UCIP sobre o IS-SCE Dor. Na segunda etapa (pós-intervenção), realizou-se novamente a auditoria aos registos efetuados do IS-SCE Dor no doente crítico, que ocorreu após três meses das sessões de supervisão clínica, relativas ao mês de maio de 2023.

As sessões formativas de supervisão (anexo III) foram realizadas pela investigadora principal, sendo as sessões organizadas por equipas compostas por cinco enfermeiros da UCIP, à exceção de uma equipa que contou com seis enfermeiros na sessão, devido ao número total de enfermeiros. A duração das sessões foi de 60 minutos cada, decorrendo durante uma semana, no período de 20 a 28 de fevereiro de 2023, de forma a abranger todas as equipas de enfermagem da UCIP. Estas sessões de supervisão clínica direcionadas ao IS-SCE Dor, foram previamente agendadas pela enfermeira gestora da UCIP e divulgadas atempadamente, via e-mail, para que todos pudessem organizar os seus horários de forma a estar presentes. O tempo despendido pelos enfermeiros foi contabilizado como tempo de serviço.

Para o tratamento estatístico utilizou-se o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0.

## **2.6 Considerações Éticas**

Na realização de um estudo de investigação deve prevalecer os princípios e valores deontológicos e éticos da profissão de enfermagem, além de respeitar os princípios éticos para a investigação em saúde definidos na Declaração de Helsínquia e na Lei da Proteção de Dados Pessoais. Deste modo, foi solicitado a autorização para a colheita de dados ao Conselho de Administração da unidade hospitalar onde se desenvolveu o estudo, à Comissão de Ética para a Saúde (Anexo IV), obtendo o parecer favorável de todas as partes envolvidas.

O investigador deve manter o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados pessoais fornecidos pelos participantes, tendo de pedir autorização para a divulgação dos

mesmos (Scott, 2017). Neste estudo, os participantes foram informados em que consistia o estudo, o seu objetivo, e qual seria a sua participação no mesmo, sendo, de igual modo, solicitado o seu consentimento informado para participar no estudo, segundo a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (anexo V), obtendo o parecer favorável dos mesmos. De salientar que os direitos dos participantes, neste estudo, foram salvaguardados, sendo-lhes explicado que a qualquer momento eram livres de retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo para a sua pessoa.

A base de dados para este estudo está guardada num computador, com acesso restrito protegido por código de acesso. A base de dados fica guardada durante o decorrer da investigação, sendo que um mês após o final do estudo será destruída pelo investigador, ou em caso de sua impossibilidade, por terceiros.



### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados e resultados obtidos com recurso ao tratamento estatístico. Devido à sua extensão, a totalidade dos resultados obtidos estão documentados no anexo VI, VII, VIII, IX, X e XI. Seguem-se os resultados que apresentam significância estatística representativa para o presente estudo.

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos face ao IS-SCE Dor, são apresentados primeiramente os resultados da pré-intervenção, de seguida os da pós-intervenção e por fim a comparação de ambos os momentos.

Os registos de enfermagem analisados em ambos os momentos (pré-intervenção e pós-intervenção) são referentes aos mesmos enfermeiros. Em cada momento, foram examinados os registos efetuados pelos enfermeiros da UCI referentes a 46 doentes constantes no sistema *B-Simple*, perfazendo na totalidade 92 doentes críticos.

Para uma adequada análise do IS-SCE Dor, considerou-se englobar a caracterização, o tratamento, e a avaliação do IS-SCE Dor. Na caracterização do IS-SCE Dor na pré-intervenção, procedeu-se a uma análise quanto à Dor presente, nas 24 horas, 48 horas, 72 horas e após 72 horas, o tipo de Dor, a sua localização, a duração, a sua intensidade e os fatores exacerbadores da Dor. Além disso, foi caracterizado de uma forma global e estratificado em relação ao foro médico e cirúrgico (tabela 1).

TABELA 1: Dor nas 24 horas, 48 horas, 72 horas e após 72 horas na Pré-Intervenção

IS-SCE DOR	Foro de Diagnóstico				Total	
	Médico		Cirúrgico		n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>Dor nas 24 horas</b>						
Sim	4	13,3%	8	50%	12	26,1%
Não	26	86,7%	8	50%	34	73,9%
<b>N nas 24 horas</b>	<b>30</b>		<b>16</b>		<b>46</b>	
<b>Dor nas 48 horas</b>						
Sim	5	20,8%	2	16,7%	7	19,4%
Não	19	79,2%	10	83,3%	29	80,6%
<b>N nas 48 horas</b>	<b>24</b>		<b>12</b>		<b>36</b>	
<b>Dor nas 72 horas</b>						
Sim	2	11,8%	1	14,3%	3	12,5%
Não	15	88,2%	6	85,7%	21	87,5%
<b>N nas 72 horas</b>	<b>17</b>		<b>7</b>		<b>24</b>	
<b>Dor após 72 horas</b>						
Sim	3	33,3%	2	40,0%	5	35,7%
Não	6	66,7%	3	60,0%	9	64,3%
<b>N após 72 horas</b>	<b>9</b>		<b>5</b>		<b>14</b>	

Verifica-se que 46 doentes completaram as 24 horas de internamento, 36 doentes completaram 48 horas de internamento, 24 doentes 72 horas de internamento e 14 doentes mais de 72 horas de internamento. Nas primeiras 24 horas de internamento, identificaram-se 12 doentes (26,1%) com Dor presente, sendo mais frequente nos doentes de foro cirúrgico (n=8). Nas 48 horas, a Dor esteve presente em 7 doentes (19,4%), com predomínio no foro médico (n=5). Relativamente às 72 horas, 3 doentes (12,5%) tinham Dor presente, constatando-se que maioritariamente foram do foro médico (n=2). E, após 72 horas, havia 5 doentes (35,7%) com Dor presente, com predomínio nos doentes do foro médico (n=3).

As características mais relevantes do IS-SCE Dor na Pré-intervenção estão demonstradas na tabela 2. Estes resultados são referentes em termos de média de todos os doentes críticos na pré-intervenção, durante o período de internamento.

**TABELA 2:** Tipo, Localização, Duração, Intensidade e Fatores de exacerbação da Dor na Pré-Intervenção

IS-SCE DOR	N	Foro de Diagnóstico				Total	
		n	Médico %	n	Cirúrgico %	n	%
<b>Tipo de Dor</b>							
	<b>46</b>						
Sem Dor		19	63,3%	6	37,5%	25	54,3%
Aguda Generalizada		8	26,7%	9	56,3%	17	37,0%
Picada		1	3,3%	0	0%	1	2,2%
Pontada		1	3,3%	0	0%	1	2,2%
Cólica		1	3,3%	1	6,3%	2	4,3%
<b>Localização da Dor</b>							
	<b>46</b>						
Sem Dor		19	63,3%	6	37,5%	25	54,3%
Cabeça		1	3,3%	1	6,3%	2	4,3%
Torácica		2	6,7%	0	0%	2	4,3%
Abdominal		4	13,3%	7	43,8%	11	23,9%
<b>Duração da Dor</b>							
	<b>46</b>						
Sem Dor		19	63,3%	6	37,5%	25	54,3%
Intermitente		11	36,7%	9	56,3%	20	43,5%
Contínua		0	0%	1	6,3%	1	2,2%
<b>Intensidade da Dor Generalizada</b>							
	<b>46</b>						
Sem Dor		19	63,3%	6	37,5%	25	54,3%
Ligeira		8	26,7%	3	18,8%	11	23,9%
Moderada		3	10,0%	7	43,8%	10	21,7%
<b>Fatores de Exacerbação da Dor</b>							
	<b>46</b>						
Sem Dor		19	63,3%	6	37,5%	25	54,3%
Mobilização/Posicionamento		6	20,0%	6	37,5%	12	26,1%
Repouso		2	6,7%	1	6,3%	3	6,5%
Tratamento de Feridas		0	0%	1	6,3%	1	2,2%

A tipologia de Dor no doente crítico predominante é a Dor aguda generalizada (n=17), sendo o tipo de Dor mais frequente nos doentes de foro médico (n=8) e foro cirúrgico (n=9). Quanto a localização da Dor, constata-se que os enfermeiros registaram a região abdominal (n=11) como a localização da Dor mais frequente, sendo referida maioritariamente pelos doentes de foro cirúrgico (n=7). Os enfermeiros nos registos de enfermagem, caracterizam maioritariamente a duração da Dor como uma Dor intermitente (n=20), sendo os doentes de foro médico (n=11) os que mais a referenciaram.

Relativamente a intensidade da Dor generalizada, os enfermeiros registaram que a intensidade da Dor, encontra-se entre Dor ligeira (n=11) e Dor moderada (n=10), sendo os doentes de foro médico (n=8) os que referiram frequentemente Dor com intensidade ligeira e os doentes de foro cirúrgico (n=7) os que referiram maioritariamente Dor com intensidade moderada.

Quanto aos fatores exacerbadores de Dor, segundo os registos de enfermagem, percebe-se que a mobilização/posicionamento (n=12) é o principal fator exacerbador de Dor no doente crítico, existindo uma equidade no foro de diagnóstico (n=6).

Relativamente à intensidade da Dor de acordo com o tipo de ventilação e a escala da Dor utilizada, obteve-se os presentes resultados que se encontram na tabela 3.

**TABELA 3:** Intensidade da Dor no Doente com Ventilação Espontânea e Ventilação Mecânica Invasiva na Pré-Intervenção

IS-SCE DOR: Intensidade da Dor	Foro de Diagnóstico				Total	
	Médico		Cirúrgico		n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>Intensidade da Dor: Ventilação Espontânea</b>						
Sem Dor	7	70,0%	2	33,3%	9	56,3%
Ligeira	2	20,0%	1	16,7%	3	18,8%
Moderada	1	10,0%	3	50,0%	4	25,0%
<b>N</b>	<b>10</b>		<b>6</b>		<b>16</b>	
<b>Intensidade da Dor: Ventilação Mecânica Invasiva</b>						
Sem Dor	12	60,0%	4	40,0%	16	53,3%
Ligeira	6	30,0%	2	20,0%	8	26,7%
Moderada	2	10,0%	4	40,0%	6	20,0%
<b>N</b>	<b>20</b>		<b>10</b>		<b>30</b>	

Verifica-se que o doente crítico com ventilação espontânea, apresenta uma variação de intensidade de Dor, entre Dor com intensidade moderada (n=4) e Dor com intensidade ligeira (n=3), sendo o doente de foro cirúrgico, o que refere maioritariamente a Dor de intensidade moderada (n=3) e o doente de foro médico o que apresenta Dor de intensidade ligeira (n=2).

Nos doentes críticos com ventilação mecânica invasiva, verifica-se que a intensidade da Dor predominante é a Dor com intensidade ligeira (n=8), sendo maioritariamente o doente de foro médico (n=6) o que apresenta este tipo de Dor.

Os resultados obtidos da análise do tratamento do IS-SCE Dor, referente à pré-intervenção, encontram-se representados na tabela 4.

**TABELA 4: Tratamento da Dor na Pré-Intervenção**

Tratamento do IS-SCE Dor	N	Foro de Diagnóstico				Total	
		Médico		Cirúrgico		n	%
		n	%	n	%		
Sem Tratamento	46	19	63,3%	6	37,5%	25	54,3%
Tratamento Farmacológico		4	13,3%	5	31,3%	9	19,6%
Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico		7	23,3%	5	31,3%	12	26,1%

Relativamente ao tratamento do IS-SCE Dor, na pré-intervenção, constata-se que a combinação dos tratamentos, farmacológico e não farmacológico, foi a opção de tratamento da Dor mais utilizada (n=12), sendo utilizada de uma forma semelhante nos doentes de foro cirúrgico (n=5) e de foro médico (n=7).

Na pós-intervenção, procedeu-se de igual modo, à caracterização do IS-SCE Dor, recorrendo-se a uma análise estatística quanto à Dor presente, nas 24 horas, 48 horas, 72 horas, após 72 horas, o tipo de Dor, a sua localização, a duração, a sua intensidade e os fatores exacerbadores da Dor, de uma forma global e estratificada em relação ao foro médico e cirúrgico (tabela 5).

**TABELA 5: Dor nas 24 horas, 48 horas, 72 horas e após 72 horas na Pós-Intervenção**

IS-SCE DOR	Foro de Diagnóstico				Total	
	Médico		Cirúrgico		n	%
	n	%	n	%		
<b>Dor nas 24 horas</b>						
Sim	4	12,9%	6	40,0%	10	21,7%
Não	27	87,1%	9	60,0%	36	78,3%
<b>N nas 24 horas</b>	<b>31</b>		<b>15</b>		<b>46</b>	
<b>Dor nas 48 horas</b>						
Sim	3	10,7%	3	25,0%	6	15,0%
Não	25	89,3%	9	75,0%	34	85,0%
<b>N nas 48 horas</b>	<b>28</b>		<b>12</b>		<b>40</b>	
<b>Dor nas 72 horas</b>						
Sim	0	0%	2	22,2%	2	6,5%
Não	22	100%	7	77,8%	29	93,5%
<b>N nas 72 horas</b>	<b>22</b>		<b>9</b>		<b>31</b>	
<b>Dor após 72 horas</b>						
Sim	3	21,4%	1	14,3%	4	19,0%
Não	11	78,6%	6	85,7%	17	81,0%
<b>N após 72 horas</b>	<b>14</b>		<b>7</b>		<b>21</b>	

Verifica-se que os 46 doentes completaram as 24 horas de internamento, 40 doentes completaram 48 horas de internamento, 31 doentes 72 horas de internamento e 21 doentes mais de 72 horas de internamento. Nas primeiras 24 horas de internamento, identificaram-se 10 doentes (21,7%) com Dor presente, sendo mais frequente nos doentes de foro cirúrgico (n=6). Quanto às 48 horas, a Dor esteve presente em 6 doentes (15%), sendo de forma equitativa nos doentes do foro médico (n=3) e de foro cirúrgico (n=3). Relativamente às 72 horas, 2 doentes (6,5%) tinham Dor presente, verificando-se que são do foro cirúrgico (n=2). E, após 72 horas, havia 4 doentes (19%) com Dor presente, sendo predominantemente do foro médico (n=3).

Na pós-intervenção, as características mais relevantes do IS-SCE Dor são descritas na tabela 6. Estes resultados são referentes em termos de média de todos os doentes críticos na pós-intervenção, durante o período de internamento.

**TABELA 6:** Tipo, Localização, Duração, Intensidade e Fatores de exacerbação da Dor na Pós-Intervenção

IS-SCE DOR	N	Foro de Diagnóstico				Total	
		n	Médico %	n	Cirúrgico %	n	%
<b>Tipo de Dor</b>							
	46						
Sem Dor		23	74,2%	8	53,3%	31	67,4%
Aguda Generalizada		3	9,7%	5	33,3%	8	17,4%
Pontada		2	6,5%	2	13,3%	4	8,7%
Espasmódica		1	3,2%	0	0%	1	2,2%
Moedeira		1	3,2%	0	0%	1	2,2%
Epigástrica		1	3,2%	0	0%	1	2,2%
<b>Localização da Dor</b>							
	46						
Sem Dor		23	74,2%	8	53,3%	31	67,4%
Bacia		2	6,5%	1	6,7%	3	6,5%
Torácica		2	6,5%	1	6,7%	3	6,5%
Abdominal		3	9,7%	3	20,0%	6	13,0%
<b>Duração da Dor</b>							
	46						
Sem Dor		23	74,2%	8	53,3%	31	67,4%
Intermitente		8	25,8%	7	46,7%	15	32,6%
<b>Intensidade da Dor Generalizada</b>							
	46						
Sem Dor		23	74,2%	8	53,3%	31	67,4%
Ligeira		4	12,9%	2	13,3%	6	13,0%
Moderada		4	12,9%	4	26,7%	8	17,4%
Severa		0	0%	1	6,7%	1	2,2%

Fatores de Exacerbação da Dor						
	46					
Sem Dor	23	74,2%	8	53,3%	31	67,4%
Mobilização/Posicionamento	6	19,4%	2	13,3%	8	17,4%
Procedimentos Invasivos	1	3,2%	0	0%	1	2,2%
Tratamento de Feridas	0	0%	1	6,7%	1	2,2%
Mobilização e Procedimentos Invasivos	1	3,2%	1	6,7%	2	4,3%
Mobilização e Tratamento de Feridas	0	0%	3	20,0%	3	6,5%

A tipologia de Dor no doente crítico predominante é a Dor aguda generalizada (n=8), sendo mais frequente nos doentes de foro cirúrgico (n=5). Relativamente à localização da Dor, constata-se que os enfermeiros registaram a região abdominal (n=6) como a localização da Dor mais frequente, sendo de forma equitativa nos doentes de foro médico (n=3) e de foro cirúrgico (n=3).

A duração da Dor, segundo os registos de enfermagem, é caracterizado maioritariamente como uma Dor intermitente (n=15), sendo frequente nos doentes de foro médico (n=8) e de foro cirúrgico (n=7).

Quanto à intensidade da Dor generalizada, os enfermeiros registaram que a intensidade da Dor mais frequente é a Dor de intensidade moderada (n=8) sendo de forma equitativa nos doentes de foro médico (n=4) e de foro cirúrgico (n=4).

O principal fator exacerbador de Dor, segundo os registos de enfermagem, é a mobilização/posicionamento (n=8), sendo verificado mais frequente nos doentes de foro médico (n=6).

Relativamente à intensidade da Dor de acordo com o tipo de ventilação e a escala da Dor utilizada, obteve-se os presentes resultados que se encontram na tabela 7.

**TABELA 7:** Intensidade da Dor no Doente com Ventilação Espontânea e Ventilação Mecânica Invasiva na Pós-Intervenção

IS-SCE DOR: Intensidade da Dor	Foro de Diagnóstico				Total	
	Médico		Cirúrgico		n	%
	n	%	n	%		
<b>Intensidade da Dor: Ventilação Espontânea</b>						
Sem Dor	3	60,0%	4	80,0%	7	70,0%
Ligeira	1	20,0%	0	0%	1	10,0%
Moderada	1	20,0%	0	0%	1	10,0%
Severa	0	0%	1	20,0%	1	10,0%
<b>N</b>	<b>5</b>		<b>5</b>		<b>10</b>	

Intensidade da Dor: Ventilação Mecânica Invasiva						
Sem Dor	20	76,9%	4	40,0%	24	66,7%
Ligeira	3	11,5%	2	20,0%	5	13,9%
Moderada	3	11,5%	4	40,0%	7	19,4%
<b>N</b>	<b>26</b>		<b>10</b>		<b>36</b>	

De acordo com a tabela 7, verifica-se que o doente crítico com ventilação espontânea, apresenta uma variação equitativa de intensidade de Dor, entre Dor com intensidade severa (n=1), moderada (n=1) e ligeira (n=1). Os doentes de foro médico com ventilação espontânea, tinham maioritariamente Dor ligeira (n=1) e Dor moderada (n=1) e os doentes de foro cirúrgico com ventilação espontânea tinham Dor severa (n=1). Nos doentes críticos com ventilação mecânica invasiva, a intensidade da Dor mais frequente é a Dor com intensidade moderada (n=7), verificando-se mais frequentemente no doente de foro cirúrgico (n=4).

Os resultados obtidos da análise do tratamento do IS-SCE Dor, referente à pós-intervenção, encontram-se representados na tabela 8.

**TABELA 8:** Tratamento do IS-SCE Dor na Pós-Intervenção

Tratamento do IS-SCE Dor	N	Foro de Diagnóstico				Total	
		Médico		Cirúrgico		n	%
		n	%	n	%		
Sem Tratamento	46	23	74,2%	8	53,3%	31	67,4%
Tratamento Farmacológico		1	3,2%	0	0%	1	2,2%
Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico		7	22,6%	7	46,7%	14	30,4%

De acordo com os registos de enfermagem, o tratamento do IS-SCE Dor no doente crítico na pós-intervenção mais utilizado é a combinação do tratamento farmacológico e não farmacológico (n=14), sendo utilizado equitativamente no foro médico (n=7) e foro cirúrgico (n=7).

A avaliação da Dor é um dos parâmetros do IS-SCE Dor a ser considerado com elevada relevância. Deste modo, serão demonstrados os resultados obtidos da análise da avaliação do IS-SCE Dor e a sua comparação na pré-intervenção e pós-intervenção, sendo ainda estratificado de acordo com o foro médico ou foro cirúrgico.

A análise da avaliação do IS-SCE Dor, segundo os registos de enfermagem, no foro médico na pré-intervenção, encontra-se na sua totalidade no anexo VIII.

**TABELA 9:** Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Médico na Pré-Intervenção

Registos de Enfermagem Pré-Intervenção Foro Médico	Avaliação da Dor Admissão		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1h ora após administração de Analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	30	0	249	0	54	22	9	15
<b>Total</b>	100 %		100 %		71 %	29 %	38 %	62 %

Na tabela 9, referente à avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico na pré-intervenção, baseado nos registos de enfermagem (anexo VIII), verifica-se que foi avaliado o IS-SCE Dor em todos os doentes no momento de admissão (30) e de 6 em 6 horas (249). No entanto, verifica-se a ausência de registos de enfermagem, no momento de procedimentos invasivos (22) e na avaliação de uma hora após administração de analgesia (15).

Quanto à análise da avaliação do IS-SCE Dor, segundo os registos de enfermagem, no foro médico na pós-intervenção, encontra-se na sua totalidade no anexo IX.

**TABELA 10:** Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Médico na Pós-Intervenção

Registos de Enfermagem Pós - Intervenção Foro Médico	Avaliação da Dor Admissão		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração de Analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	31	0	297	0	104	2	28	2
<b>Total</b>	100 %		100 %		98 %	2 %	93 %	7 %

Na tabela 10, referente à avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico na pós-intervenção, segundo os registos dos enfermeiros (anexo IX), verifica-se que foi avaliado o IS-SCE Dor em todos os doentes no momento de admissão (31) e de 6 em 6 horas (297). No entanto, verifica-se a ausência de registos de enfermagem, aquando dos procedimentos invasivos (2) e no momento de avaliação uma hora após administração de analgesia (2).

A tabela 11, retracta as medidas de tendência central relativamente ao número de vezes que os enfermeiros registaram e avaliaram o IS-SCE Dor no doente de foro médico na pré-intervenção e pós-intervenção.

TABELA 11: Frequência da avaliação do IS-SCE Dor Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Médico

Número de Vezes da Avaliação do IS-SCE Dor Foro Médico		Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
N	Válido	31	31
	Ausente	0	0
Média		11,06	14,84
Mediana		11,00	14,00
Moda		10	14
Desvio Padrão		2,235	2,451
Mínimo		8	11
Máximo		16	23

Com base na análise dos resultados obtidos dos registos de enfermagem no doente de foro médico, verifica-se que há diferenças estatísticas na avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico antes ( $M=11,06$ ;  $DP=2,235$ ) e após a intervenção supervisiva ( $M=14,84$ ;  $DP=2,451$ ), verificando-se ainda um aumento no valor mínimo (11) e máximo (23) de avaliações da Dor na pós-intervenção comparativamente com a pré-intervenção.

Relativamente às medidas de tendência central do número de vezes que os enfermeiros não registaram e não avaliaram o IS-SCE Dor no doente de foro médico na pré-intervenção e pós-intervenção, encontram-se descritas na tabela 12.

TABELA 12: Frequência da não avaliação do IS-SCE Dor Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Médico

Número de Vezes da Não Avaliação do IS-SCE Dor Foro Médico		Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
N	Válido	31	31
	Ausente	0	0
Média		1,13	0,13
Mediana		0,00	0,00
Moda		0	0
Desvio Padrão		1,668	0,428
Mínimo		0	0
Máximo		5	2

Segundo os registos de enfermagem, relativamente ao não registo e não avaliação da Dor no doente de foro médico, verifica-se que há diferenças estatísticas na não avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico antes ( $M=1,13$ ;  $DP=1,668$ ) e após a intervenção supervisiva ( $M=0,13$ ;  $DP=0,428$ ), constatando-se uma diminuição no valor máximo (2) de não avaliações da Dor na pós-intervenção comparativamente com a pré-intervenção (5).

Os resultados obtidos são confirmados pelo teste  $t$  para amostras emparelhadas (tabela 13).

**TABELA 13:** Teste *t* para amostras emparelhadas na não avaliação do IS-SCE Dor, no doente do foro Médico

Teste <i>t</i> para amostras emparelhadas	Diferenças Emparelhadas					<i>t</i>	df	Sig. (2 extremidades)
	Média	DP	Erro Padrão da Média	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
				Inferior	Superior			
Número de não avaliações da Dor Pré-intervenção foro Médico - Número de não avaliações da Dor Pós-intervenção foro Médico	1,000	1,506	,270	,448	1,552	3,698	30	,001

A tabela 13, apresenta o teste *t* para amostras emparelhadas na não avaliação do IS-SCE Dor no doente do foro médico, onde se pode verificar que o valor de *t* é de 3,698, com 30 graus de liberdade e com uma significância associada inferior a  $p=0,001$ .

Como tal, pode-se deferir que os enfermeiros diminuíram significativamente o número de não avaliações do IS-SCE Dor na pós-intervenção no doente de foro médico visto o teste *t* ( $t(30) = 3,698$ ;  $p < 0,001$ ) indicar diferenças estatísticas significativas.

Quanto ao doente de foro cirúrgico, pode-se de igual modo, inferir o número de vezes que os enfermeiros avaliaram e registaram a Dor na avaliação no doente de foro cirúrgico, de acordo com o protocolo instituído na UCIP.

A análise da avaliação do IS-SCE Dor, segundo os registos de enfermagem, no foro cirúrgico na pré-intervenção, encontra-se na sua totalidade no anexo X.

TABELA 14: Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Cirúrgico na Pré-Intervenção

Registos de Enfermagem Pré-Intervenção Foro Cirúrgico	Avaliação da Dor Admissão		Avaliação da Dor de 2 em 2 horas		Avaliação da Dor de 4 em 4 horas		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração de Analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total	16	0	18	0	60	0	43	0	27	4	10	8
	100 %		100 %		100 %		100 %		87 %	13 %	56 %	44 %

Na tabela 14, referente à pré-intervenção, segundo os registos de enfermagem (anexo X), o IS-SCE Dor foi avaliado em todos os doentes do foro cirúrgico no momento de admissão (16), de 2 em 2 horas (18), de 4 em 4 horas (60) e de 6 em 6 horas (43). Relativamente à ausência de registos de enfermagem na avaliação da Dor, verifica-se no momento de procedimentos invasivos (4) e na avaliação uma hora após administração de analgesia (8).

A análise da avaliação do IS-SCE Dor, segundo os registos de enfermagem, no foro cirúrgico na pós-intervenção, encontram-se na sua totalidade no anexo XI.

TABELA 15: Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Cirúrgico na Pós-Intervenção

Registos de Enfermagem Pós - Intervenção Foro Cirúrgico	Avaliação da Dor Admissão		Avaliação da Dor de 2 em 2 horas		Avaliação da Dor de 4 em 4 horas		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração de Analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total	15	0	15	0	56	0	81	0	37	1	19	1
	100 %		100 %		100 %		100 %		97 %	3 %	95 %	5 %

Na tabela 15, referente à pós-intervenção, segundo os registos de enfermagem (anexo XI), o IS-SCE Dor foi avaliado em todos os doentes do foro cirúrgico no momento de admissão (15), de 2 em 2 horas (15), de 4 em 4 horas (56) e de 6 em 6 horas (81). Quanto à ausência de registos de enfermagem, verifica-se que ocorreu no momento dos procedimentos invasivos (1) e na avaliação da Dor uma hora após administração de analgesia (1).

A tabela 16, apresenta as medidas de tendência central relativamente ao número de vezes que os enfermeiros registaram e avaliaram o IS-SCE Dor no doente de foro cirúrgico na pré- e pós-intervenção.

**TABELA 16:** Frequência da avaliação do IS-SCE Dor na Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Cirúrgico

Número de Vezes da Avaliação do IS-SCE Dor Foro Cirúrgico		Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
N	Válido	31	31
	Ausente	0	0
Média		5,61	7,26
Mediana		5,00	6,00
Moda		4	6
Desvio Padrão		2,290	2,543
Mínimo		2	4
Máximo		11	12

Segundo a análise dos resultados obtidos no doente de foro cirúrgico, verifica-se que há diferenças estatísticas na avaliação do IS-SCE Dor antes ( $M=5,61$ ;  $DP=2,290$ ) e após a intervenção supervisiva ( $M=7,26$ ;  $DP=2,543$ ), verificando-se um aumento no valor mínimo (4) e máximo (12) de avaliações da Dor na pós-intervenção comparativamente com a pré-intervenção.

Na tabela 17, encontram-se descritas as medidas de tendência central do número de vezes que os enfermeiros não registaram e não avaliaram o IS-SCE Dor no doente de foro cirúrgico na pré-intervenção e pós-intervenção.

**TABELA 17:** Frequência da não avaliação do IS-SCE Dor na Pré e Pós-Intervenção, no doente de Foro Cirúrgico

Número de Vezes da Não Avaliação do IS-SCE Dor Foro Cirúrgico		Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
N	Válido	31	31
	Ausente	0	0
Média		0,39	0,06
Mediana		0,00	0,00
Moda		0	0
Desvio Padrão		0,761	0,359
Mínimo		0	0
Máximo		3	2

Segundo os registos de enfermagem, relativamente ao não registo e não avaliação da Dor no doente de foro cirúrgico, verifica-se que há diferenças estatísticas na não avaliação antes ( $M=0,39$ ;  $DP=0,761$ ) e após a intervenção supervisiva ( $M=0,06$ ;  $DP=0,359$ ), constatando-se uma diminuição no valor máximo (2) de não avaliações da Dor na pós-intervenção comparativamente com a pré-intervenção (3).

Os resultados obtidos são confirmados pelo teste  $t$  para amostras emparelhadas (tabela 18).

**TABELA 18:** Teste  $t$  para amostras emparelhadas na não avaliação do IS-SCE Dor no doente do foro Cirúrgico

Teste $t$ para amostras emparelhadas	Diferenças Emparelhadas					$t$	df	Sig. (2 extremidades)
	Média	DP	Erro Padrão da Média	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
				Inferior	Superior			
Número de não avaliações da Dor Pré-intervenção foro cirúrgico - Número de não avaliações da Dor Pós-intervenção foro cirúrgico	,323	,791	,142	,032	,613	2,270	30	,031

Na tabela 18 indica-nos que o valor de  $t$  é de 2,270, com 30 graus de liberdade e com uma significância associada inferior a  $p=0,031$ . Como tal, pode-se deferir que os enfermeiros diminuíram significativamente o número de não avaliações do IS-SCE Dor na pós-intervenção no doente de foro cirúrgico visto o teste  $t$  ( $t(30) = 2,270$ ;  $p < 0,031$ ) indicar diferenças estatísticas significativas.



## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É imperativo o contributo da SCE para a melhoria na segurança e qualidade dos cuidados na gestão da Dor no doente crítico. Nesta perspetiva, a implementação de uma cultura supervisiva através de auditorias aos registos de enfermagem permite identificar nas práticas dos enfermeiros as lacunas existentes e o papel que os enfermeiros supervisores clínicos devem desempenhar, de modo a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Ramukumba & Amouri, 2019).

Parece existir uma ligação direta entre a SCE, as auditorias à qualidade dos registos de enfermagem e os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros, com consequentemente, impacte na segurança e qualidade dos cuidados em saúde (Allen et al., 2018; Vieira, 2018; Ramukumba & Amouri, 2019; Melia, Morrell-Scott & Maine, 2019; Bayatmanesh et al., 2020). Este estudo teve como intenção replicar esta evidência científica.

A auditoria clínica é uma ferramenta de gestão da qualidade definida como um processo sistemático que permite rever os cuidados e garantir práticas mais seguras em cuidados de enfermagem (Ramukumba & Amouri, 2019; Melia, Morrell-Scott & Maine, 2019). Os registos de enfermagem permitem a continuidade de cuidados através da transmissão de informação escrita e constituem um documento legal sobre os cuidados prestados ao doente (Melia, Morrell-Scott & Maine, 2019; Santos, 2022).

Neste estudo, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados ao doente crítico com Dor, foi implementado um processo de SCE numa UCI com base no modelo SafeCare. Para isso, procedeu-se a uma auditoria aos registos de enfermagem (etapa I do modelo SafeCare – pré-intervenção) que permitiu identificar as necessidades de formação dos enfermeiros.

As sessões supervisivas foram realizadas de acordo com as necessidades encontradas, contando com seis sessões formativas, de forma a englobar todos os enfermeiros da UCI. As sessões foram direcionadas para a avaliação e gestão da Dor no doente crítico.

Bambi et al. (2019) reforça a importância da temática das sessões supervisivas ao salientar que a Dor em UCI deve ser avaliada de forma frequente e com intervalos mínimos de quatro horas, reforçando a importância da sua reavaliação após a administração de analgesia e da realização da sua avaliação aquando de procedimentos invasivos.

A auditoria pós-intervenção, foi realizada três meses após as sessões supervisivas, de forma a verificar se houve mudança de atitudes, maior consciencialização dos enfermeiros para a avaliação da Dor e melhores cuidados de enfermagem direcionados à gestão da Dor no doente crítico.

Santos (2022), ressalva a importância da formação sobre a avaliação da Dor e da importância de perceber as dificuldades dos enfermeiros na avaliação da mesma. Melia, Morrell-Scott e Maine (2019), por sua vez, salientam a importância da reeducação dos enfermeiros sobre a avaliação da Dor e da sua eficaz gestão no doente crítico, acrescentando que esta também passa por uma correta documentação nos registos de enfermagem, na avaliação e tratamento.

Para alguns autores a avaliação e a gestão da Dor eficaz, está associada a melhores *outcomes* nos doentes em UCI (diminuição do uso de sedação, da duração de ventilação mecânica e do tempo de internamento) e deve ser ajustada à condição do doente crítico (Melia, Morrell-Scott & Maine, 2019; Chanques & Gélinas, 2022; Seo et al., 2022).

Numa perspetiva supervisiva da gestão da Dor, preconizou-se auditar a caracterização, o tratamento e a avaliação da Dor em ambos os momentos (pré e pós-intervenção) relativamente ao IS-SCE Dor através dos registos dos enfermeiros.

Percebe-se que apesar de serem doentes críticos diferentes em ambos os momentos, os enfermeiros avaliaram e encontraram as características e o tratamento da Dor semelhantes, como está patente na análise de dados e como são explanados no decorrer deste capítulo.

Para uma adequada caracterização da Dor no doente crítico, optou-se por avaliar a Dor às 24 horas, 48 horas, 72 horas e após 72 horas, como também o tipo de Dor, sua localização, duração, intensidade e fatores exacerbadores, estando em concordância com o estudo de Seo et al. (2022) e o protocolo de sedação, analgesia e delírium instituído na UCI em estudo. Além disso, foi caracterizada a Dor de uma forma global e estratificada em relação ao foro de diagnóstico (médico e cirúrgico), e qual o tratamento da Dor realizado.

Segundo os registos de enfermagem analisados ao doente do foro cirúrgico, a maior percentagem de “Dor presente”, quer na pré-intervenção quer na pós-intervenção, surge às 24 horas, verificando-se na pré-intervenção “Dor presente” em 50% dos doentes e na pós-intervenção em 40% dos doentes.

A “Dor presente” ser mais frequente nas primeiras 24 horas no doente de foro cirúrgico foi claro neste estudo e esta em concordância com os estudos de López-Alfaro et al. (2019) e os de Harvin e Kao (2020). No entanto, Augusto (2020) e Santos (2022), salientam a elevada relevância da avaliação da Dor e da frequência da Dor presente nos pós-operatórios.

Contrariamente aos doentes de foro cirúrgico, os doentes do foro médico apresentam com maior frequência “Dor presente” às 48 horas (n=5), de acordo com os registos analisados na

pré-intervenção, e com maior frequência de “Dor presente” às 48 horas (n=3) e após as 72 horas (n=3) de acordo com os registos analisados na pós-intervenção. Esta diferença de presença de Dor, entre o doente de foro cirúrgico e médico pode ser entendida de acordo com de Bambi et al. (2019), que referem que o doente crítico tem “Dor presente”, não apenas pelas patologias e complicações associadas ao estado crítico, mas também pela imobilização e a constante realização de procedimentos invasivos no decorrer do internamento.

Quanto ao tipo e localização da Dor encontra-se diretamente relacionada com o motivo de admissão: cirurgia, patologia, comorbilidades (López-Alfaro et al., 2019). Neste estudo constata-se que, o tipo de Dor maioritariamente registada é uma “Dor aguda generalizada” (pré-intervenção: 37,0% e pós-intervenção: 17,4%), sendo a sua localização predominantemente “abdominal” (pré-intervenção: 23,9% e pós-intervenção: 13,0%), com uma duração maioritariamente “intermitente” (pré-intervenção: 43,5% e pós-intervenção: 32,6%), estes resultados são concordantes com os de López-Alfaro et al. (2019).

A intensidade da Dor é influenciada pelo tipo de procedimentos invasivos, pelos diagnósticos cirúrgicos ou de trauma subjacentes e pelos fatores demográficos, sendo a maior intensidade de Dor associada a idade mais jovem, género feminino e etnia não branca (Devlin et al., 2018; López-Alfaro et al., 2019; Seo et al., 2022).

As guidelines atuais em UCI recomendam que a avaliação e intensidade da Dor deve recorrer a instrumentos validados e fiáveis, nomeadamente a escalas direcionadas para os diferentes tipos de doentes críticos (Shaikh et al., 2018; Devlin et al., 2018; Seo et al., 2022). O autorrelato é o “*gold-standard*” para a avaliação da Dor.

A Dor deve ser avaliada com escalas de autorrelato nos doentes capazes de comunicar, sem sedação e em ventilação espontânea, e escalas comportamentais devem ser utilizadas em doentes incapazes de comunicar assertivamente, com sedação e com ventilação mecânica (Shaikh et al., 2018; Devlin et al., 2018; Waterfield & Barnason, 2020; Seo et al., 2022).

Neste estudo, são utilizadas duas escalas de avaliação e intensidade da Dor, a escala numérica da Dor e a escala BPS, que correspondem às escalas recomendadas nas *guidelines* internacionais (Devlin et al., 2018; Seo et al., 2022). Assim, os resultados mostraram que a intensidade de Dor generalizada foi classificada na pré-intervenção, com maior frequência, como Dor com “intensidade ligeira” (23,9%) e na pós-intervenção Dor com “intensidade moderada” (17,4%).

Puntillo (2016) refere que os doentes críticos com ventilação espontânea e sem sedação que conseguem fazer o autorrelato referem mais Dor e comunicam a Dor com exatidão, contrariamente aos doentes com ventilação mecânica e sedados, que referem Dor com menor intensidade e menos Dor. Este achado foi também constatado neste estudo.

Na pré-intervenção os doentes críticos em ventilação espontânea, sem sedação e capazes de comunicar assertivamente apresentavam com maior frequência “Dor com intensidade moderada” (25%), e os doentes em ventilação mecânica invasiva, com sedação e incapazes de comunicar assertivamente tinham mais frequentemente “Dor de intensidade ligeira” (26,7%). Já na pós-intervenção, a avaliação da intensidade da Dor nos doentes, verificou-se que os doentes críticos com ventilação espontânea, sem sedação e capazes de comunicar assertivamente tinham com a mesma frequência “Dor com intensidade ligeira” (10%), “moderada” (10%) e “severa” (10%), e os doentes com ventilação mecânica invasiva, com sedação e incapazes de comunicar assertivamente tinham com maior frequência “Dor de intensidade moderada” (19,4%).

O fator predominante de exacerbação de Dor, nos dois momentos de avaliação, foi a mobilização/posicionamento (pré-intervenção: 26,1% e pós-intervenção: 17,4%). Os estudos de Shaikh et al. (2018), Devlin et al. (2018) e Seo et al. (2022) apontam este fator, ser um dos fatores mais presentes que exacerba a Dor. De salientar ainda, que este fator está associado ao aumento da intensidade da Dor, passando a uma “Dor de intensidade moderada a severa”, durante os procedimentos de cuidados gerais (Shaikh et al., 2018; Devlin et al., 2018; Seo et al., 2022).

Em UCI, a eficaz gestão da Dor passa pela combinação do tratamento farmacológico e não farmacológico, de forma a maximizar a analgesia e minimizar a sedação (Teixeira & Durão, 2016; Vicent et al., 2016; OE, 2017; Niza, 2018; Devlin et al., 2018; Nordness et al., 2021; Seo et al., 2022). Pode verificar-se esta estratégia de gestão da Dor no presente estudo, uma vez que a associação do tratamento farmacológico e não farmacológico foi o maioritariamente utilizado (pré-intervenção: 26,1% e pós-intervenção: 30,4%).

Relativamente à avaliação da Dor na pré e pós-intervenção, verifica-se que os enfermeiros avaliaram e registaram a Dor de forma periódica em todos os doentes de foro médico e cirúrgico (100%), no entanto, verificou-se a ausência de avaliação e registos de enfermagem no momento de avaliação da Dor uma hora após administração de analgesia e aquando dos procedimentos invasivos.

Na “avaliação da Dor” pode-se verificar uma diferença estatisticamente significativa no doente de foro médico (pré-intervenção:  $M=11,06$ ;  $DP=2,235$ ; pós-intervenção:  $M=14,84$ ;  $DP=2,451$ ), e no doente de foro cirúrgico (pré-intervenção:  $M=5,61$ ;  $DP=2,290$ ; pós-intervenção:  $M=7,26$ ;  $DP=2,543$ ). De igual modo, verificou-se que há diferenças estatísticas significativas na “não avaliação da Dor” no doente de foro médico entre a pré e pós-intervenção supervisiva ( $t(30) = 3,698$ ;  $p < 0.001$ ), e na “não avaliação da Dor” no doente de foro cirúrgico entre a pré e pós-intervenção supervisiva ( $t(30) = 2,270$ ;  $p < 0.031$ ). Os enfermeiros diminuíram significativamente o número de não avaliações da Dor na pós-intervenção no doente de foro médico e foro cirúrgico, e conseqüentemente, uma melhoria significativa na gestão da Dor.

Atendendo a isto, Shaikh et al. (2018), afirmam que a avaliação da Dor é o fator essencial para uma gestão adequada da Dor. Waterfield e Barnason (2020), reforçam esta ideia ao afirmar que a gestão inadequada da Dor passa por uma incorreta ou ausência de avaliação da Dor. Pode-se ainda inferir que, a SCE e a formação supervisiva realizada teve um impacto direto, nas atitudes, nos valores e na familiaridade com os instrumentos de avaliação, que influenciaram as perceções e a utilização dos instrumentos de avaliação (Puntillo, 2016; Issa et al., 2019; Waterfield & Barnason, 2020).

Os resultados obtidos das auditorias (pré-intervenção e pós-intervenção) mostraram uma melhoria na qualidade da avaliação da Dor e dos registos de enfermagem na pós-intervenção, apresentando resultados semelhantes aos do estudo de Ramukumba e Amouri (2019). Globalmente, verifica-se uma melhoria em todos os parâmetros do IS-SCE Dor, podendo inferir-se que a SCE tem impacto positivo no contexto de uma UCI, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico, tal como já constatado em estudos anteriores que tiveram por base o mesmo modelo de SC – Modelo SafeCare (Cruz, 2012; Augusto, 2020; Teixeira, 2021; Rocha, 2022; Santos, 2022).

Assim, pode-se considerar que com este estudo, concretizaram-se os objetivos delineados, verificando-se que a avaliação da Dor no doente crítico numa UCI é padronizada de acordo com um protocolo da Dor, onde a avaliação da Dor é estratificada de acordo com o foro de diagnóstico do doente crítico (foro médico e foro cirúrgico), usando instrumentos de avaliação adequados e validados.

Com o recurso à auditoria realizada na pré-intervenção, podem-se identificar as áreas com necessidade de intervenção supervisiva, nomeadamente, a avaliação da Dor e a gestão da Dor, sendo incluídas nas sessões supervisivas, sob a forma de formação e acompanhamento. E, com base nos registos de enfermagem e nas auditorias realizadas (pré e pós-intervenção), pode-se comparar a avaliação da Dor realizada pelos enfermeiros, antes e após as sessões de supervisão clínica, verificando-se uma melhoria na qualidade da avaliação da Dor e dos registos de enfermagem, como é demonstrado nos dados apresentados neste estudo.



## CONCLUSÃO

A progressiva exigência e complexidade dos contextos na área da saúde, tem vindo a contribuir para que a supervisão clínica em enfermagem adquira destaque e saliente a sua necessidade crescente na prática clínica dos cuidados de enfermagem. Esta, visa contribuir para uma prática baseada em evidência, uma reflexão das práticas, respeitando os padrões da qualidade de cuidados, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade, segurança dos cuidados e diminuição do risco clínico.

O presente estudo permitiu perfilar o diagnóstico de situação do IS-SCE Dor no contexto de UCI, clarificando e identificando as necessidades formativas supervisivas, implementando um pensamento crítico-reflexivo nos enfermeiros da UCI, e conseqüentemente, demonstrando o empoderamento da supervisão clínica em enfermagem, através do modelo SafeCare e do IS-SCE Dor em UCI, contribuindo para o aperfeiçoamento do conhecimento e da prática clínica dos enfermeiros na UCI, capacitando-os para a tomada de decisão que garanta e assegure a melhoria contínua de cuidados ao doente crítico e promova a segurança e qualidade de cuidados de enfermagem.

A avaliação do IS-SCE Dor no doente crítico, foi realizada através de auditorias ao IS-SCE Dor na Etapa I do modelo SafeCare, identificando as necessidades de formação na avaliação e registos de enfermagem relativamente à Dor no contexto de UCI, sendo efetuadas posteriormente, sessões supervisivas baseadas nos resultados.

Além disso, foram comparados os resultados da pré e pós-intervenção. Desde modo, pode-se considerar que o IS-SCE Dor é adequado ao contexto deste estudo, e permitiu um contributo para SCE e para o modelo SafeCare, através dos seus resultados clínicos obtidos, com base na evidência científica.

Da análise dos resultados constatou-se que ocorria ausência de avaliação da Dor, uma hora após administração de analgesia e nos procedimentos invasivos, que o tratamento não farmacológico foi sempre utilizado em associação com o tratamento farmacológico, e que existia a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento sobre as complicações da ineficaz gestão da Dor.

Posto isto, considerou-se que as áreas de intervenção da SC deveriam incidir na formação estruturada sobre a Dor que envolvesse a avaliação e documentação da Dor com enfoque particular nas intervenções de enfermagem que facilitam a sua gestão em UCI. Foi perceptível que as sessões supervisivas em pequenos grupos trazem benefícios porque permitem aprofundar

um tema específico, expor dúvidas, trocar experiências, promovem o conhecimento técnico-científico e o pensamento crítico-reflexivo através de uma prática baseada na evidência no cuidado ao doente crítico.

A gestão da Dor eficaz requer conhecimentos técnico-científicos, atitudes positivas e capacidades efetivas de tomada de decisões na abordagem à Dor no doente crítico. Deste modo, é necessário um processo formal e contínuo de monitorização das práticas clínicas sustentada pela supervisão clínica em enfermagem, através de auditorias e sessões de formação direcionadas, que fomentem a aquisição de conhecimentos que capacitem os enfermeiros para a tomada de decisão, promovam um padrão de qualidade de cuidados e atinjam a satisfação no trabalho.

Neste estudo as auditorias ao IS-SCE Dor mostraram ser uma estratégia supervisiva eficaz que permitiram monitorizar os registos de enfermagem, e conseqüentemente, implementar medidas que promoveram a melhoria da qualidade dos processos e cuidados de enfermagem.

Na comparação dos resultados das auditorias, mostrou-se evidente uma melhoria na qualidade da avaliação e registos de enfermagem, uma vez que se verificou que na pós-intervenção, os enfermeiros avaliaram e registaram mais o IS-SCE Dor, diminuindo o número de vezes que não avaliaram e registaram o IS-SCE Dor, o que demonstra o contributo da SCE.

À semelhança de estudos anteriores, o modelo SafeCare, conduziu a uma melhoria do IS-SCE Dor, promovendo ganhos em saúde, que se reflete na qualidade e segurança dos cuidados ao doente crítico. Este estudo também permitiu promover um aumento no conhecimento técnico-científico e do pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros, motivando-os, para a mudança de atitudes e das suas práticas clínicas, tendo um impacto na tomada de decisão e capacitação face à gestão da Dor.

Pode-se considerar que foram atingidos os objetivos propostos, através dos resultados obtidos e explanados ao longo do estudo. Expondo ainda, os contributos da SCE no contexto de UCI e no IS-SCE Dor no doente crítico.

Contudo, no decorrer do mesmo, levantaram-se algumas inquietações e emergiram alguns aspetos a serem desenvolvidos *à posteriori* deste estudo. Assim, considera-se pertinente neste contexto, a avaliação do IS-SCE Dor aos seis e doze meses pós-intervenção, como uma oportunidade para a segurança e qualidade de cuidados prestados ao doente crítico.

Em futuras investigações poder-se-á perceber o grau de satisfação do doente crítico e da família relativamente à gestão da Dor no contexto de uma unidade de cuidados intensivos.

Também, na sequência deste estudo e como proposta sugere-se continuar a investigar no contexto da UCI, aliado à SCE e aos IS-SCE, de forma a demonstrar, o papel preponderante, ativo

e evolutivo que a SCE acrescenta aos cuidados de saúde, através dos modelos de supervisão clínica e das estratégias supervisivas.

Aliado a isto, é indiscutível que a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes e profissionais é favorecida pela adoção de uma cultura de supervisão clínica nas instituições e nos seus profissionais de saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- Abreu, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. *Sinais Vitais*, 45 (11), 53-57
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Artmed Editora.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagens* (2ª Edição ed.). Coimbra: Almedina
- Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, N., Goucke, R., Toye, C., & McCullough, K. (2018). Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 368-376. <https://doi.org/10.1111/wvn.12318>
- Anjuman, M., Aboshoushah, E., Coric, D., Alaithan, A., Almulhim, A., AlOtaibi, N., Alaslani, M., kmmas, F., Saeed, A., & Alharthi, A. (2018). Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. October 2018. Vol. 73 (4), 6439-6445. <https://doi.org/10.21608/EJHM.2018.15108>
- Alnajar, M., Shudifat, R., Mosleh, S., Ismaile, S., N'eratand, M. & Amro, K. (2021). Pain Assessment and Management in Intensive Care Unit: Nurses' Practices, Perceived Influencing Factors, and Educational Needs. *The Open Nursing Journal*, 2021, Vol. 15, 170-178. <https://doi.org/10.2174/1874434602115010170>
- Augusto, C. (2020). *Contributo da Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados*. (Tese de doutoramento em ciências de Enfermagem) Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/133881>
- Bambi, S., Galazzi, A., Pagnucci, N., & Giusti, G. (2019). Pain assessment in adult intensive care. *Italian Journal of ANIARTI. Scenario*. 36 (2). 1-12. <https://doi.org/10.4081/scenario.2019.388>
- Barandas, V. (2021). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem: Perspetiva dos enfermeiros supervisionados*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/39553>

- Barroso, C., Carvalho, L., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., & Rocha, I. (2020). Implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem - Modelo SafeCare. *Revista ROL Enfermagem* 2020;43(1), 50-58. <http://hdl.handle.net/10400.26/31333>
- Bayatmanesh, H., Tafreshi, Z., Manoochehri, H., & Baghban, A. (2020). Clinical Auditing of Patient Safety Standards Before and After Implementation of the Training Program in Intensive Care Units. *Advances in Nursing & Midwifery*. 29(3). 24-32. <https://doi.org:10.29252/anm-29064>
- Borges, P. (2013). *Implementação de um modelo de Supervisão clínica em Enfermagem: Perspetivas dos supervisores*. (Dissertação de Mestrado, Escola superior de Enfermagem do Porto). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9447/1/Paula%20Borges\\_ep3955.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9447/1/Paula%20Borges_ep3955.pdf)
- Butterworth, T., & Faugier, J. (1992). Clinical supervision and mentorship in Nursing. Chapman and Hall. <https://doi.org:10.7748/ns.7.20.54.s59>
- Brita, O., Tone, R., Leiv, S., Christine, M., Morten J., & Berit, V. (2015). *Implementation of a pain management algorithm in intensive care units and evaluation of nurses' level of adherence with the algorithm*. Elsevier. *Heart & Lung*. 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.08.001>
- Brunero, S., & Lamont, S. (2012). The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 186-193. <https://doi.org:10.1111/j.1471-6712.2011.00913.x>
- Carvalho, C. (2020). *Segurança do doente crítico: Notificação de eventos adversos. Relatório de estágio da área de especialização: enfermagem Médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica*. (Dissertação de Mestrado, Instituto politécnico de Portalegre). <http://hdl.handle.net/10400.26/33594>
- Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). *Modelo SafeCare: Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31966/1/SafeCare-EBook10-19.pdf>
- Carvalho, L., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. Uniarte Gráfica. <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>
- Cutcliffe, J., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in Nursing. *International Journal Mental Health Nursing*. 27(5) 1344-1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de Avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. *Revista ROL Enfermagem*. pp.43-59. <http://hdl.handle.net/10400.26/31334>
- Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse*, 35 (2) 245-253. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.35.2.245>
- Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso* (Tese de Doutoramento) Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>
- Cruz, M. (2019). *Fatores que influenciam a satisfação profissional e a inteligência emocional: Contributos para a implementação de um modelo de supervisão clínica*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/28136>

- Chanques, G., & Gélinas, C. (2022). Monitoring pain in the intensive care unit (ICU). *Intensive Care Medicine*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06807-w>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, M., Slooter, C., Pandharipande, P., Watson, L., Weinhouse, L., Nunnally, E., Rochweg, B., Balas, C., van den Boogaard, M., Bosma, J., Brummel, E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, L., Harris, E., ... & Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825-873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a dor*. Direção-Geral da Saúde. ISBN 972-9425-95-7. [https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Plano\\_Nacional\\_de\\_Luta\\_Contra\\_a\\_Dor.pdf](https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular normativa nº9. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa No:11. Direção-Geral da Saúde. [https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Programa\\_Controlo\\_da\\_Dor.pdf](https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- European Society of Emergency Medicine (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. EUSEM. Belgium [https://www.eusem.org/images/EUSEM\\_EPI\\_GUIDELINES\\_MARCH\\_2020.pdf](https://www.eusem.org/images/EUSEM_EPI_GUIDELINES_MARCH_2020.pdf)
- França, M. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id\\_sp=4536&l=1](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4536&l=1)
- Freeman, C. (2005). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. Birkenhead and Wallasey. National Health Service
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Universidade de Aveiro Editora.
- Hamdan, K., Shaheen, A., & Abdalrahim, M. (2021). Barriers and enablers of intensive care unit nurses' assessment and management of patients' Pain. *Nursing in Critical Care*, 27(4), 567-575. <https://doi.org/10.1111/nicc.12624>
- Harvin, J., & Kao, L. (2020). Pain management in the surgical ICU patient. *Co-criticalcare*. 26 (6), 628-633. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000773>
- International Council of Nurses (2012). Position statement: Patient safety. International of council Nurses. <https://www.icn.ch/nursing-policy/position-statements>

- International Association for the Study of Pain. (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475>
- Issa, M., Khraisat, F., Awajeh, A., & Rasheed, A. (2019). Impact of an Educational Program on the Knowledge and Attitude about Pain Assessment and Management Among Critical Care. *Dimensions of Critical Care Nursing* .38(5). 271-277. <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000375>
- Jun-Mo, P. & Ji Hyun, K. (2014). Assessment and Treatment of Pain in Adult Intensive Care Unit Patients. The Korean Society of Critical Care Medicine. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*. 29(3). 147-159. <http://dx.doi.org/10.4266/kjccm.2014.29.3.147>
- López-Alfaro, M., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B., & Goñi-Viguria, R. (2019). Percepción del dolor de los pacientes posquirúrgicos en una unidad de cuidados intensivos. *Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEIUC)*. Elsevier España. 30(3).99-107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>
- Lynch, L., & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part 1: laying the ground work .17. *International Journal Mental Health Nurse*. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00511.x>
- Macedo, A. (2015). A supervisão clínica e o desenvolvimento organizacional. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências*. Escola Superior de Enfermagem Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>
- Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for pain management in the ICU: A scoping review. *American Association of Critical Care Nurses*.30(4). 388-397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019281>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M., & Gélima, C., (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Melia, R., Morrell-Scott, N., & Maine, N. (2019). A review of compliance with pain assessments within a UK ICU. *British Journal of Nursing*. 28 (6). 382-386. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.382>.
- Melo, R., Pereira, A., Dias, A., Pinto, A., Rocha, S., & Ferreira, T. (2019). O sucesso da supervisão clínica no processo de transição do enfermeiro recém-licenciado para a prática profissional: revisão integrativa da literatura. *Indagation Didactica*, 11 (1). <https://doi.org/10.34624/id.v11i1.5707>
- Moreno, R. (2017). *Médicos e Sociedade - Para uma História da Medicina em Portugal no século XX*. By the Book.
- Nazari, R., Froelicher, E., Nia, H., Hajhosseini, 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*, 26(4). 475-477. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24154>
- Niza, P. (2018). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de enfermagem* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola superior de enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/25327>
- Nordness, M., Hayhurst, C., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*. 1733-1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>

- Oliveira, K. (2019). *Inteligência emocional dos enfermeiros: Contributos da supervisão clínica*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/28831>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação Paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação Peri-operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria. Ordem dos Enfermeiros [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Regulamento n.º 429/2018 -Diário da República nº135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento de Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica da Ordem dos Enfermeiros*. Regulamento n.º 366/2018 - Diário da República nº113/2018, Série II de 2018-06-14. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde* [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Park, J., & Kim, J. (2014). Assessment and treatment of pain in adult intensive care unit patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29(3),147-159 <https://doi.org/10.4266/kjccm.2014.29.3.147>
- Pinho. C. (2015). Supervisão clínica e acreditação da qualidade. A supervisão clínica e o desenvolvimento organizacional. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências*. Escola superior de Enfermagem Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>
- Pinho, J., Carneiro, H. & Alves, F. (2017). Plano Nacional de Avaliação da Dor. Sociedade portuguesa de cuidados intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel - Edições técnicas, Lda

- Pota, V., Coppolino, F., Barbarisi, A., Passavanti, M., Aurilio, M., & Sansone, P. (2022). Pain in Intensive Care: A Narrative Review. *Pain Ther.* 359-367. <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00366-0>
- Puntillo, K., (2016). Pain Assessment and Management for intensive care unit patients - Seeking best practices. *ICU Management e practices.*16(4) p.233-236 [https://healthmanagement.org/uploads/article\\_attachment/icu-v16-i4-puntillo-pain.pdf](https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v16-i4-puntillo-pain.pdf)
- Proctor, B. (1986). *Supervision: a co-operative exercise in accountability.* Leicester: Leicester National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Ramukumba, M., & Amouri, S. (2019). Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process. *Health SA Gesondheid.* 24(0). <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1121>
- Rocha, I. (2022). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para o autocuidado, satisfação profissional e competência emocional.* (Tese de doutoramento em Enfermagem). Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. <https://hdl.handle.net/10216/139953>
- Rodríguez, G., Cabases, M., Delgado, M., Reboll, F., Peris, A., & Saera, M. (2014) Audits in real time for safety in critical care: definition and pilot Study. *Medicina intensiva.* 38 (8), 473-482. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.11.008>
- Rua, F. (2020). Cuidados Intensivos: do passado ao Futuro. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* Lidel - Edições Técnicas, Lda. 3-6.
- Sandvik, R., Olsen, B., Rygh, L., & Litleire Moi, A. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing.* 29. 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santos, R. (2022). *Dor e Ferida Cirúrgica: Contributos para a implementação da supervisão clínica em cirurgia de ambulatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/43872>
- Seo, Y., Lee, H., Jin Ha, E., & Sun Há, T. (2022). 2021 KSCCM Clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care.* 37(1), 1-25. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Scott, P. (2017). *Key Concepts and Issues In Nursing Ethics.* In Key Concepts and Issues in Nursing Ethics. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-49250-6>
- Shaikh, N., Tahseen, S., Ul Haq, Q., Al-Ameri, G., Gnaw, A., Chanda, A., Zubair Labathkhan, M., & Kazi, T. (2018). Acute Pain Management in Intensive Care Patients: Facts and Figures. *Pain Management in Special Circumstances.* Intechopen. 1-14. <https://doi.org/10.5772/intechopen.78708>
- Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research,* 17, 786-795. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
- Teixeira, A. (2021). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional.* (Tese de Doutoramento em Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. <https://hdl.handle.net/10216/136599>

- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de enfermagem referência*. 4(10). 135-142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management*. Missouri: Elsevier.
- Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care with-out excessive sedation: The e-CASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962-971. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>.
- Vieira, S. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem. Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/55867>
- Waterfield, D. & Barnason, S. (2020). Use of PADIS Assessment Tools by Critical Care Nurses: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*.1-6 <https://doi.org/10.1177/0193945920973025>
- Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10 (4), 7-38. <https://doi.org/10.7748/nr2003.07.10.4.7.c5904>
- Wright, J. (2012). Clinical supervision: a review of the evidence base. *Nurse Standard: official newspaper of the Royal College of Nursing* 27(3), 44-49 <https://doi.org/10.7748/ns2012.09.27.3.44.c9298>



## ANEXOS



**ANEXO I - Questionário sobre a Caracterização Sociodemográfica da População-Alvo**

# Supervisão Clínica e a Gestão da Dor no Doente Crítico

---

## *Caraterização Sociodemográfica da População-alvo em Estudo de Investigação no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem*

O estudo que se apresenta integra-se no projeto de investigação "**A Supervisão clínica na Gestão da Dor no doente crítico**", integrado no mestrado em supervisão clínica em enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Neste projeto está envolvida a estudante Telma Juliana Pinto Coelho, a frequentar o Mestrado em Supervisão Clínica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Sra. Prof. Doutora Cristina Barroso Pinto e a Sra. Prof. Doutora Manuela Teixeira.

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente Crítico com Dor numa unidade de cuidados intensivos, para tal, será utilizado o modelo SafeCare, que permitirá avaliar o Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) Dor.

O estudo mereceu parecer favorável da comissão de ética da Instituição Hospitalar.

A sua participação neste estudo é voluntária e não lhe trará qualquer encargo financeiro. Toda a informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já agradeço o tempo despendido e a sua colaboração.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

### **A investigadora principal:**

Telma Coelho



---

**Género \***

- Feminino
  - Masculino
  - Outro
- 

**Faixa Etária \***

- 22 - 25 anos
  - 26 - 30 anos
  - 31 - 36 anos
  - 37 - 40 anos
  - 41 - 46 anos
  - 47 - 50 anos
  - 51 - 56 anos
  - 57 - 60 anos
  - 61 - 67 anos
- 

**Estado Civil**

- Solteiro (a)
- União Facto
- Casado(a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

---

**Indique a sua Situação Jurídica de Emprego: \***

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas
- Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
- Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo
- Outro

---

**Qual a sua Categoria Profissional atualmente? \***

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especializado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor

---

**Indique o Tempo de Exercício Profissional como Enfermeiro (anos completos)**

- Até 5 anos
- 6 - 10 anos
- 11 - 15 anos
- 16 - 20 anos
- 21 - 25 anos
- 26 - 30 anos
- 31 - 35 anos
- Igual ou Superior a 36 anos

---

---

**Indique o Tempo de Experiência Profissional na área de Cuidados Intensivos (anos completos):** \*

- Até 5 anos
- 6 - 10 anos
- 11 - 15 anos
- 16 - 20 anos
- 21 - 25 anos
- 26 - 30 anos
- 31 - 35 anos
- Igual ou Superior a 36 anos

---

**Indique o Tempo de exercício de funções como Enfermeiro nesta Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (anos completos):**

- Até 5 anos
- 6 - 10 anos
- 11 - 15 anos
- 16 - 20 anos
- 21 - 25 anos
- 26 - 30 anos
- 31 - 35 anos
- Igual ou Superior a 36 anos

**Indique a sua Habilitação Académicas mais relevante: \***

- Bacharelato
- Licenciatura em Enfermagem
- Pós-graduação
- Pós-licenciatura com Especialização
- Mestrado
- Doutoramento

---

**Na questão referente as Habilitações Académicas , se respondeu Pós-graduação, indique qual (ais):**

A sua resposta

---

---

**Na questão referente as Habilitações Académicas , se respondeu Pós-Licenciatura com Especialização, indique qual (ais):**

A sua resposta

---

---

**Na questão referente as Habilitações Académicas , se respondeu Mestrado, indique qual(ais):**

A sua resposta

---

**Na questão referente as Habilitações Académicas , se respondeu Doutoramento, indique qual(ais):**

A sua resposta

---

**Tem Formação em Supervisão clínica em Enfermagem? \***

- Sim
- Não

**Se sim, Indique qual é a Formação?**

- Competência acrescida em Supervisão clínica em Enfermagem
- Pós-graduação em Supervisão clínica em Enfermagem
- Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**Tem Formação académica na área da dor no doente crítico? \***

- Sim
- Não

**Se sim, Indique qual é a Formação?**

A sua resposta

---

**Enviar**

Limpar formulário

## **ANEXO II - Protocolo Sedação, Analgesia e Delírium**

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO</b>	
<b>ASSUNTO:</b>  <b>Sedação, Analgesia e <i>Delírium</i></b>	<b>ELABORADO POR:</b> 	
<b>DIVULGAÇÃO:</b> Disponível no portal do hospital na secção Protocolos Serviço de Medicina Intensiva	<b>REVISTO POR:</b> 	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b> Imediata	<b>A REVER EM:</b> Setembro de 2026	
<b>SUBSTITUI:</b> Não se aplica		

## I. OBJETIVO

O *Delírium*, a Dor e a Sedação profunda durante o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) traduz-se num aumento significativo da morbimortalidade dos doentes. O objetivo deste protocolo é uniformizar e melhorar os cuidados prestados na UCI, no que concerne à gestão da dor, sedação, identificação e tratamento do *Delírium*.

## II. ÂMBITO

Aplica-se a todos os doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). A execução está a cargo da equipa médica e de enfermagem.

## III. INFORMAÇÕES GERAIS

Este protocolo foi baseado nas *guidelines* PADIS<sup>1</sup> de 2018 da *Society of Critical Care Medicine*, nas *guidelines* PADIS de 2021 da *Korean Society of Critical Care Medicine* e no conceito *eCASH*<sup>2</sup> (conforto precoce com analgesia, sedativos mínimos e máximo cuidado humanizado).

### 1. Definições

- **Dor:** de acordo com a definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial;

## **2. Monitorização e Controlo da Dor**

Muitos doentes experienciam dor durante a sua permanência numa UCI. A dor é multifatorial e pode ser causada pela doença grave, pelos procedimentos ou tratamentos invasivos e até pelos cuidados básicos ao doente. A dor severa induz uma resposta ao stress que pode ter um papel importante na evolução da doença crítica aguda, como por exemplo taquicardia, aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, polipneia, aumento do catabolismo e consequente diminuição da perfusão tecidual. Por tudo isto, torna-se imprescindível o controlo adequado da dor, baseado em protocolos que priorizem o manejo da dor por etapas, antes da administração de sedativos.

### **2.1 Avaliação da Dor**

A dor pode ser avaliada com recurso a várias ferramentas que se dividem globalmente em 4 grupos:

- **Ferramentas de Autoavaliação:** A dor é uma experiência pessoal, pelo que a autoavaliação do paciente é o padrão de ouro na sua avaliação, devendo ser obtida sempre que possível. A entubação orotraqueal não deve ser considerada uma contraindicação para a autoavaliação da dor. Todos os doentes capazes de seguir comandos simples devem ser encorajados a expressar a intensidade da sua dor. São exemplos de escalas de autoavaliação da dor a **Escala Numérica**, a **Escala Visual Analógica**, a **Escala Verbal Descritiva** e a **Escala de Faces de Wong-Baker** [Anexo 1]. A Escala Verbal Descritiva inclui 5 descritores: “sem dor”, “dor leve”, “dor moderada”, “dor intensa” e “dor extrema”. O profissional de saúde pode mostrar os seus 5 dedos para figurar os 5 descritores da dor, ajudando os pacientes a indicar o seu nível de dor diretamente na mão do clínico. A Escala Analógica visual tem um comprimento de 10 cm e a sua aplicação pode ser mais desafiante em pacientes com miopatia pela incapacidade de moverem o cursor. A Escala Numérica da dor quando apresentada visualmente é a escala mais viável e sensível para detetar dor.
- **Avaliação Comportamental:** Em muitos doentes críticos torna-se impossível o auto-relato da dor, devido ao facto de estes se encontrarem sedados e/ou com disfunção cerebral. Nestes casos, deve-se recorrer a escalas de avaliação comportamental validadas, tais como a **Escala Comportamental da Dor** e a **Ferramenta de Observação da Dor no Doente Crítico**. [Anexo 2].
- **Avaliação por Familiares:** A avaliação da dor é realizada por alguém próximo do doente, quando este não é capaz de o fazer. Esta avaliação não deve substituir a avaliação realizada pela equipa médica e de enfermagem.
- **Medições Fisiológicas:** Os sinais vitais, incluindo a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória, a saturação periférica de O<sub>2</sub> e o CO<sub>2</sub> expirado, podem ser sinais indiretos

da presença de dor, mas não são indicadores válidos para a avaliação da mesma. Podem ser um sinal para iniciar uma avaliação da dor usando as ferramentas já descritas.

- A avaliação da dor deve ser realizada pela equipa médica e de enfermagem. No entanto, cabe à equipa de enfermagem fazer esta avaliação de forma periódica e registar no B-ICU care®;
- **Doente foro médico:** 6/6h;
- **Doente foro cirúrgico:** Primeiras 6H – 2/2H; 6H às 48H – 4/4H; após as 48H – 6/6H;
- Nos casos de documentação de dor presente, esta deve ser caracterizada a dor e reavaliada de forma mais apertada na hora seguinte à administração de analgésicos.
- Deve ser avaliada a Dor sempre que se realize procedimentos invasivos (entubação orotraqueal, colocação de cateteres, drenos, sondas, etc).

## 2.2 Tratamento da Dor

O tratamento da dor é o pilar do tratamento do doente em UCI. Este deve ser instituído o mais precocemente possível e deve ser baseado num esquema analgésico multimodal. A analgesia controlada pelo paciente (PCA) deve ser preferida para pacientes que têm a capacidade de a usar. Segundo os princípios do *eCASH*, preconiza-se uma redução da exposição a opióides e reforço do uso de outros analgésicos como complemento para optimização da analgesia.

A **escada analgésica da OMS [Anexo 3]** é a principal ferramenta que fornece diretrizes para o uso de fármacos no controlo da dor. Esta escada relaciona a intensidade da dor com os analgésicos necessários para o tratamento da dor dividindo-se em 4 degraus. A progressão através dos diferentes degraus ocorre quando o alívio da dor não é alcançado com a etapa anterior.

- **Primeira etapa (Dor Ligeira):** analgésicos não opióides, como anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), paracetamol e analgésicos tópicos;
- **Segunda etapa (Dor Moderada):** opióides fracos (como codeína ou hidrocodona) e outros agonistas do recetor  $\mu$ , como o tramadol;
- **Terceira etapa (Dor Forte):** opióides fortes, como a morfina, a buprenorfina ou o fentanil;
- **Quarta etapa (Dor Refratária):** combinação de técnicas invasivas, como a analgesia intratecal ou bloqueio regional de nervos, com opióides fortes e não opióides.

A gabapentina, a carbamazepina e a pregabalina podem ser usados em associação a um opióide para o tratamento da dor neuropática.

No CHTS existe a **Unidade Funcional de Dor Aguda (UFDA)** com protocolos próprios que podem ser consultados e devem ser utilizados como base para o tratamento da dor no SMI. Neste protocolo apresentam-se sugestões para uso de perfusão de fentanil, remifentanil e cetamina na UCI, fármacos que não estão nos protocolos base da UFDA, mas que têm a sua aplicação nesta unidade.

### FENTANIL:

- Preparar perfusão com a concentração de 20 mcg/mL;
- **Bólus inicial:** 1-2mcg/kg;

- Avaliar a presença de dor e necessidade de bólus extra e titular a perfusão (+/-1mL/h) a cada 30-60 min;
- **Dose de manutenção:** pode variar entre 0.7-10 mcg/kg/h;
- Antes de qualquer procedimento potencialmente doloroso deve ser administrado um bólus (0.5-1mcg/kg), repetido a cada 5min se necessário;
- O fentanil é um fármaco com uma semivida elevada, pelo que a exposição prolongada a este fármaco traduz-se numa acumulação do mesmo, podendo a sua ação manter-se muito para além do momento da sua suspensão.

#### REMFENTANIL:

- Preparar perfusão com a concentração de 0,1 mg/mL;
- **Bólus inicial:** 1,5 mcg/kg;
- **Dose de manutenção:** pode variar entre 0,5-15 mg/kg/h;
- Tem a vantagem de ter um início de ação e uma semi-vida curta, não acumulando, independentemente da disfunção hepática ou renal.

#### CETAMINA:

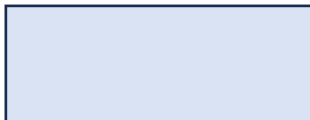
- Preparar perfusão com a concentração de 10 mg/mL;
- **Bólus inicial:** 0.15-0.5 mg/Kg;
- **Perfusão:** iniciar a 0,05-0,4 mg/kg/h;
- Avaliar dor e necessidade de manutenção a cada hora;
- No desmame de opióide com identificação de hiperalgesia opióide, o uso de cetamina poderá estar indicado.

Os vários Tratamentos não farmacológicos da dor ganharam cada vez mais evidência ao longo dos últimos anos. Existe intervenções não farmacológicas da dor, em três vias de atuação: ordem física, ordem cognitivo-comportamentais e de suporte emocional. Em UCI, é um desafio aplicar as medidas não farmacológicas da dor, pela complexidade dos pacientes e em muitos casos eles são incapazes de comunicar suas sensações, percepções ou emoções relacionadas com a sua dor, no entanto, muitos desses métodos têm demonstrado diminuir tanto os scores de dor autorrelatados, quanto os comportamentos nas avaliações da dor em escalas comportamentais da dor.

As medidas não farmacológicas atualmente recomendadas em UCI, são:

- **Massagem Terapêutica:** associada ao posicionamento antiálgico, efetuar de 3 em 3 horas, e sempre que necessário.
- **Crioterapia:** aplicar 10 - 20 minutos, 2/3 vezes por dia.
- **Musicoterapia:** sempre que possível e desde que seja pretendido pelo doente, sem período definido, várias vezes por dia.
- **Técnicas de relaxamento:** os exercícios respiratórios e técnica de distração, podem aplicar-se sem período definido, várias vezes por dia.

## **ANEXO III - Plano das Sessões de Formação de Supervisão Clínica**



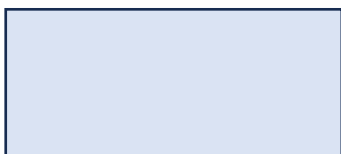
PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**TEMA DA SESSÃO: A Supervisão Clínica na gestão da Dor no doente Crítico**

<b>CURSO/ACÇÃO:</b>		<b>MÓDULO:</b>		<b>SERVIÇO:</b> UCIP	
<b>N.º:</b>	<b>Carga horária:</b> 1h	<b>N.º:</b>	<b>Carga horária:</b>	<b>N.º:</b>	<b>Carga horária:</b>
<b>OBJECTIVO GERAL:</b> Melhorar conhecimento sobre gestão da Dor no doente Crítico					<b>ÁREA DE FORMAÇÃO:</b> doente crítico
<b>DESTINATÁRIOS:</b> Enfermeiros da UCIP		<b>N.º</b> 31		<b>PERFIL:</b>	
<b>INSTITUIÇÃO:</b>			<b>PRÉ-REQUISITOS:</b>		
<b>LOCAL:</b>		<b>ESPAÇO:</b> serviço UCIP		<b>DATA:</b> 20/02/23 a 28/02/23	<b>HORA:</b> 14h
<b>MONITOR/FORMADOR:</b> Telma Coelho		<b>T:</b>	<b>E:</b>	<b>CAP:</b>	
Presential x Online					



	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
<b>Introdução</b>	<p>Apresentação Projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Supervisão clínica em enfermagem</p> <p>Objetivo da sessão de supervisão clínica em enfermagem</p>	<p>No final do conteúdo programático o formando deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perceber o contributo da supervisão clínica na gestão da dor no</li> </ul>	<p>Discurso de ponto de situação</p> <p>Exposição do tema com projecção de slides</p>	15min.	Método: Expositivo ativo	Computador e retro-projetor	Inicial / Diagnóstica Instrumento: Brainstorming



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação da Dor no doente crítico</li> <li>Registos /Documentação na Reavaliação da dor 1h após administração de terapêutica</li> <li>Reavaliação da dor em procedimentos invasivos</li> <li>Tratamento não farmacológico</li> <li>Tipos de medidas não farmacológicas</li> <li>Conhecimento sobre as complicações da gestão da dor ineficaz e a gestão da dor adequada</li> </ul>	<p>doente crítico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Compreender como Avaliar a Dor no doente crítico</li> <li>Compreender as medidas não farmacológicas</li> <li>Cumprir com os Protocolos instituídos na UCIP relativamente a Gestão da Dor               <ul style="list-style-type: none"> <li>Adquirir conhecimento sobre as complicações da gestão da dor ineficaz e a gestão da dor adequada</li> </ul> </li> </ul>	Exposição do tema com projecção dos slides	30min.	<p>Método: Ativo Demonstrativo expositivo</p> <p>Método: Interrogativo Expositivo</p>		Formativa	
<b>Conclusão</b>	Gestão da Dor adequada e eficaz no doente crítico		Exposição do tema com projecção dos slides	15min.				

## **ANEXO IV - Autorização da Comissão de Ética do Hospital**



Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Telma Juliana Pinto Coelho




SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	18/10/2022	PROC. Nº: 53/2022	24/11/2022

ASSUNTO: ***"A supervisão clínica na gestão da dor no doente crítica"***


Exma Senhora Enfª Telma Juliana Pinto Coelho,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo ***"A supervisão clínica na gestão da dor no doente crítica"***.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no  nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 22/11/2022 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

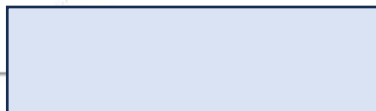
No final da realização do estudo deverá entregar, no  no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,



A Diretora do SEFI,



## **ANEXO V - Consentimento Informado de Participação na Investigação**

## Consentimento informado para participação em investigação

*Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, solicite mais informações. Se concordar com a proposta apresentada, assine, por favor, este documento.*

O estudo que se apresenta integra-se no projeto de investigação “A Supervisão clínica na Gestão da Dor no doente crítico”, integrado no mestrado em supervisão clínica em enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Neste projeto está envolvida a estudante Telma Juliana Pinto Coelho, a frequentar o Mestrado em Supervisão Clínica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Sra. Prof. Doutora Cristina Barroso Pinto e a Sra. Prof. Doutora Manuela Teixeira.

A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente Crítico com Dor numa unidade de cuidados intensivos, para tal, será utilizado o modelo SafeCare, que permitirá avaliar o Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) Dor.

O estudo mereceu parecer favorável da comissão de ética da Instituição Hospitalar.

A sua participação neste estudo é voluntária e não lhe trará qualquer encargo financeiro. Toda a informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já agradeço o tempo despendido e a sua colaboração.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

### A investigadora principal:

Telma Coelho

*Assim sendo, concordo com a participação neste estudo de livre vontade, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

(Assinatura do Participante)

## **ANEXO VI - Tabelas de Localização da Dor na Pré e Pós-Intervenção**

**Tabela de Localização da Dor na Pré-Intervenção**

Localização da Dor * Foro do diagnóstico Pré-Intervenção			Foro do diagnóstico		Total
			Médico	Cirúrgico	
Localização da dor	Sem dor	Contagem	19	6	25
		% em Localização da dor	76,0%	24,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	63,3%	37,5%	54,3%
		% do Total	41,3%	13,0%	54,3%
Cabeça		Contagem	1	1	2
		% em Localização da dor	50,0%	50,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	3,3%	6,3%	4,3%
		% do Total	2,2%	2,2%	4,3%
Torácica		Contagem	2	0	2
		% em Localização da dor	100,0%	0,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	6,7%	0,0%	4,3%
		% do Total	4,3%	0,0%	4,3%
Abdominal		Contagem	4	7	11
		% em Localização da dor	36,4%	63,6%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	13,3%	43,8%	23,9%
		% do Total	8,7%	15,2%	23,9%
Coluna/costas		Contagem	0	1	1
		% em Localização da dor	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,3%	2,2%
		% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Pélvica		Contagem	0	1	1
		% em Localização da dor	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,3%	2,2%
		% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Membro inferior direito		Contagem	1	0	1
		% em Localização da dor	100,0%	0,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
		% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Membro superior direito		Contagem	1	0	1
		% em Localização da dor	100,0%	0,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
		% do Total	2,2%	0,0%	2,2%

Cabeça + abdominal	Contagem	1	0	1
	% em Localização da dor	100,0%	0,0%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
	% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Torácica + cavidade oral	Contagem	1	0	1
	% em Localização da dor	100,0%	0,0%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
	% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Total	Contagem	30	16	46
	% em Localização da dor	65,2%	34,8%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	65,2%	34,8%	100,0%

## Tabela de Localização da Dor na Pós-Intervenção

Localização da dor * Foro do diagnóstico Pós-Intervenção			Foro do diagnóstico		Total
			Médico	Cirúrgico	
Localização da dor	Sem dor	Contagem	23	8	31
		% em Localização da dor	74,2%	25,8%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	74,2%	53,3%	67,4%
		% do Total	50,0%	17,4%	67,4%
Torácica		Contagem	2	1	3
		% em Localização da dor	66,7%	33,3%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	6,5%	6,7%	6,5%
		% do Total	4,3%	2,2%	6,5%
Abdominal		Contagem	3	3	6
		% em Localização da dor	50,0%	50,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	9,7%	20,0%	13,0%
		% do Total	6,5%	6,5%	13,0%
Coluna/costas		Contagem	0	1	1
		% em Localização da dor	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,7%	2,2%
		% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Bacia		Contagem	2	1	3
		% em Localização da dor	66,7%	33,3%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	6,5%	6,7%	6,5%
		% do Total	4,3%	2,2%	6,5%
Garganta		Contagem	1	0	1
		% em Localização da dor	100,0%	0,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	3,2%	0,0%	2,2%
		% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Bacia + Membro inferior Esquerdo		Contagem	0	1	1
		% em Localização da dor	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,7%	2,2%
		% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Total		Contagem	31	15	46
		% em Localização da dor	67,4%	32,6%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	67,4%	32,6%	100,0%

## **ANEXO VII - Tabela de Fatores Exacerbadores da Dor na Pré-Intervenção**

**Tabela de Fatores de Exacerbação da Dor na Pré-Intervenção**

Fatores de exacerbação da dor * Foro do diagnóstico Pré-Intervenção			Foro do diagnóstico		Total
			Médico	Cirúrgico	
Fatores de exacerbação da dor	Sem dor	Contagem	19	6	25
		% em Fatores de exacerbação da dor	76,0%	24,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	63,3%	37,5%	54,3%
		% do Total	41,3%	13,0%	54,3%
Mobilização		Contagem	6	6	12
		% em Fatores de exacerbação da dor	50,0%	50,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	20,0%	37,5%	26,1%
		% do Total	13,0%	13,0%	26,1%
Repouso		Contagem	2	1	3
		% em Fatores de exacerbação da dor	66,7%	33,3%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	6,7%	6,3%	6,5%
		% do Total	4,3%	2,2%	6,5%
Procedimentos		Contagem	1	0	1
		% em Fatores de exacerbação da dor	100,0%	0,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
		% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Tratamento de feridas		Contagem	0	1	1
		% em Fatores de exacerbação da dor	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,3%	2,2%
		% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Mobilização + procedimentos invasivos		Contagem	1	0	1
		% em Fatores de exacerbação da dor	100,0%	0,0%	100,0%

	% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
	% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Luz	Contagem	0	1	1
	% em Fatores de exacerbação da dor	0,0%	100,0%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,3%	2,2%
	% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Mobilização + aspiração secreções	Contagem	1	0	1
	% em Fatores de exacerbação da dor	100,0%	0,0%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	3,3%	0,0%	2,2%
	% do Total	2,2%	0,0%	2,2%
Mobilização + procedimentos invasivos + aspiração	Contagem	0	1	1
	% em Fatores de exacerbação da dor	0,0%	100,0%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	0,0%	6,3%	2,2%
	% do Total	0,0%	2,2%	2,2%
Total	Contagem	30	16	46
	% em Fatores de exacerbação da dor	65,2%	34,8%	100,0%
	% em Foro do diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	65,2%	34,8%	100,0%

**ANEXO VIII - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Médico  
na Pré-Intervenção**

## Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Médico na Pré-Intervenção

Registos de Enfermagem Pré-Intervenção Foro Médico	Avaliação Dor admissão		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor procedimentos invasivos		Avaliação Dor 1h após a administração de analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	3 (10%)	0	8 (3,21%)	0	3 (3,94%)	0	1 (4,22%)	0
2	2 (6,67%)	0	8(3,21%)	0	0	2 (2,63%)	0	1 (4,13%)
3	0	0	8(3,21%)	0	0	1 (1,31%)	0	1(4,13%)
4	2 (6,67%)	0	8(3,21%)	0	3(3,94%)	0	0	0
5	0	0	8(3,21%)	0	0	2(2,63%)	0	1(4,13%)
6	1 (3,33%)	0	8(3,21%)	0	3(3,94%)	0	1(4,22%)	0
7	2(6,67%)	0	8(3,21%)	0	4 (5,25%)	0	2 (8,44%)	1(4,13%)
8	2(6,67%)	0	9 (3,61%)	0	1 (1,31%)	2(2,63%)	0	2 (8,26%)
9	2(6,67%)	0	9(3,61%)	0	1(1,31%)	0	0	1(4,13%)
10	0	0	9(3,61%)	0	2(2,62%)	1(1,31%)	0	0
11	0	0	8(3,21%)	0	2 (2,62%)	0	0	0
12	3(10%)	0	8(3,21%)	0	0	3 (3,95%)	0	0
13	0	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	2(2,63%)	0	2(8,26%)
14	2(6,67%)	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	0	0	1(4,13%)
15	1(3,33%)	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	0	0	0
16	0	0	8(3,21%)	0	2(2,62%)	0	0	0
17	0	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	0	0	0
18	0	0	8(3,21%)	0	2(2,62%)	0	0	0
19	0	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	0	0	0
20	1(3,33%)	0	7(2,81%)	0	5 (6,57%)	0	2(8,44%)	0
21	2(6,67%)	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	0	0	0
22	1(3,33%)	0	9(3,61%)	0	4(5,25%)	0	1(4,22%)	0
23	0	0	7(2,81%)	0	5(6,57%)	0	0	0
24	0	0	7(2,81%)	0	1(1,31%)	0	0	0
25	0	0	7(2,81%)	0	2(2,62%)	0	1(4,22%)	0
26	1(3,33%)	0	9(3,61%)	0	4(5,25%)	0	0	0
27	1(3,33%)	0	8(3,21%)	0	0	1(1,31%)	1(4,22%)	0
28	2(6,67%)	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	3(3,95%)	0	1(4,13%)
29	0	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	0	0	0
30	0	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	3(3,95%)	0	2(8,26%)
31	2(6,67%)	0	8(3,21%)	0	1(1,31%)	2(2,63%)	0	2(8,26%)
<b>Total Registos Enfermagem</b>	<b>30(100%)</b>	<b>0</b>	<b>249 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>54 (71%)</b>	<b>22 (29%)</b>	<b>9 (38%)</b>	<b>15 (62%)</b>

**ANEXO IX - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Médico na Pós-Intervenção**

## Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Médico na Pós-Intervenção

Registos de Enfermagem Pós-Intervenção Foro Médico	Avaliação Dor admissão		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor procedimentos invasivos		Avaliação da Dor 1h após a administração de analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	4 (12,90%)	0	9 (3,03%)	0	4 (3,76%)	0	2 (6,64%)	0
2	1 (3,23%)	0	9(3,03%)	0	3 (2,82%)	2 (2%)	0	0
3	2 (6,45%)	0	10 (3,36%)	0	3 (2,82%)	0	2 (6,64%)	0
4	1(3,23%)	0	10(3,36%)	0	1 (0,94%)	0	0	0
5	0	0	10(3,36%)	0	3 (2,82%)	0	1 (3,32%)	0
6	0	0	10(3,36%)	0	4 (3,76%)	0	0	0
7	1(3,23%)	0	11 (3,70%)	0	3 (2,82%)	0	0	0
8	1(3,23%)	0	11(3,70%)	0	3 (2,82%)	0	1(3,32%)	0
9	0	0	10(3,36%)	0	4 (3,76%)	0	2 (6,64%)	0
10	1(3,23%)	0	10(3,36%)	0	3 (2,82%)	0	2 (6,64%)	0
11	1(3,23%)	0	10(3,36%)	0	4(3,76%)	0	1(3,32%)	0
12	3 (9,68%)	0	9(3,03%)	0	5 (4,71%)	0	1(3,32%)	0
13	0	0	9(3,03%)	0	3(2,82%)	0	2 (6,64%)	0
14	2(6,45%)	0	9(3,03%)	0	2 (1,88%)	0	1 (3,32%)	0
15	1(3,23%)	0	9(3,03%)	0	2 (1,88%)	0	0	0
16	0	0	9(3,03%)	0	4 (3,76%)	0	1 (3,32%)	0
17	0	0	9(3,03%)	0	2 (1,88%)	0	0	0
18	2(6,45%)	0	9(3,03%)	0	2 (1,88%)	0	2 (6,64%)	0
19	2(6,45%)	0	9(3,03%)	0	4 (3,76%)	0	0	0
20	0	0	9(3,03%)	0	4 (3,76%)	0	1(3,32%)	0
21	0	0	9(3,03%)	0	3(2,82%)	0	2 (6,64%)	0
22	1(3,23%)	0	9(3,03%)	0	5 (4,71%)	0	1(3,32%)	0
23	0	0	10(3,36%)	0	3 (2,82%)	0	0	0
24	0	0	9(3,03%)	0	4 (3,76%)	0	0	0
25	1(3,23%)	0	9(3,03%)	0	3 (2,82%)	0	1(3,32%)	0
26	2(6,45%)	0	9(3,03%)	0	0	0	0	0
27	0	0	10(3,36%)	0	5 (4,71%)	0	0	0
28	1(3,23%)	0	11 (3,70%)	0	9 (8,48%)	0	2 (6,64%)	0
29	2(6,45%)	0	10(3,36%)	0	4 (3,76%)	0	2 (6,64%)	0
30	0	0	10(3,36%)	0	3 (2,82%)	0	0	1 (3,5%)
31	2(6,45%)	0	10(3,36%)	0	2 (1,88%)	0	1(3,32%)	1 (3,5%)
<b>Total Registos Enfermagem</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>297(100%)</b>	<b>0</b>	<b>104 (98%)</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>28 (93%)</b>	<b>2 (7%)</b>

**ANEXO X - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Cirúrgico  
na Pré-Intervenção**

## Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Cirúrgico na Pré-Intervenção

Registos de Enfermagem Pré-Intervenção Foro Cirúrgico	Avaliação Dor admissão		Avaliação da Dor de 2 em 2 horas		Avaliação da Dor de 4 em 4 horas		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor procedimentos invasivos		Avaliação da Dor 1h após a administração de analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	2 (3,33%)	0	1 (2,33%)	0	2 (6,44%)	0	0	0
2	2 (12,5%)	0	2 (11,11%)	0	2 (3,33%)	0	0	0	1 (3,22%)	0	0	2 (11%)
3	2 (12,5%)	0	3 (16,67%)	0	4 (6,66%)	0	0	0	1 (3,22%)	1 (3,25%)	0	2 (11%)
4	0	0	1 (5,55%)	0	3 (5%)	0	0	0	2 (6,44%)	0	0	0
5	0	0	0	0	2 (3,33%)	0	0	0	0	1 (3,25%)	0	1 (5,5%)
6	2 (12,5%)	0	2 (11,11%)	0	4 (6,66%)	0	0	0	1 (3,22%)	0	1 (5,6%)	0
7	2 (12,5%)	0	2 (11,11%)	0	4 (6,66%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	0	1 (5,6%)	0
8	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	5 (8,33%)	0	0	0	1 (3,22%)	0	2 (11,2%)	1 (5,5%)
9	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	4 (6,66%)	0	0	0	2 (6,44%)	0	1 (5,6%)	0
10	0	0	0	0	2 (3,33%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
11	0	0	0	0	4 (6,66%)	0	0	0	1 (3,22%)	0	0	0
12	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	3 (6,98%)	0	0	1 (3,25%)	0	0
13	0	0	0	0	0	0	3 (6,98%)	0	0	0	0	1 (5,5%)
14	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	2 (3,33%)	0	2 (4,65%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
15	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	3 (6,98%)	0	0	0	1 (5,6%)	0
16	0	0	0	0	3 (5%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
17	0	0	0	0	3 (5%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
18	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	0	1 (5,6%)	0
19	0	0	0	0	0	0	3 (6,98%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
20	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	3 (6,98%)	0	1 (3,22%)	0	1 (5,6%)	0
21	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	1 (1,66%)	0	2 (4,65%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	2 (4,65%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
23	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	3 (5%)	0	1 (2,33%)	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	2 (4,65%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
25	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	2 (4,65%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0	4 (9,30%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	4 (9,30%)	0	1 (3,22%)	0	0	0
28	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	1 (1,66%)	0	1 (2,33%)	0	0	0	1 (5,6%)	0
29	0	0	0	0	1 (1,66%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	0	1 (5,6%)	0
30	0	0	0	0	2 (3,33%)	0	1 (2,33%)	0	1 (3,22%)	1 (3,25%)	0	0
31	1 (6,25%)	0	1 (5,55%)	0	2 (3,33%)	0	0	0	0	0	0	1 (5,5%)
<b>Total Registos Enfermagem</b>	<b>16 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>18 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>60 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>43 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>27 (87%)</b>	<b>4 (13%)</b>	<b>10 (56%)</b>	<b>8 (44%)</b>

**ANEXO XI - Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Cirúrgico  
na Pós-Intervenção**

## Registos de Enfermagem da Avaliação da Dor no Foro Cirúrgico na Pós-Intervenção

Registos de Enfermagem Pós-Intervenção Foro Cirúrgico	Avaliação Dor admissão		Avaliação da Dor de 2 em 2 horas		Avaliação da Dor de 4 em 4 horas		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor procedimentos invasivos		Avaliação da Dor 1h após a administração de analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	1 (2,3%)	0	1 (2,62%)	0	1 (5%)	0
2	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	2 (2,47%)	0	2 (5,24%)	0	3 (15%)	0
3	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	2 (2,47%)	0	0	0	2 (10%)	0
4	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	2 (3,57%)	0	3 (3,70%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
5	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	2 (2,47%)	0	2 (5,24%)	0	1 (5%)	0
6	0	0	0	0	0	0	4 (4,94%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
7	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	5 (6,17%)	0	1 (2,62%)	0	1 (5%)	0
8	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	3 (3,70%)	0	3 (7,86%)	0	1 (5%)	0
9	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	2 (2,47%)	0	0	0	2 (10%)	0
10	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	3 (5,36%)	0	1 (1,23%)	0	2 (5,24%)	0	0	0
11	0	0	0	0	2 (3,57%)	0	2 (2,47%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
12	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	5 (8,93%)	0	0	0	4 (10,48%)	0	1 (5%)	0
13	0	0	0	0	2 (3,57%)	0	3 (3,70%)	0	2 (5,24%)	0	1 (5%)	0
14	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	2 (3,57%)	0	3 (3,70%)	0	2 (5,24%)	0	2 (10%)	0
15	0	0	0	0	0	0	4 (4,94%)	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	4 (4,94%)	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	4 (4,94%)	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	4 (4,94%)	0	0	0	1 (5%)	0
19	0	0	0	0	0	0	3 (3,70%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
20	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	1 (1,78%)	0	3 (3,70%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
21	0	0	0	0	2 (3,57%)	0	2 (2,47%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
22	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	3 (3,70%)	0	1 (2,62%)	0	0	0
23	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	3 (3,70%)	0	1 (2,62%)	0	1 (5%)	0
24	0	0	0	0	0	0	4 (4,94%)	0	2 (5,24%)	0	0	0
25	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	3 (3,70%)	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	1 (1,78%)	0	3 (3,70%)	0	2 (5,24%)	0	0	0
27	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	2 (3,57%)	0	2 (2,47%)	0	2 (5,24%)	0	1 (5%)	0
28	0	0	0	0	2 (3,57%)	0	2 (2,47%)	0	2 (5,24%)	0	0	0
29	1 (6,66%)	0	1 (6,66%)	0	2 (3,57%)	0	2 (2,47%)	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	2 (3,57%)	0	2 (2,47%)	0	1 (2,62%)	0	1 (5%)	0
31	2 (13,33%)	0	2 (13,33%)	0	4 (7,14%)	0	2 (2,47%)	0	1 (2,62%)	1 (3%)	0	1 (5%)
<b>Total Registos de Enfermagem</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>56 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>81 (100%)</b>	<b>0</b>	<b>37 (97%)</b>	<b>1 (3%)</b>	<b>19 (95%)</b>	<b>1 (5%)</b>