



Joana Mestrinho **Relatório de Trabalho de Projeto**

O Silêncio da Dor: Avaliação da Dor na  
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da  
Professora Armandina Antunes

Outubro, 2015



## **RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO**

O Silêncio da Dor: Avaliação da Dor na pessoa em situação crítica

**3º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ANO LETIVO 2014|2015**

**DOCENTE:** Professora Armandina Antunes

**REALIZADO POR:**

Joana Mestrinho n. º130519012

**SETÚBAL, OUTUBRO 2015**



*“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente.  
Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito.”*

Aristóteles<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup><http://pensador.uol.com.br/>

## AGRADECIMENTOS

---

Todo o caminho percorrido, não teria sido possível sem o apoio, a compreensão e a orientação de muitas pessoas. Cada uma destas pessoas teve um papel fundamental nesta minha caminhada.

Quero agradecer...

... à Professora Doutora Alice Ruivo, pela orientação e apoio que me deu no Estágio I e II.

...à Professora Armandina Antunes, pela disponibilidade, orientação, apoio e motivação, que foram fundamentais ao longo do Estágio III, bem como para a consecução deste relatório.

...à Sra. Enfermeira Orientadora, pela orientação, motivação e dedicação incansável para a consecução dos objetivos do estágio e do desenvolvimento de competências.

...aos colegas do local onde realizei os estágios, pela compreensão e colaboração em todas as etapas do projeto.

...aos meus colegas de turma, que também me acompanharam e apoiaram nesta caminhada.

...à minha colega e amiga Inês, por me apoiar, ouvir e incentivar nos momentos mais difíceis.

...aos meus familiares, em especial aos meus pais e à minha cara metade, por toda a paciência, compreensão e carinho incondicional ao longo de toda esta caminhada...

...sem todos vós este caminho não teria sido possível...

**Muito obrigada** por tudo!

## RESUMO

---

O presente relatório de trabalho de projeto encontra-se inserido no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A elaboração deste relatório visa a reflexão acerca do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e aquisição do grau de Mestre. É um elemento integrador da aprendizagem, onde é espectável que se demonstrem os conhecimentos adquiridos.

Para permitir o desenvolvimento das competências supracitadas foram realizados os Estágio I, II e III. Os Estágios I e II decorreram durante o período de 10 de março a 10 de julho de 2014, e o Estágio III durante o período de 29 de setembro de 2014 a 30 de janeiro de 2015. Os mesmos realizaram-se numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação da Sra. Enfermeira Maria e das Professoras Alice Ruivo (durante o Estágio I e II) e Armandina Antunes (ao longo do Estágio III).

Durante os três estágios preconizou-se a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço, com base na metodologia de projeto. A temática central do projeto foi a Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica, submetida a sedação e a ventilação mecânica invasiva e, por isso, incapaz de verbalizar a dor, o que torna a avaliação da mesma, nestes casos, um desafio para os enfermeiros. O principal objetivo do projeto foi promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com dor. Para tal, foi realizada uma formação no âmbito da avaliação da dor com recurso à escala *Behavioral Pain Scale*, traduzida e validada para português por Batalha e colaboradores (2013) e recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Também foi elaborada uma norma de procedimento neste âmbito, de modo a uniformizar a prática e assegurar a correta avaliação da dor, para garantir o tratamento e controlo eficaz da mesma. Foi igualmente desenvolvido um Projeto de Aquisição de Competências para permitir o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as de Mestre.

Assim, o principal objetivo deste trabalho é realizar uma reflexão relativamente ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, integrando os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro e segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Competências, Reflexão, Unidade de Cuidados Intensivos, Avaliação da Dor, Escala *Behavioral Pain Scale*, Trabalho de Projeto.

## SUMMARY

---

The present report of work project is included on the curriculum of the 3d Master in Medical-Surgical Nursing, by the School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal. The elaboration of this report aims to reflect the process of learning and skills development within the Specialization in Medical-Surgical Nursing and acquisition of the Master degree. It is also an integrating element of learning, where it is expected to be demonstrated the knowledge acquired.

For the development of the aforementioned skills, Internship I, II and III were performed. Internships I and II were held during the period from 10<sup>th</sup> of March to 10<sup>th</sup> of July of 2014 and Internship III during the period of 29<sup>th</sup> of September of 2014 to the 30<sup>th</sup> of January of 2015. They took place in an Intensive Care Unit of a Hospital in the Lisbon and Tejo Valley region, under the guidance of Nurse Maria and Professor Alice Ruivo (during Stage I and II) and Professor Armandina Antunes (along the Stage III).

During the three internships we established the execution of an Intervention Project in Service, based on the project methodology. The central theme of the project was Pain Assessment in People in Critical Situation's submitted to sedation and invasive mechanical ventilation, and therefore unable to verbalize pain, which makes the evaluation, in these cases, a challenge for nurses. The main objective of this project was encourage improvements in the quality of care provided to the person in critical condition with pain. To acquire this objective, it was performed formation in the assessment of pain using the Behavioral Pain Scale, translated and validated for Portuguese by Batalha and collaborators (2013) and recommended by the Portuguese Society of Intensive Care. It was also created a standard procedure in order to standardize the practice and ensure the correct assessment of pain and to guarantee an effective treatment and control. It was also developed a Skills Acquisition Project to allow the development of Specialist Nurses skills in Medical-Surgical Nursing as well as the Master skills.

Therefore, the main objective of this work is to perform a reflection about the learning and skills development process, integrating the knowledge acquired during the first and second year of the Master in Medical-Surgical Nursing.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing, Skills, Reflection, Intensive Care Unit, Pain Assessment, Behavioral Pain Scale, Work Project.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

AACN – American Association of Critical-Care Nurses

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DE – Direção de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Especialista em Enfermagem

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS – Escola Superior de Saúde

GAD – Grupo de Avaliação da Dor

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

GOBPDOE – Guia Orientador de Boa Prática da Dor da Ordem dos Enfermeiros

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – *International Council of Nurses*

ICU – *Intensive Care Unit*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aquisição de Competências

PDA – Projeto de Desenvolvimento Académico

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PENPCDor – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PNCD – Programa Nacional de Controlo da Dor

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Sra. – Senhora

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UD – Unidade de Dor

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Vol. – Volume

## **ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

---

Diagrama 1: Análise SWOT do PIS .....	40
Diagrama 2: Cronograma do PIS.....	45

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

---

Figura 1: Escala BPS traduzida e validada para português.....	27
---------------------------------------------------------------	----

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

---

Gráfico 1: Resposta global às expectativas .....	51
Gráfico 2: Motivação para adesão ao projeto .....	52

## **ÍNDICE DE TABELAS**

---

Tabela 1: Artigos resultantes da pesquisa em bases de dados.....	24
Tabela 2: Plano de sessão de formação .....	48
Tabela 3: Questões para avaliação da sessão de formação .....	51
Tabela 4: Categorização dos pontos fortes e fracos da sessão de formação .....	54
Tabela 5: Sugestões .....	55
Tabela 6: Unidades de observação da grelha de auditoria.....	57

# ÍNDICE

---

<b>Introdução .....</b>	<b>13</b>
<b>1. Enquadramento Conceptual .....</b>	<b>16</b>
1.1. Dor.....	17
1.2. Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica – Escala Behavioral Pain Scale .....	22
1.2.1. Pesquisa .....	22
1.2.2. Escala Behavioral Pain Scale .....	24
1.3. Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba .....	28
1.4. Aquisição e Desenvolvimento de Competências.....	32
<b>2. Projeto de Intervenção em Serviço .....</b>	<b>35</b>
2.1. Diagnóstico de Situação.....	35
2.1.1. Caracterização do Serviço.....	35
2.1.2. Caracterização do Equipa.....	36
2.1.3. Identificação da problemática .....	37
2.1.4. Objetivos .....	42
2.2. Planeamento .....	42
2.2.1. Intervenientes.....	42
2.2.2. Atividades/Estratégias a desenvolver .....	42
2.2.3. Recursos humanos/materiais e Orçamento.....	44
2.2.4. Cronograma .....	44
2.3. Execução e Avaliação do PIS .....	45
2.4. Questões éticas.....	58
<b>3. Reflexão Crítica: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....</b>	<b>60</b>
3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	60
3.2. Domínio da Melhoria da Qualidade .....	63
3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	65
3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	66
<b>4. Reflexão Crítica: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....</b>	<b>68</b>
4.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.....	68
4.1.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....	68
4.1.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação .....	74
4.1.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas .....	76
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	77

4.2.1. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.....	78
4.2.2. Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.....	80
<b>5. Reflexão Crítica: Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....</b>	<b>83</b>
5.1. Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem .....	83
5.2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.....	85
5.3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.....	86
5.4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.....	87
5.5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.....	88
5.6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular .....	89
<b>6. Reflexão Final.....</b>	<b>90</b>
<b>7. Bibliografia .....</b>	<b>93</b>
7.1. Referências bibliográficas .....	93
7.2. Referências eletrónicas .....	95
7.3. Outras referências.....	99
<b>Apêndices.....</b>	<b>101</b>
Apêndice I .....	102
Apêndice II .....	106
Apêndice III .....	114
Apêndice IV.....	121
Apêndice V .....	132
Apêndice VI.....	146
Apêndice VII .....	153
Apêndice VIII .....	158
Apêndice IX.....	170
Apêndice X.....	172

## INTRODUÇÃO

---

O presente relatório de trabalho de projeto encontra-se inserido no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). A elaboração deste relatório visa a reflexão acerca do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) e aquisição do grau de Mestre. É também um elemento integrador da aprendizagem, onde é espectável que se demonstrem os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Para o desenvolvimento das competências supramencionadas foram realizados três módulos de Estágios, que permitiram a aplicação dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do CMEMC. Efetivamente, os Estágios I e II tiveram a “finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem” para promover “o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho” (NUNES, RUIVO & LOPES, 2014; pp 3). Por outro lado, o Estágio III teve como objetivo a execução do projeto iniciado no decorrer dos estágios anteriores “no âmbito da problemática de enfermagem médico-cirúrgica, identificada nos contextos de exercício do profissional”, bem como proceder à avaliação dos resultados obtidos (NUNES, MARTINS & LOPES, 2014; pp. 18).

Aprofundando, espera-se com a consecução dos estágios que o futuro especialista e mestre: “demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica; realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas; integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva; aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos; inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem médico-cirúrgica no particular” (*in* Regulamento do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011, *in* NUNES, RUIVO & LOPES, 2014; pp. 3).

Os Estágios I e II decorreram durante o período de 10 de março a 10 de julho de 2014 (com pausa letiva de 12 a 27 de abril), o que totaliza dezasseis semanas de estágio. Não existe

separação temporal entre estágios por se incluírem na mesma Unidade Curricular (UC) e por se articularem em relação aos projetos que o mestrando deve desenvolver (NUNES, RUIVO, & LOPES, 2014). O Estágio III ocorreu durante o período de 29 de setembro de 2014 a 30 de janeiro de 2015 (com pausa letiva de 22 de dezembro de 2014 a 02 de janeiro de 2015) (NUNES, MARTINS & LOPES, 2014).

Os três estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação da Sra. Enfermeira Maria e da Professora Doutora Alice Ruivo, no decorrer do Estágio I e II, sendo que por motivos profissionais não foi possível a sua continuidade no Estágio III, pelo que a orientação deste último ficou à responsabilidade da Professora Armandina Antunes.

Tendo em consideração as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa, os estágios preconizaram a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) ou um Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA) (a escolha é opcional) e um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) (NUNES, RUIVO, & LOPES, 2014). Em termos de realização de PIS ou de PDA, optei por realizar um PIS, por considerar que além do ganho pessoal em aprendizagens seria também um ganho para o serviço onde foram realizados os estágios, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O PIS é realizado “de acordo com a metodologia de projeto (...) em torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio”. Após o diagnóstico da situação, preconiza-se o planeamento da intervenção, a sua execução e avaliação (NUNES, RUIVO & LOPES, 2014; pp 4). Assim, importa referir que o meu PIS se desenvolveu no âmbito da Avaliação da Dor à Pessoa em Situação Crítica, submetida a sedação e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e, por esse motivo, incapaz de verbalizar a dor. Tal situação torna-se um desafio para os enfermeiros, pois não é possível a utilização dos instrumentos de avaliação que privilegiam o autorrelato, o que implica a utilização de outros instrumentos, nomeadamente, instrumentos de avaliação comportamental da dor. Para a população portuguesa está traduzido, validado e recomendado pelo Grupo de Avaliação da Dor (GAD) da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) a utilização da Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS).

No que diz respeito ao PAC este tem “como referencial orientador a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em

enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa” e preconiza-se que seja desenvolvido ao longo dos estágios (NUNES, RUIVO & LOPES, 2014; pp 5).

Assim, o principal objetivo deste relatório é realizar uma reflexão relativamente ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas em EMC.

Como objetivos específicos delinearam-se: realizar um enquadramento conceptual para apresentar a fundamentação inerente ao PIS; apresentar a fase de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação do PIS; apresentar a execução do PAC, refletindo sobre a aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da especialização em EMC; apresentar a reflexão sobre o desenvolvimento para a aquisição do grau de Mestre; realizar uma reflexão final sobre todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

O relatório encontra-se estruturado em seis partes fundamentais. Inicia-se com a realização do Enquadramento Conceptual em que se apresentam os conceitos que constituem o quadro conceptual para a fundamentação do PIS. Em seguida apresenta-se o PIS, começando por explorar a fase de diagnóstico, seguida do planeamento, execução e avaliação, bem como são abordadas as questões éticas inerentes ao mesmo. Seguem-se dois capítulos referentes à reflexão crítica relativa às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC, nesta respetiva ordem, onde se analisa a aquisição das mesmas e onde é apresentado o PAC. Posteriormente, realiza-se a reflexão crítica acerca do desenvolvimento das competências do Mestre em EMC. Por fim, é apresentada a Reflexão Final onde se conclui com a sumarização das ideias principais, análise da consecução dos objetivos propostos e reflexão sobre o enriquecimento pessoal.

O presente trabalho académico foi realizado de acordo com a Norma Portuguesa nº 405, adotada pelo regulamento da escola para a elaboração de trabalhos escritos e redigido segundo o novo acordo ortográfico.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

---

Neste capítulo é realizado o enquadramento conceptual que suportará o PIS. De acordo com Fortin *et al.* (2009; pp. 121-122) um quadro conceptual “é uma breve explicação de um conjunto de conceitos e de subconceitos interligados e reunidos em razão das suas relações com o problema em investigação”, sendo que na sua elaboração “o investigador organiza os conceitos e as suas relações de maneira a dar uma orientação precisa à formulação do problema, às questões e à interpretação dos resultados”.

Desta forma, primeiramente foi realizada uma revisão dos conceitos relacionados com a temática central do projeto: a Dor e a sua avaliação na pessoa em situação crítica. Recorreu-se a bibliografia e documentos orientadores da prática profissional de Enfermagem, para compreender a dor enquanto foco de Enfermagem. Seguidamente, aborda-se a avaliação da dor na pessoa em situação crítica sedada e submetida a VMI, incapaz de verbalizar a dor, com recurso à escala BPS.

Posteriormente, procurou-se a abordagem à Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que orientou e suportou a conceção do projeto e todas as ações desenvolvidas em termos da prática de Enfermagem. Efetivamente, a Enfermagem é Ciência, vocacionada para o Cuidar do Outro, que implica fundamentos teóricos, pelo que ao longo da história da Enfermagem, várias teorias e modelos de Enfermagem se foram desenvolvendo (TOMEY & ALLIGOOD, 2002).

Não obstante, recorreu-se também a Patrícia Benner e ao seu modelo de desenvolvimento de competências, por forma a compreender em que estadio de desenvolvimento de competências se encontrava a equipa de Enfermagem, pela sua importância para a consecução do projeto, objetivando-se compreender qual a melhor forma de dar resposta às necessidades da equipa.

De ressaltar que, na realização do enquadramento se privilegiaram as fontes primárias. Para se conseguir realizar um enquadramento relativo à escala BPS foi necessária uma pesquisa em bases de dados. No capítulo correspondente será descrita a forma como foi realizada a pesquisa.

## 1.1. DOR

A Dor é um fenómeno fisiológico, da responsabilidade do sistema nociceptivo, que tem uma função vital enquanto sinal de alarme. Incorre em sofrimento e diminuição da qualidade de vida da pessoa, bem como em complicações multisistémicas e desenvolvimento de dor crónica se não for controlada e tratada a dor aguda (DGS, 2008; AACN, 2013).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define Dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (*in* MACHADO, 2013; pp. 668; IASP, 2012).

A Dor é considerada subjetiva, uma vez que cada pessoa lhe atribui um significado que deriva da sua experiência pessoal perante situações dolorosas, motivo pelo qual para o mesmo estímulo desencadeador de Dor em pessoas diferentes terá intensidades diferentes. Por outro lado, também é multidimensional, pois a “experiência nociceptiva (...) transcende largamente a componente física”, sendo que a mesma pessoa com o mesmo estímulo nociceptivo pode sentir dor de intensidades diferentes, de acordo com o seu estado psicológico (MACHADO, 2013; pp. 668). Tal como descreve Lima (*in* RICO & BARBOSA, [s.d.]; pp. 39) a “sensibilidade dolorosa, ao contrário de outras modalidades sensitivas, caracteriza-se por uma grande versatilidade de expressão”, sendo que diversos fatores, como o stress, a memória de experiências passadas e o contexto afetivo, são determinantes no modo como é percebido o estímulo doloroso.

Numa outra perspetiva, “a experiência dolorosa desencadeia numerosas respostas intimamente relacionadas com a intensidade do estímulo”, desde reflexos de defesa para evitar o agente agressor, a reações “autónomas complexas, tais como alterações de parâmetros cardiovasculares e respiratórios” (LIMA *in* RICO & BARBOSA, [s.d.]; pp. 39).

A Dor classifica-se em aguda ou crónica. A Dor aguda é limitada no tempo e definida como a dor que é desencadeada por lesão tecidular, com ativação de nociceptores, que desaparece após a resolução da lesão, considerando-se por isso que a dor tem uma função protetora. Ocorre em situações de traumatismos, processos patológicos e intervenções invasivas (MACHADO, 2013).

Por sua vez, a Dor crónica é aquela que apresenta uma duração superior a três meses, que tem origem num processo patológico ou lesão que se prologam no tempo devido a fatores patogénicos e físicos. Fatores emocionais, cognitivos e ambientais podem contribuir para a persistência da Dor, sobretudo quando o sistema nervoso se encontra “sensibilizado”. Neste caso, a dor já não tem função protetora, não se considera um sintoma, mas uma doença de acordo com o descrito pela IASP (MACHADO, 2013).

A Dor também é classificada consoante o mecanismo fisiopatológico, podendo ser nociceptiva ou neuropática. A Dor nociceptiva tem origem numa lesão real ou potencial de tecidos não neurais, que ativam nociceptores; pode ainda subdividir-se em somática (dor bem localizada com origem em ossos, músculos e articulações) e em visceral (origem nos órgãos do tórax, abdómen e pelve, habitualmente de difícil localização, dor profunda tipo cólica). A Dor neuropática deriva da lesão direta ou doença do sistema somatossensitivo, verificando-se alterações neurológicas na região afetada. Não obstante, a dor pode ter origem em ambos os mecanismos fisiopatológicos (MACHADO, 2013).

Para uma compreensão mais aprofundada de como a Dor é fisiologicamente percebida, importa perceber o mecanismo de nociceção. Apesar de se tratar de um processo contínuo, pode ser dividido em quatro fases: a transdução, a transmissão, a modulação e a percepção. Descrevendo o processo de modo simplificado, a transdução ocorre quando a energia de um estímulo nócico (químico, térmico, mecânico) se transforma num potencial de ação; quando este potencial de ação se propaga pelas estruturas espinhais e supraespinhais está a ser transmitido (transmissão); por sua vez, a modulação diz respeito ao “conjunto de interferências de natureza inibitória e excitatória exercidas sobre o *input* nociceptivo ao longo do seu trajeto”; e a percepção corresponde à integração desse *input* nociceptivo, que é compreendido de acordo com a estrutura cognitiva e emocional da pessoa (MACHADO, 2013; pp. 670).

Importa, igualmente, compreender as consequências da Dor aguda não tratada. Na realidade, a Dor aguda é um dos principais fatores que provoca a resposta de stresse no organismo. Múltiplas alterações são desencadeadas nesta resposta ao stresse, envolvendo vários sistemas, tais como o neuro endócrino, o metabólico, humoral e imune. Essas alterações (como por exemplo: inflamação, hiperglicemia, catabolismo, hiperalgesia, alterações hidroeletrólíticas) visam recuperar o equilíbrio do organismo. Quando esta situação se prolonga e intensifica torna-se contraproducente, incorrendo num agravamento clínico e atraso na recuperação da pessoa. Sendo a Dor um dos estímulos que desencadeia esta resposta de stresse do organismo, o seu tratamento eficaz poderá ter um impacto significativo na recuperação da pessoa (MACHADO, 2013).

Dado que a Dor ativa o sistema nervoso simpático, a hiperatividade simpática acarreta consequências para o organismo, tais como: o aumento do risco de isquémia do miocárdio (sobretudo em caso de patologia pré-existente); alteração do fluxo regional e trombose venosa profunda; retenção urinária; a redução da motilidade gastrointestinal e, conseqüentemente, íleo

paralítico. Da mesma forma, a Dor aguda, no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais, dificulta a tosse o que promove a redução dos fluxos e volumes pulmonares originando complicações respiratórias, tais como atelectasia, hipoxemia e aumento da retenção de secreções. O controlo ineficaz da Dor também promove a ansiedade, o medo, as perturbações do sono, bem como torna propícia a desmotivação e as dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais. A pessoa com Dor também apresenta menor predisposição e capacidade para iniciar programas de reabilitação, o que incorre num aumento do tempo de internamento. Por outro lado, a Dor aguda não controlada é um fator de risco para o desenvolvimento da dor crónica (MACHADO, 2013; SWEARINGEN & KEEN, 2001).

Posto isto, verifica-se a importância do controlo da dor. Efetivamente, na Declaração de Montreal ([s.d.]) defende-se a dignidade de todas as pessoas, declarando que o tratamento da Dor não pode ser negligenciado. Neste sentido, importa salientar o que está descrito no primeiro e terceiro artigos: Artigo 1) “o direito de todas as pessoas de terem acesso ao tratamento e controlo da dor, sem discriminação”; Artigo 3) “o direito de todas as pessoas com dor a ter o acesso à avaliação e tratamento apropriados através de profissionais de saúde devidamente qualificados na área da dor”.

Por sua vez, a Direção Geral de Saúde (DGS), afirma na Circular Normativa n.º9 que o “controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”, sendo que o “sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes”, o que requer que a “avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde (...) [seja] feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003; pp.1).

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática da Dor da Ordem dos Enfermeiros (GOBPDOE) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008) o controlo da dor deve envolver intervenções dirigidas à sua prevenção e tratamento. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008; pp. 17-18) estabelece, entre outras, as seguintes recomendações: “Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa”; “Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração”; “Envolver a pessoa/cuidador principal/família/na definição e reajustamento do plano terapêutico”; “Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; “Conhecer as indicações, as contra-indicações e os

efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas”; “Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica”; “Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível”.

Numa outra análise, e de acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor defende que o controlo da Dor deve englobar medidas farmacológicas e não farmacológicas (DGS, 2001). De acordo com a OE (2008) as intervenções não farmacológicas são classificadas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional. As intervenções físicas englobam a termoterapia, exercício, imobilização e massagem e estimulação elétrica transcutânea. As cognitivo-comportamentais incluem a reestruturação cognitiva, treino de habilidades de *coping*, relaxamento com imaginação e distração. Por fim, as técnicas de suporte emocional abrangem o toque terapêutico e o conforto. Assim, devem ser implementadas em complementaridade com as medidas farmacológicas, tal como já foi supracitado.

Verifica-se, então, que a “dor é, portanto, um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes bio fisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida” e são “inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da sensibilidade dolorosa no decurso do tempo. É, pois, uma realidade um tanto abstrata, de contornos amiúde indefiníveis, em constantes transformações dinâmicas. Aposta-se, abertamente, na genuinidade da sua presença pela coerência das queixas com que é expressada e pela possibilidade de ser definida uma relação presumível de causalidade entre ela e a agressão ou lesão” (DGS, 2001; pp. 5).

Neste seguimento, importa ressaltar a existência do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) (2013) emanado pela DGS.

O PENPCDor tem cinco princípios orientadores: a “Subjetividade da dor” em que se salvaguarda que a “intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere”, sendo que se deve dar “particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal”; a “Dor como 5º sinal vital” representando “um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário”, motivo pelo qual “a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde, conforme dispõe a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003”; o “Direito ao controlo da dor” em que se decreta que a pessoa “tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada”; o

“Dever do controlo da dor” que assiste a todos os profissionais de saúde, pelo que “devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor”, contribuindo para o bem-estar da pessoa, bem como para a “redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde”, sendo relevante dar “particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica”; e por fim o “Tratamento diferenciado da dor”, em que se define que o “controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2013; pp.3).

Efetivamente, um dos eixos de intervenção preconizados no PENPCDor incide sobre a Dor em grupos específicos, constituindo um desses grupos as pessoas em situação crítica, estando definido que devem ser elaboradas “orientações técnicas sobre avaliação da dor no doente crítico” (DGS, 2013; pp. 4).

De facto, a avaliação da Dor é um verdadeiro desafio quando a pessoa está impossibilitada de verbalizar a sua dor, tratando-se de uma situação recorrente na pessoa em situação crítica.

A *American Society of Critical Care Nurses* (AACN) afirma que um número muito significativo de pessoas em situação crítica experiencia Dor durante o internamento, quer na prestação de cuidados, quer em repouso (AACN, 2013). Um estudo retrospectivo sobre os principais indicadores de desempenho dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) demonstrou que a falta de registo estruturado na avaliação da Dor está relacionada com a mortalidade nestas unidades, influenciando igualmente a duração da necessidade de VMI e de duração do internamento nas UCI (KASTRUP *et al.*, 2009). Neste sentido, a AACN recomenda práticas com base na evidência, sendo uma delas a realização da avaliação da Dor em pessoas em situação crítica, incapazes de verbalizar, utilizando uma escala comportamental validada, como a escala BPS (nível B<sup>2</sup>), em que reforçam a necessidade de formação das equipas nesta área em termos da aplicação da escala e interpretação dos seus resultados (AACN, 2013).

A SPCI, num estudo realizado em 2011 em 61 UCI's, no âmbito do Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), recomenda de acordo com as conclusões do estudo que a “dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale*” (SPCI, [s.d.]). Recomendam igualmente que a avaliação da dor: deve ser efetuada “em todos os turnos e sempre que se justifique; deve “(...) realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos)”; deve “(...) realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex.

---

<sup>2</sup>Nível B – estudos controlados com resultados consistentes que suportam uma ação, intervenção ou tratamentos específicos (AACN, 2013).

posicionamentos”); deve “(...) realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais)”; deve “(...) realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso” e “30 minutos após intervenção farmacológica analgésica” ou “realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto”; e o seu registo deve ser imediatamente realizado, “à semelhança dos outros sinais vitais” (SPCI, [s.d.]; pp. 40).

Não obstante, além do papel assumido pelos profissionais de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, na avaliação da Dor na pessoa em situação crítica também a família poderá ter um papel fundamental. Dada a relação de proximidade com a pessoa, pode facultar informação relativamente a comportamentos que poderão ser sugestivos de dor (nível C<sup>3</sup>) (PUNTILLO *et al.*, 2009; AACN, 2013).

Importa assim compreender a Escala BPS, nomeadamente a sua aplicação e interpretação, para assegurar a correta avaliação da Dor na pessoa em situação crítica, submetida a sedação e VMI. No capítulo que se segue será explorada esta escala.

## **1.2. AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – ESCALA *BEHAVIORAL PAIN SCALE***

Este subcapítulo subdivide-se em duas partes. Na primeira parte é apresentada a forma como foi realizada a pesquisa de informação para permitir o desenvolvimento de conhecimentos referentes à aplicação e interpretação da Escala BPS. A segunda parte, apresenta a informação resultante da leitura dos artigos, que se considerou fundamental para a compreensão da aplicação e interpretação da Escala BPS, recomendada para a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica.

### **1.2.1. PESQUISA**

Objetivando-se o aprofundamento dos conhecimentos em termos da aplicação e interpretação da Escala BPS, foi necessária a pesquisa de informação em bases de dados *online*, após se ter revelado insuficiente a pesquisa em referências bibliográficas de bibliotecas clássicas.

Primeiramente foi realizada a pesquisa na base de dados da *Science Direct*. A pesquisa foi realizada com recurso às seguintes palavras chave: “BPS” e “ICU” (*intensive care unit*), iniciando a pesquisa em Inglês. A pesquisa também foi direcionada para artigos a partir do ano 2000, por conhecimento prévio de que a escala data de 2001.

---

<sup>3</sup> Nível C – evidência através de estudos qualitativos, revisões sistemáticas de estudos qualitativos, descritivos e correlacionais ou ensaios clínicos randomizados com resultados inconsistentes (AACN, 2013).

Obtiveram-se 3209 artigos, tendo-se refinado a busca com recurso às seguintes palavras-chave: “Intensive Care”, “pain”, “acute”, “pain scale”, “pain assessment”, obtendo-se 119 artigos. Posto isto, aplicaram-se os critérios de inclusão e de exclusão. Como critérios de inclusão têm-se todos os artigos referentes à validação, aplicação e/ou interpretação da escala BPS na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI. Os critérios de exclusão foram: todos os artigos cujo texto integral não estivesse disponível; todos os artigos direcionados para casos clínicos e populações específicas; todos os artigos que remetessem para outras escalas comportamentais de avaliação da Dor; todos os artigos referentes à tradução e validação da escala para populações que não a portuguesa; todos os artigos que fossem referentes à avaliação da Dor através do autorrelato; todos os artigos referentes ao uso de medicação e/ou protocolos de tratamento da Dor. Após a leitura dos títulos e *abstract’s*, verificou-se que apenas 4 artigos se enquadravam no pretendido, sendo que após a leitura aprofundada de cada um, conclui-se que apenas o artigo “*Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients*” de Young *et al.*, correspondia aos critérios de inclusão e exclusão. Aquando da leitura do artigo foi possível conseguir aceder ao título do artigo em que é publicado o estudo de validação da escala BPS por Payen *et al.* em 2001: “*Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral pain scale*”, que não surgiu nesta primeira pesquisa.

Repetindo a pesquisa na EBSCO e na B-on obtiveram-se resultados semelhantes, porém a EBSCO permitiu o acesso ao artigo de publicação da validação da escala supramencionado.

Finda a pesquisa em língua inglesa, foi realizada a pesquisa em língua portuguesa nas mesmas bases de dados e utilizando os mesmos critérios de inclusão e exclusão, mas com recurso às palavras-chave “Escala BPS” e “cuidados intensivos”, tendo apenas se obtido um artigo em português correspondente à tradução e validação da escala para a população portuguesa por Batalha *et al.*: “*Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*”.

Assim, obtiveram-se 2 artigos em inglês que incidem sobre a aplicação da Escala BPS na pessoa em situação crítica e 1 artigo em português que corresponde à sua tradução e validação para a população portuguesa.

Na tabela que se segue, apresentam-se os artigos resultantes da pesquisa, atendendo ao autor, local de publicação e respetivo volume/série, número e páginas correspondentes, bem como a base de dados onde foi localizado o artigo:

<b>Autores (data)</b>	<b>Título</b>	<b>Local de publicação, Volume/Série, Número, Páginas</b>	<b>Base de dados</b>
Jean-Francois Payen <i>et al.</i> (2001)	“Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral pain scale”	Critical Care Medicine, Vol. 29, N.º 12, pp. 2258-2263	EBSCO, B-on
Jeanne Young <i>et al.</i> (2006)	“Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients”	Intensive and Critical Care Nursing, Vol. 22, 32—39	Science Direct
Luís Manuel Cunha Batalha <i>et al.</i> (2013)	“Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)”.	Revista de Enfermagem Referência, III Série, N.º 9, pp. 7-16	EBSCO, B-on

Tabela<sup>4</sup> 1: Artigos resultantes da pesquisa em bases de dados

Posto isto, procedeu-se à leitura e análise dos artigos supramencionados selecionando-se a informação pertinente no âmbito da aplicação e interpretação da Escala BPS, que importam ser do conhecimento dos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica com Dor e aplicam a Escala BPS, e que se apresenta em seguida.

### 1.2.2. ESCALA *BEHAVIORAL PAIN SCALE*

Efetivamente, as pessoas em situação crítica internadas em UCI's, além da dor associada ao estado clínico que motivou o internamento, experienciam múltiplos procedimentos de rotina e tratamentos considerados desconfortáveis e dolorosos, tais como, a aspiração de secreções traqueobrônquicas e as punções arteriais (PAYEN *et al.*, 2001; BATALHA *et al.*, 2013).

Num estudo retrospectivo realizado por Puntillo (1990, *in* YOUNG *et al.*, 2006) 71% das pessoas entrevistadas, cinco dias após a alta da UCI, referiram ter experienciado dor.

Na realidade, a avaliação da dor é realizada, sobretudo, através do autorelato, por se considerar ser o método mais fiável. Porém, a comunicação em contexto de UCI encontra-se muitas vezes comprometida pela necessidade de procedimentos/intervenções para tratamento da

<sup>4</sup> Tabela baseada no modelo apresentado por POCINHO (2012).

doença, sobretudo devido à necessidade de entubação endotraqueal e medicação, acompanhada por estados alterados de consciência (KWEKKEBOOM & HERR, 2001; HAMILL-RUTH AND MAROHN, 1999; TITTLE & MCMILLAN, 1994; PUNTILLO, 1990 *in* YOUNG *et al.*, 2006).

Assim, a avaliação da dor fica dependente da observação dos profissionais (PUNTILLO, 1997 *in* YOUNG *et al.*, 2006), nomeadamente da avaliação e interpretação subjetiva da equipa de Enfermagem (DASTA *et al.*, 1994; TITTLE & MCMILLAN, 1994 *in* YOUNG *et al.*, 2006). Estudos nesta área demonstram que a avaliação da dor, por parte dos enfermeiros, é menos frequente nas pessoas em situação crítica que não conseguem verbalizar, do que nas pessoas conscientes e capazes de verbalizar a dor (HALL-LORD *et al.*, 1998; PUNTILLO, 1997 *in* YOUNG *et al.*, 2006).

Consideram-se também, nestes casos, como outras causas prováveis que comprometem a avaliação da dor a falta de documentação de suporte (CARROLL *et al.*, 1999; TITTLE & MCMILLAN, 1994 *in* YOUNG *et al.*, 2006), bem como as prioridades estabelecidas nos contextos de cuidados intensivos, priorizando-se, por exemplo, a permeabilidade da via aérea e a adequada ventilação (CULLEN *et al.*, 2001 *in* YOUNG *et al.*, 2006).

Numa outra análise, as alterações hemodinâmicas e fisiológicas (tais como: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, tamanho pupilar) em resposta a um estímulo nociceptivo não são específicas em UCI's, quer pela instabilidade da pessoa em situação crítica, quer pela medicação utilizada, não podendo, portanto, ser indicadores fiáveis da presença de dor na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI (HAMILL-RUTH & MAROHN, 1999 *in* PAYEN *et al.*, 2001) .

Um dos instrumentos desenvolvidos para a pessoa em situação crítica, incapaz de verbalizar a dor devido entubação orotraqueal e sedação, foi a escala BPS, por Payen *et al.* (2001). O estudo realizado para a sua validação demonstrou que é um indicador sensível para dor (PAYEN *et al.*, 2001).

Efetivamente, a escala BPS, é uma das escalas comportamentais mais estudadas e observadas, com maior consenso em termos da sua utilização na prática clínica (PUNTILLO *et al.*, 2009, *in* BATALHA *et al.*, 2013). Os indicadores definidos na escala são a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador (PAYEN *et al.*, 2001; BATALHA *et al.*, 2013).

Cada indicador possui quatro itens de avaliação, com pontuação de 1 a 4, pelo que a pontuação varia entre 3 pontos (sem dor) e 12 pontos (dor máxima), com tempo estimado para o seu preenchimento entre 2 a 5 minutos. Estes indicadores foram criados com base numa pesquisa realizada numa UCI e na revisão de literatura de escalas da dor para neonatais e crianças e de

comportamentos que se relacionam com a presença de dor. O indicador da expressão facial teve por base um estudo de Prkachin, enquanto que os outros dois indicadores tiveram por base a *COMFORT scale* para avaliar a angústia em UCI's pediátricas (PAYEN *et al.*, 2001).

Interpretando a escala, quando o valor obtido for superior a 4 significa presença de dor, pelo que se deve intervir dado que a escala não permite quantificar a intensidade da dor. A escala objetiva quantificar a resposta a um estímulo nociceptivo, permitindo o ajuste da analgesia (PAYEN *et al.*, 2001).

Dada a tipologia dos indicadores, importa perceber que existem situações que influenciam a aplicabilidade da escala por serem impeditivas do tipo de comportamentos considerados em um ou mais dos indicadores, tais como: utilização de fármacos relaxantes musculares; condição física da pessoa; tetraplegia; utilização de contenção física para segurança da pessoa (LI, PUNTILLO, MIASKWSKI, 2008, *in* BATALHA *et al.*, 2013) e patologia neuromuscular (BATALHA *et al.*, 2013).

Ainda no sentido de aprofundar os conhecimentos relativos à escala, salienta-se que, no estudo realizado por Payen *et al.* (2001) para validação da escala foram utilizados dois grupos, um que foi submetido a estímulos não nociceptivos e outro submetido a estímulos nociceptivos, salvaguardando que todas as pessoas se encontravam sedadas e analgesiadas. Por este motivo, foi possível aos autores concluir que quanto maior o grau de sedação/analgesia, tendencialmente menor é o valor obtido na Escala BPS, o que não significa que ela reflita o grau de sedação (PAYEN *et al.*, 2001).

Efetivamente, as avaliações com a Escala BPS foram realizadas com graus elevados de sedação (foram utilizados diferentes protocolos de sedação e analgesia). Assim, considerando que a avaliação da sedação é realizada observando-se a reação da pessoa a estímulos verbais e tácteis e não a estímulos nociceptivos, e que os valores de BPS eram variáveis de acordo com o estímulo nociceptivo e regime de sedação/analgesia, então, os autores concluíram que ela é uma escala específica, permitindo aceder à Dor. Da mesma forma, concluíram comparando os dois grupos que é uma escala com sensibilidade, por conseguir discriminar a Dor entre dois procedimentos que causam estímulos nociceptivos diferentes, com a presença do mesmo grau de sedação (PAYEN *et al.*, 2001).

A escala BPS, foi validada para a população portuguesa por Batalha *et al.* (2013), como se pode observar na Figura 1, que se faz acompanhar de imagens ilustrativas de cada um dos itens que compõe cada indicador de avaliação:













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

Figura 1: Escala BPS traduzida e validada para português (Batalha *et al.*, 2013)

Na tradução e validação da Escala BPS para a língua portuguesa, Batalha *et al.* (2013) conseguiram resultados coincidentes com os de outros estudos, o que lhes permitiu concluir que a versão portuguesa da Escala tem boas propriedades psicométricas, sendo válida e fiável para a aplicação nas pessoas incapazes do autorrelato, por se encontrarem sedadas e submetidas a VMI. Contudo, consideram pertinente que se realizem mais estudos em populações mais heterogéneas e de maior dimensão. Defendem igualmente que para a aplicação da Escala BPS é imprescindível formação na avaliação da dor e treino, sobretudo, porque podem existir dúvidas na terminologia de alguns itens e na aplicação do indicador de adaptação ventilatória (BATALHA *et al.*, 2013).

### 1.3. TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

Tal como foi referido anteriormente, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba possibilitou orientar e suportar a conceção e o desenvolvimento do projeto em termos da prática de Enfermagem, pelo que importa explorá-la.

A teórica Katherine Kolcaba, natural de Ohio, diplomada em Enfermagem em 1965, licenciou-se em 1987 no primeiro curso de Enfermagem da *Frances Payne Bolton School of Nursing*. Posteriormente, realizou o mestrado e doutoramento. Foi durante o doutoramento que desenvolveu a sua teoria, a Teoria do Conforto (TOMEY & ALLIGOOD, 2002). Durante a sua tese de doutoramento, Katherine Kolcaba procedeu a uma revisão da literatura sobre conforto em múltiplas disciplinas (Enfermagem, Medicina, Psicologia, entre outras). Após a análise de vários artigos, faz um relato histórico da utilização deste termo em Enfermagem (KOLCABA, 2002).

Na busca por informação acerca do conceito de conforto aplicado à prática de Enfermagem, Kolcaba verifica que este conceito foi empregue por Florence Nightingale, em 1859, tendo salientado que o conforto é essencial para a pessoa. Entre os anos de 1900 e 1929, quer na Enfermagem, quer na medicina, o objetivo central era o conforto para se conseguir a recuperação. De acordo com Harmer (1926, *in* KOLCABA, 2002) a prestação de cuidados de Enfermagem relacionava-se com a prestação de uma atmosfera geral de conforto, sendo que os cuidados prestados tinham em conta a felicidade, o conforto e a tranquilidade física e mental, além das restantes necessidades humanas. Por sua vez, o autor Goodnow, em 1935 (*in* KOLCABA, 2002), afirma que a enfermeira é avaliada pela sua capacidade de proporcionar conforto à pessoa, o que inclui não só o conforto físico como o mental.

Efetivamente, na década de 80, realizaram-se estudos que reforçam a importância do conforto na prestação de cuidados de Enfermagem. Um estudo realizado por Morse (1983, *in* KOLCABA, 2002), em que observou a prestação de cuidados por parte das enfermeiras, fê-la afirmar que providenciar conforto é a ação central da prática de Enfermagem. Num outro estudo, levado a cabo por Hamilton (1989, *in* KOLCABA, 2002), o objetivo foi explorar o significado de conforto na ótica da pessoa. Foram realizadas entrevistas a pessoas internadas em instituições de cuidados paliativos, tendo-se verificado que o tema mais frequente associado ao conforto era “alívio da dor”, embora também tivesse sido associado ao meio envolvente, à sensação de independência e de se ser útil, entre outros, permitindo concluir que o conforto é multidimensional (KOLCABA, 2002).

Numa outra perspetiva, Katherine Kolcaba, aquando da sua revisão da literatura, também faz menção a Patrícia Benner (De iniciado a Perito) e ao seu modelo de desenvolvimento de competências, por esta última autora afirmar que o providenciar medidas de conforto é uma função dos enfermeiros inerente ao seu papel de ajuda ao outro. Efetivamente, Benner define competências relativas ao papel de ajuda (*helping role*) sendo de destacar neste âmbito: o providenciar medidas de conforto e preservar a individualidade da pessoa face à dor e esgotamento; providenciar conforto e comunicar através do toque. Estas competências, a par com outras, representam a arte de Enfermagem, e são representativas das capacidades não técnicas, tão ou mais importantes que as capacidades técnicas (BENNER, 1984 *in* KOLCABA, 2002).

Assim, após a análise do conceito, Kolcaba define conforto como a experiência imediata de se ser fortalecido, por terem sido satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, e de acordo com o contexto em que emergem (físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural) (KOLCABA, 2002).

O alívio, a tranquilidade e a transcendência são tipos de conforto que Kolcaba (2002) sintetizou com recurso à revisão de literatura efetuada, tendo sido fundamental para a compreensão destes tipos de conforto, os trabalhos realizados por três teóricas de Enfermagem: Orlando (1961/1990), Henderson (1978) e Paterson (1976/1988).

Aprofundando, o **alívio** define-se como a experiência da pessoa que obteve uma resposta satisfatória a uma necessidade específica de conforto. A **tranquilidade** foi definida como o estado de calma ou de contentamento. E, por fim, a **transcendência** remete para um estado que ultrapassa os problemas da dor/sofrimento. O conforto é então uma experiência holística que incorre na necessidade da satisfação destes três tipos de conforto (KOLCABA, 2002).

Tal como já referido a experiência de conforto pode ocorrer em quatro contextos: o **físico**, que remete para a homeostasia do organismo; o **psico-espiritual**, que conjuga os componentes mentais, emocionais e espirituais do eu, o que inclui a autoestima, autoimagem, a sexualidade, o significado da vida, o relacionamento com uma entidade superior e ordem religiosa; o **ambiental**, diz respeito às condições do meio envolvente e à influência de fatores externos, tais como a luz, a temperatura, o ruído, o acesso à natureza, entre outros; o **sociocultural**, remete para as relações interpessoais, sejam familiares ou sociais, sendo salientada a disponibilidade e cuidado por parte dos prestadores de cuidados como fundamentais para o conforto social (KOLCABA, 2002).

A autora defende que os enfermeiros e outros profissionais de saúde se tiverem em consideração na prática profissional os três tipos de conforto e os quatro contextos, podem prestar cuidados de conforto de modo proactivo, visando a recuperação/melhoria do estado de saúde. Para Kolcaba o conforto é um resultado essencial dos cuidados de saúde, bem como é holístico e um estado complexo. A prestação de cuidados de conforto em qualquer contexto ou em qualquer população requer que as necessidades totais de conforto sejam satisfeitas, que sejam realizadas intervenções direcionadas para as necessidades específicas de conforto, e que seja avaliada a sua eficácia (KOLCABA, 2002).

Kolcaba define então medidas de conforto, que se traduzem nas intervenções de Enfermagem que dão resposta às necessidades de conforto das pessoas. A autora define três tipos de medidas de conforto: **medidas técnicas de conforto** que incluem todas as intervenções que visam a manutenção da homeostasia e controlo da dor (exemplo: monitorização de sinais vitais, administração de terapêutica); **coaching**, que traduzindo se pode interpretar como ensino/treino, e que visa aliviar a ansiedade, providenciar informação, escutar e ajudar a planear de forma realista a recuperação ou uma morte digna e culturalmente sensível; e por último, designa esta medida como **alimento de conforto para a alma**, que engloba medidas que conforto que objetivam o conforto ao nível da transcendência, quer da pessoa, quer da família, e essas medidas podem ser a massagem, a musicoterapia, o cuidado com o ambiente para promover a paz e tranquilidade, por exemplo (KOLCABA, 2002).

Por outro lado, a autora não se limitou ao conforto da pessoa, onde a família está incluída, teve também em consideração o conforto ao nível da instituição de saúde e da comunidade. Focando o nível institucional, Kolcaba defende que os hospitais/instituições de saúde deveriam ter como premissa máxima o cuidado que visa o conforto da pessoa, o que implica necessariamente

uma prestação de cuidados holística. Segundo a autora, a prática do cuidado holístico é um ideal da Enfermagem que só pode ser conseguido se forem reunidas certas condições, nomeadamente tempo, energia, concentração e reforço positivo. Assim, o hospital/instituição de saúde deve procurar a consecução dessas condições para que os enfermeiros possam prestar cuidados que visem o conforto da pessoa, numa perspetiva holística, ou seja, atendendo às necessidades físicas, psico-espirituais, socioculturais e ambientais da pessoa e família (KOLCABA, 2002).

Assim, Kolcaba (2002) afirma que a sua teoria é uma teoria de médio-alcance, considerando que a mesma vai de encontro à definição de Whall (1996, *in* KOLCABA), em que as teorias de médio-alcance, em comparação com as grandes teorias, contém menos conceitos e relações entre eles, são de fácil adaptação e aplicabilidade prática e são concretas o suficiente para serem testadas.

Da mesma forma, Kolcaba cita Fawcett para enquadrar os conceitos metaparadigmáticos. Segundo Fawcett (1984, *in* KOLCABA, 2002) o metaparadigma diz respeito às afirmações ou conjunto de afirmações que identificam os fenómenos relevantes de uma determinada disciplina.

Neste seguimento, no âmbito da disciplina de Enfermagem, Fawcett definiu quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. Tais conceitos, segundo a mesma autora, devem ser definidos pelo teórico, de acordo com as suas perspetivas e assunções (1984, *in* KOLCABA, 2002).

Assim, Kolcaba definiu os conceitos metaparadigmáticos na sua perspetiva, sendo congruentes com a Teoria do Conforto. A teórica define Enfermagem como "a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base". O processo que a autora denomina de apreciar e reapreciar, segundo a mesma, pode ser realizado de forma subjetiva, questionando o outro, ou de forma objetiva, utilizando a observação e recorrendo a instrumentos como escalas e questionários. Por Pessoa entende-se todo aquele que precisa de cuidados, seja a pessoa, a família ou a comunidade. O Ambiente é definido como qualquer aspeto relacionado com a pessoa, a família ou a comunidade que pode ser alterado pelo enfermeiro, ou cuidadores informais, com o objetivo de promover o conforto. A Saúde entende-se como o "funcionamento óptimo", de acordo com o que isso significa para a pessoa, família ou comunidade (KOLCABA, 2002; TOMEY & ALLIGOOD, 2002; pp. 485-486).

Numa outra análise e tendo em conta a temática do PIS, convém explorar a Teoria do Conforto e a sua ligação à Dor.

Kolcaba descreve a relação que existe entre conforto e dor como complexa. A dor enquadra-se no alívio físico, de acordo com a teoria do conforto, e quando não se consegue o conforto neste contexto, torna-se comprometido o conforto holístico. A autora afirma que o controlo da dor é uma parte significativa do conforto da pessoa, não só no contexto físico, mas também pela componente afetiva, cognitiva e sensorial que é inerente à dor (KOLCABA, 2002).

De facto, a relação entre os conceitos de conforto e alívio da dor torna-se complexa, uma vez que existem fatores que podem contribuir para a intensificação da dor, tais como: ansiedade, medo, solidão, entre outros. Desta forma, para um controlo eficaz da dor que permita o conforto da pessoa, Kolcaba afirma que o enfermeiro deve determinar o estímulo que causa ou pode causar uma resposta negativa que agrava a dor e intervir adequadamente. A constatação de que existem fatores intensificadores da dor remete para a importância do papel do enfermeiro, que deve estar atento aos mesmos, de modo a intervir eficazmente no tratamento e controlo da dor, com vista ao conforto holístico da pessoa. Segundo Kolcaba, esta intervenção no tratamento e controlo da dor implicará a utilização dos três tipos de medidas de conforto utilizados em simultâneo (KOLCABA, 2002).

#### **1.4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Para finalizar o enquadramento, importa compreender em que nível de desenvolvimento se encontra a equipa de Enfermagem, dada a sua importância para a consecução dos objetivos do PIS. Desta forma, objetiva-se depreender qual a forma de intervenção que mais se adequa, tendo em conta o estadió de desenvolvimento da equipa. Para tal foi escolhido o modelo de Patrícia Benner.

Patrícia Benner, natural de Virgínia, obteve o grau de bacharel em 1964, e dez anos depois o título de Mestre em Enfermagem. Desde cedo na sua carreira que se dedicou à investigação (TOMEY & ALLIGOOD, 2002).

Na área da investigação dedicou-se a estudar a prática da Enfermagem Clínica. A autora adotou o Modelo Dreyfus da Aquisição e de Desenvolvimento de Competências à Enfermagem, descrevendo cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (BENNER, 2001).

Explorando cada um dos níveis de competência, o primeiro é o de iniciado. Segundo a autora, o iniciado não tem experiência nas situações com que se depara pelo que é necessária objetividade no desenvolvimento de competências, o que requer a existência de normas e regras que permitam a orientação das suas ações em função dos diversos elementos. Tal situação incorre num comportamento limitado por parte do iniciado, que pode nem sempre ser o mais correto. A dificuldade está em aplicar na situação real o apreendido na teoria, o que comumente ocorre com os estudantes de Enfermagem em estágios e profissionais em início de funções. Porém, esta situação ocorre também em enfermeiros já experientes, desde que iniciem funções num serviço para o qual não têm experiência, encontram-se igualmente na situação de iniciado. Um exemplo que Patrícia Benner utiliza é o caso de uma enfermeira especialista na prestação de cuidados ao adulto em situação crítica e que inicie funções num serviço de cuidados intensivos de neonatologia (BENNER, 2001). De acordo com o modelo de Dreyfus a experiência em situação é fundamental para a consecução de atos competentes; estes atos competentes atingem-se tendo por base de sustentação a teoria aprendida nas aulas, aplicada a um determinado contexto real, permitindo que com a experiência que advém dessas situações se desenvolvam conhecimentos e aptidões (*in* BENNER, 2001).

O segundo nível de competência corresponde ao iniciado avançado, em que se considera a sua ação aceitável, uma vez que já teve oportunidades suficientes de experimentar situações reais que permitam a identificação de fatores significativos que surgem em situações semelhantes, o que Dreyfus designa de “aspectos de situação”. Neste nível de competência a ação dos enfermeiros mantém-se dependente de regras e centra-se, sobretudo, na realização das tarefas que estão instituídas no serviço. Por um lado, o enfermeiro nesta fase sente-se responsável pela gestão dos cuidados à pessoa, mas necessita ainda de ajuda dos colegas mais experientes na determinação de prioridades (BENNER, 2001).

O enfermeiro competente corresponde ao terceiro nível de competência de acordo com este modelo. Por enfermeiro competente entende-se o enfermeiro que apresenta capacidades de planeamento, sendo capaz de uma análise das situações de forma analítica e abstrata, que lhe permitem discernir os aspetos relevantes de situações atuais e futuras dos aspetos considerados menos relevantes, o que o torna eficiente e organizado. Trata-se de um enfermeiro que exerce funções no mesmo serviço há pelo menos dois ou três anos (BENNER, 2001).

O nível de proficiente tem como principal característica a capacidade do enfermeiro de compreender a globalidade da situação e não os seus aspetos isolados. Esta capacidade de percepção global das situações, que tem como base de sustentação as experiências prévias, permite ao enfermeiro melhorar o seu processo de tomada de decisão. O enfermeiro neste nível de competência aprende melhor através do método indutivo e é vantajosa a sua estimulação para a aprendizagem através de estudos de caso. De acordo com Patrícia Benner, os enfermeiros proficientes encontram-se a exercer funções no mesmo serviço há cerca de aproximadamente cinco anos. Não obstante, a autora também refere que perante situações novas o enfermeiro pode retornar ao nível de competente, dependendo a sua ação de uma descrição processual e analítica da situação e não dotada do sentido de percepção global que se espera do enfermeiro proficiente, pelo que a aprendizagem continua a ser uma constante (BENNER, 2001).

No último nível de competência tem-se o enfermeiro que é considerado perito. É o enfermeiro que já tem vasta experiência, não necessita de utilizar um método analítico para conseguir atuar. A experiência permite ao enfermeiro atuar de forma intuitiva perante as situações e compreender objetivamente o problema. O enfermeiro perito apenas sente a necessidade de recorrer a métodos analíticos para a compreensão da situação se não tiver tido nenhuma experiência prévia em determinada situação (BENNER, 2001).

A noção dos níveis de competência de cada elemento de uma equipa facilita a compreensão das estratégias a implementar perante as necessidades de formação. Uma equipa de Enfermagem constituída maioritariamente por iniciados e iniciados avançados, é uma equipa que requer mais formação, bem como necessita de normas e regras para orientar a prática clínica. É por isso fundamental a inclusão do modelo de Patrícia Benner neste projeto.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

---

No presente capítulo é apresentado o PIS, desde a fase de diagnóstico de situação, planeamento das intervenções a realizar, até à fase de execução e avaliação dos resultados. Ainda neste capítulo é realizada uma abordagem das questões éticas associada ao PIS.

### 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Primeiramente, será caracterizado o serviço onde se implementou o PIS, bem como a equipa de Enfermagem, que desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do PIS. Em seguida, será apresentado o diagnóstico de situação, de acordo com a metodologia de projeto, expondo-se o problema identificado e, por conseguinte, os objetivos que se definiram para o PIS.

#### 2.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O serviço onde realizei os estágios integra duas unidades funcionais, vocacionadas para a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica e potencialmente reversível. Para facilitar a designação deste serviço e para evitar expô-lo, o mesmo será nomeado como Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Estas unidades funcionais têm chefes de Enfermagem diferentes e equipas multidisciplinares distintas, partilham apenas o mesmo diretor de serviço. Da mesma forma, a sua história tem início em diferentes datas. A unidade onde realizei os estágios foi inaugurada em 2013, com abertura progressiva do número de vagas e entrada faseada de enfermeiros.

Esta UCI encontra-se vocacionada para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica do foro médico e cirúrgico, sendo constituído por onze unidades de internamento, distribuídas da seguinte forma: cinco unidades de internamento de nível II<sup>5</sup> e seis unidades de nível III<sup>6</sup>, com a possibilidade de atingir até sete unidades de nível III (ROCHA *et al.*, 2014).

Neste serviço são admitidas pessoas com patologias de todas as especialidades médico-cirúrgicas, destacando-se “com maior número de internamentos: insuficiência cardiovascular por sépsis, insuficiência respiratória por infeção, insuficiência respiratória pós cirurgia, cirurgia por politraumatizado (...), sépsis pós cirurgia e politraumatizado não cirúrgico”. As pessoas em situação crítica são provenientes do “Serviço de Urgência Central, transferência interna da área

---

<sup>5</sup> Nível II – “Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acessos a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (...) pelo que deve garantir a articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso a médico permanente com preparação específica” (NATÁRIO, 2003; pp.8).

<sup>6</sup> Nível III – “Corresponde aos Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivistas, e em presença física nas 24h; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (NATÁRIO, 2003; pp.8).

cirúrgica e da área médica”, o que inclui Bloco Operatório, Unidades de Cuidados Intermédios e Enfermarias internas, ou de outros hospitais sempre que a situação da pessoa assim o exija (ROCHA *et al.*, 2014).

Desta forma, a missão da UCI é a de “assegurar especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, potencialmente reversíveis, [em pessoas] que apresentam falência de uma ou mais funções vitais”. No âmbito da Enfermagem a sua missão, atendendo ao preconizado pela instituição e pelo serviço, é a promoção da “prestação de Cuidados de Enfermagem de excelência que garanta a total satisfação das necessidades da pessoa/família num ambiente humanizado (...) promovendo, em simultâneo, o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de otimização de recursos humanos, de formação contínua e da investigação (...) no doente do foro crítico” (ROCHA *et al.*, 2014). Assim a UCI objetiva a “observação e tratamento de pessoas em situação crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio de funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por médicos e enfermeiros preferencialmente especializados” (ACSS, 2013 *in* ROCHA *et al.*, 2014).

### 2.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

A equipa de Enfermagem da UCI é constituída por 28 enfermeiros, tendo sido formada a partir de elementos de múltiplos serviços que foram extintos. Aquando da abertura a equipa era mais reduzida, tendo aumentado progressivamente, para colmatar as necessidades do serviço em termos de rácio de enfermeiro por pessoa em situação crítica.

Na abertura do serviço a equipa era composta por 13 enfermeiros provenientes de Unidades de Cuidados Intermédios que pertenciam a áreas clínicas diferenciadas, 11 de uma outra Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar. Nos meses subsequentes foram admitidos mais elementos, após reestruturações internas e transferências, para se obter um rácio adequado ao número de vagas, totalizando 28 enfermeiros<sup>7</sup>. Deste grupo de enfermeiros admitidos posteriormente, apenas um apresentava experiência em cuidados de nível III e os restantes tinham experiência em cuidados de nível II.

A gestão da equipa está a cargo de duas senhoras enfermeiras, uma como responsável principal e outra como segundo elemento. Os membros responsáveis pela gestão do serviço exercem funções em regime de horário fixo e, a restante equipa de Enfermagem divide-se em 4

---

<sup>7</sup> Informação disponibilizada pela Enfermeira Responsável do serviço

equipas, em horário rotativo de 40 horas por semana. Cada equipa tem um enfermeiro que desempenha a função de Chefe de equipa e outro a de segundo elemento.

A equipa é consideravelmente jovem, com uma média de idades de 33 anos (idades oscilam entre 24 e 49 anos). A mesma destaca-se pelo investimento na sua formação, havendo aproximadamente metade da equipa a investir na formação contínua (quer em pós-graduações, quer em Mestrados de várias áreas), e com três Mestres e cinco Enfermeiros Especialistas (quatro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um em Enfermagem de Reabilitação).

A equipa de Enfermagem assume um papel central na execução do PIS, pela responsabilidade, que lhe é inerente, na avaliação da dor à pessoa em situação crítica.

### 2.1.3. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A identificação da problemática foi realizada, numa primeira fase, através da realização de uma entrevista não dirigida à Sra. Enfermeira Responsável pelo serviço.

Na entrevista não dirigida “a formulação e a ordem das questões não são determinadas antecipadamente (...) o entrevistado (...) decide a direção a dar à entrevista (...) o investigador introduz o tema sobre o qual deve tratar a entrevista. O participante é convidado a exprimir as suas ideias sobre o tema” (FORTIN *et al.*, 2009; pp. 376).

Na entrevista realizada procurou-se apurar quais as necessidades do serviço e/ou da equipa de Enfermagem, que pudessem ser colmatadas com o desenvolvimento de um PIS. Decorrente desta entrevista surgiu a temática da Dor, uma vez que é uma área que ainda não havia sido trabalhada no seio da equipa de Enfermagem. Trata-se de uma necessidade devido à dificuldade inerente em avaliar a Dor na pessoa incapaz de a verbalizar, sendo que neste contexto ocorre com frequência por a pessoa se encontrar submetida a sedação e a VMI.

Sendo pertinente a avaliação sistemática da Dor na pessoa em situação crítica, nomeadamente, à pessoa submetida a sedação e VMI e, portanto, incapaz de verbalizar dor, é necessário ter conhecimentos desenvolvidos para aplicar e interpretar uma escala comportamental.

No serviço, o programa informático onde são efetuados os registos tem já na sua predefinição a Escala *BPS*.

Numa segunda fase do diagnóstico, para avaliar junto da equipa de Enfermagem se a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica constituía uma necessidade efetiva, foi construído um questionário (ver Apêndice I). O questionário permite a recolha de informação sobre

“acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (FORTIN *et al.*, 2009; pp. 380).

Primeiramente, o questionário foi enviado à Direção de Enfermagem (DE) para validação e consecução de permissão para a sua aplicação. Após a resposta positiva por parte da DE o mesmo foi distribuído pela equipa de Enfermagem. O objetivo do questionário foi compreender as necessidades da equipa em termos da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica através da escala BPS. Dos 28 elementos da equipa de Enfermagem, 24 enfermeiros responderam ao questionário (os não respondentes, por diferentes motivos, não puderam responder ao questionário em tempo útil).

Os resultados (ver Apêndice II) revelaram que: a equipa de Enfermagem é constituída na sua maior parte por elementos iniciados/iniciados avançados, tendo por base o descrito no modelo de Patrícia Benner (BENNER, 2001); 54% dos elementos da equipa são conhecedores da escala BPS, sendo que a maioria teve conhecimento da escala por ter sido instituída no seu anterior serviço (uma unidade de cuidados intensivos de nível III), e os restantes tiveram conhecimento por formações específicas na área da dor ou em contexto de formação académica pós-graduada; todos os inquiridos consideraram pertinente a formação no âmbito da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica; 62% consideraram sentir necessidade de formação na aplicação da escala BPS e 71% para a interpretação. Comparando resultados, apesar de haver já conhecimento na escala, pode-se aferir que a equipa sente necessidade de formação em termos a aplicação e interpretação da escala BPS, o que conduziu a que se obtivessem resultados favoráveis à realização de formação neste âmbito.

De salientar ainda que, na perspetiva do inquirido, quando se questionou se a dor é avaliada apenas de acordo com o horário programado no sistema informático, ou se existe preocupação em registá-la de modo sistemático, 41% respondeu que “Sim” e 59% que “Às vezes”. A principal razão apontada pelos que responderam “Às vezes” é a falta de tempo, seguida do esquecimento.

Pode-se concluir, dado o nível de desenvolvimento da equipa, que existe necessidade de instituir regras, objetivos e normas para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados intensivos de nível III, tendo por base o descrito por Patrícia Benner (BENNER, 2001). No âmbito da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica verifica-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos da equipa na aplicação e interpretação da escala BPS.

Numa terceira fase, de forma a corroborar esta necessidade/problemática, foi também realizada uma análise estruturada dos processos clínicos, durante um período de duas semanas, com o objetivo de compreender se a avaliação da dor na pessoa em situação crítica é realizada de forma sistematizada e uniformizada (ver Apêndice III).

Os resultados demonstraram que: em oito processos, apenas em um existe registo da dor em procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos, sendo acompanhado por um registo das ações realizadas, mas em apenas um dos turnos em que se verifica a situação; verifica-se também o registo da Dor na pessoa submetida a administração de fármacos relaxantes musculares, desde que inicia até que termina a perfusão do medicamento, sendo esta uma das situações em que a aplicabilidade da escala está comprometida; verificam-se múltiplos *scores* superiores a 4 em vários processos, associados na maioria das situações a baixos níveis de sedação ou a sedação nenhuma, não existindo nenhum registo que fundamente o *score* ou se foram realizadas intervenções para o alívio da dor, verificando-se igualmente que a reavaliação só é realizada/registada no turno seguinte, correspondendo ao horário programado no sistema informático.

Assim, verifica-se que em apenas 9,25% das oportunidades observadas foi realizado um registo de avaliação da Dor fora do horário programado, associado a procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos. Quando se verificam *scores* superiores a quatro, em 90,9% das oportunidades observadas não existem registos que sejam explícitos do episódio de dor, nem das intervenções realizadas para o alívio da dor.

Conclui-se que o registo da Dor na pessoa em situação crítica com recurso à escala BPS é realizado na maioria das situações apenas de acordo com o horário programado no sistema informático, contrariamente ao que tinha sido respondido pelos inquiridos no questionário, e nem sempre é aplicada a escala BPS de modo adequado, nem se evidencia registo de que haja atuação de acordo com os *scores*.

Desta forma, o **problema diagnosticado** é a inexistência de uma avaliação da Dor de forma sistemática e uniformizada na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI, de modo a promover uma avaliação e monitorização da Dor eficiente, que permita a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, convém compreender os problemas parcelares que compõem o problema geral enunciado.

De acordo com a análise dos resultados obtidos com os instrumentos de diagnósticos utilizados, pode-se aferir que os problemas parcelares são: o défice de formação da maioria da equipa de Enfermagem do serviço na avaliação da Dor na pessoa em situação crítica submetida

a sedação e VMI com recurso à escala BPS, quer em termos de aplicação como de interpretação dos *scores* da escala; a ausência de norma de procedimento que incremente a uniformização da aplicabilidade da escala BPS, para uma avaliação e registo da Dor sistematizados na pessoa em situação crítica.

Posto isto, procedeu-se à Análise SWOT (*strengths, weakness, opportunities, threats*), de modo a refletir e relacionar os pontos fortes e fracos para o desenvolvimento deste projeto, com as principais tendências do seu meio envolvente, bem como as oportunidades e ameaças, e também com o objetivo de encontrar medidas alternativas para a influência destes fatores (FREIRE, 1997).

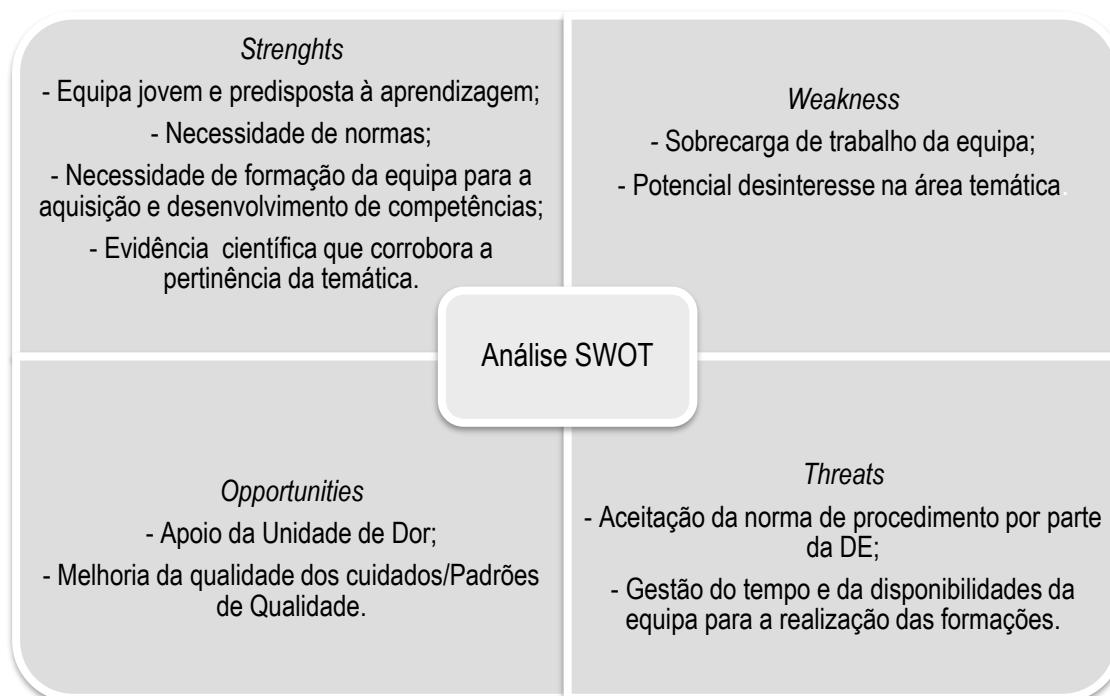


Diagrama 1: Análise SWOT do PIS

Em termos de *Strengths* (forças), sendo a equipa de Enfermagem maioritariamente jovem, que investe na sua formação, depreende-se que existe predisposição para a aprendizagem. Por outro lado, por ser um serviço recente e em que apesar de uma parte da equipa ser constituída por profissionais com experiência superior a quatro anos, a maioria destes não tem experiência em cuidados intensivos de nível III, o que significa que estão perante uma situação que lhe é nova e, portanto, tal como Patrícia Benner (2001) descreve, encontram-se ao nível de iniciados/iniciados avançados. Por este mesmo motivo, requer-se a criação de normas, regras e objetivos para orientar a equipa, o que também se torna um ponto forte neste projeto, implicando a criação da

norma de procedimento para a uniformização da avaliação da Dor através da escala BPS. Por conseguinte, também se requer formação na temática, o que se traduz noutra ponto forte do projeto. Além do mais, a bibliografia consultada demonstra evidência científica que corrobora a pertinência de se trabalhar esta problemática.

No que diz respeito às *Weakness* (fraquezas), pode-se considerar que a equipa de Enfermagem se encontra sobrecarregada em termos de trabalho devido não só à carga horária, como às formações contínuas que muitos dos elementos se encontram a realizar, o que poderá tornar a disponibilidade para a formação nesta temática reduzida, bem como diminuto o interesse na temática em si. Implicará que se encontrem estratégias para motivar e cativar a equipa.

Por outro lado, as *Opportunities* (oportunidades) surgem pela ligação estabelecida e apoio demonstrado pela UD para a realização de projetos. Numa outra análise, existem ganhos para a pessoa, pois objetiva-se a melhoria da qualidade dos cuidados.

Efetivamente, se a dor for corretamente avaliada, mais eficaz será o tratamento e controlo da dor, o que concorre para a satisfação da pessoa/família, tal como para o seu bem-estar e conforto. Da mesma forma, com a dor controlada previnem-se complicações multisistémicas, além de se evitar o desenvolvimento de dor crónica, bem como possibilita, no caso concreto da pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI, um desmame ventilatório e extubação mais precoce (MACHADO, 2013; SWEARINGEN & KEEN, 2001; KASTRUP *et al.*, 2009) e, logo, reduz-se o risco de infeção (menos dispositivos e técnicas invasivas). Por inerência, reduz o tempo de internamento numa UCI e possibilita também uma readaptação funcional mais precoce. Assim, incorrem-se em ganhos quer para a pessoa e família, nomeadamente em termos do seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, como também em termos económicos quer para a pessoa e família (menor tempo de absentismo por doença, menos deslocações para a família), quer para o SNS.

Por fim, as *Threats* (ameaças) poderão ser a não aceitação da norma de procedimento por parte da DE. Para ultrapassar essa questão, será necessária uma boa fundamentação da norma. Além disso, poderá ser difícil gerir a marcação das sessões de formação de modo a conseguir abarcar toda a equipa, dado a sobrecarga de trabalho, sendo que para que não haja dificuldade na gestão de tempo e disponibilidades, se preconiza a realização de pelo menos duas sessões de formação.

#### 2.1.4. OBJETIVOS

Os objetivos na metodologia de projeto “assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação “*a realizar*””, sendo que são fundamentais para a concretização do planeamento (RUIVO, FERRITO, & NUNES, 2010; pp. 18)

Identificado o problema, definiu-se como **objetivo geral**: promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI.

Definiram-se como **objetivos específicos**: elaborar norma de procedimento para a uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI; implementar norma de procedimento para uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI; auditar a implementação da norma de procedimento para uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI.

## 2.2. PLANEAMENTO

Apresentarei neste subcapítulo o planeamento do PIS. Iniciarei com a apresentação dos intervenientes e das estratégias a desenvolver, seguindo-se os recursos necessários e cronograma do PIS.

### 2.2.1. INTERVENIENTES

Os intervenientes com quem será articulada este PIS são a Sra. Enfermeira Maria enquanto orientadora de estágio, as Enfermeiras Responsáveis pela gestão do serviço, as Sras. Enfermeiras Chefes de equipa, o Sr. Enfermeiro formador e perito na área da dor (pertence à Unidade de Dor Aguda), a Sra. Enfermeira com Mestrado em Ciências da Dor, pertencente à equipa de Enfermagem da UCI, bem como toda a restante equipa de Enfermagem.

### 2.2.2. ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER

No que diz respeito às atividades e estratégias a desenvolver, as mesmas estão organizadas de acordo com os objetivos específicos, em prol da consecução do objetivo geral.

Assim, no que diz respeito ao objetivo “elaborar norma de procedimento para a uniformização da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI”, as atividades e estratégias a desenvolver são: a frequência de Curso de formação em “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”; a pesquisa de bibliografia para a elaboração da

norma de procedimento; a elaboração de um protótipo da norma de procedimento para uniformização da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, a ser distribuído pelas orientadoras para validação e recolha de sugestões para a elaboração da norma final; recolha de sugestões junto das Chefes de equipa.

Em relação ao objetivo de “implementar norma procedimento para uniformização da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI” definiram-se as seguintes atividades e estratégias: reuniões periódicas com a Sra. Enfermeira Orientadora, para a organização das sessões de formação referentes à avaliação da Dor à pessoa em situação crítica, submetida a sedação e VMI, através da escala BPS com apresentação da norma de procedimento; elaboração de plano de sessão de formação; construção da apresentação para a sessão de formação em PowerPoint® e distribuição da mesma às orientadoras, para validação e recolha de sugestões para elaboração da apresentação final; divulgação das sessões de formação; execução das sessões de formação; avaliação das sessões (através de questionário). Importa salientar, que se optou pela estratégia da formação em serviço, uma vez que a formação se compreende como o ensino de adultos, em que o adulto tem iniciativa e o controle do seu “itinerário de aprendizagem” (MARC & GARCIA-LOCQUENEUX, 1995), sendo por isso importante ter-se averiguado se a formação no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica, constituía uma necessidade sentida pela equipa. Como já se pode constatar anteriormente, verificou-se que mais de 60% da equipa sentia essa necessidade. A formação “procura provocar um processo de aprendizagem através de experiências pertinentes, tão próximas quanto possível das práticas sociais”, sendo que implica a “aquisição de um saber (ou de um reforço de um saber existente) [que, por sua vez,] tende para a aprendizagem de um saber fazer (...) que permitem aos sujeitos alargar o seu campo de compreensão e ação” (MARC & GARCIA-LOCQUENEUX, 1995).

No que diz respeito ao objetivo de “auditar a implementação da norma de procedimento para uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI” as atividades e estratégias planeadas são: a pesquisa bibliográfica para construção da grelha de auditoria; a construção de uma grelha de auditoria e distribuição da mesma às orientadoras, para validação e recolha de sugestões para construção da grelha final; a realização da auditoria interna, com recurso à grelha e observação dos registos de avaliação da Dor, um mês após a execução da última sessão de formação e periodicamente de três em três meses; a análise dos resultados da auditoria interna; a apresentação os resultados da auditoria interna à Sra. Enfermeira Maria e,

posteriormente, à equipa de Enfermagem; a avaliação da necessidade de novas estratégias para correção de falhas na avaliação da dor à pessoa em situação crítica e a execução do relatório.

### **2.2.3. RECURSOS HUMANOS/MATERIAIS E ORÇAMENTO**

Para a realização deste PIS serão indispensáveis recursos humanos e materiais.

No que concerne a recursos humanos para a realização deste PIS, serão necessários os seguintes profissionais: a estudante de mestrado; os formadores envolvidos na formação em “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”; a Sra. Enfermeira Orientadora; a Professora Doutora Alice Ruivo e a Professora Armandina Antunes; a Sra. Enfermeira Mestre em Ciências da Dor e as Chefes de equipa da UCI, bem como as Sras. Enfermeiras responsáveis pela gestão do serviço. Em termos de orçamento, não se preveem custos adicionais com os recursos humanos.

Os recursos materiais necessários são: computador com internet, Microsoft office e com Word® e PowerPoint®, papel e caneta, data-show e sala de formação da UCI. Prevê-se em termos de orçamento gastos com fotocópias, cerca de 25€, e gastos com material de escritório, cerca de 40€.

### **2.2.4. CRONOGRAMA**

Na construção do cronograma foi utilizado o diagrama de GANTT. Trata-se de “um instrumento que permite modelar a planificação de tarefas necessárias para a realização de um projeto. (...) [foi construído] em 1917 por Henry L. GANTT”<sup>8</sup>.

O presente cronograma foi posteriormente ajustado de acordo com o calendário escolar e disponibilidades dos restantes intervenientes.

---

<sup>8</sup> Retirado de: <http://pt.kioskea.net/contents/581-diagrama-de-gantt>

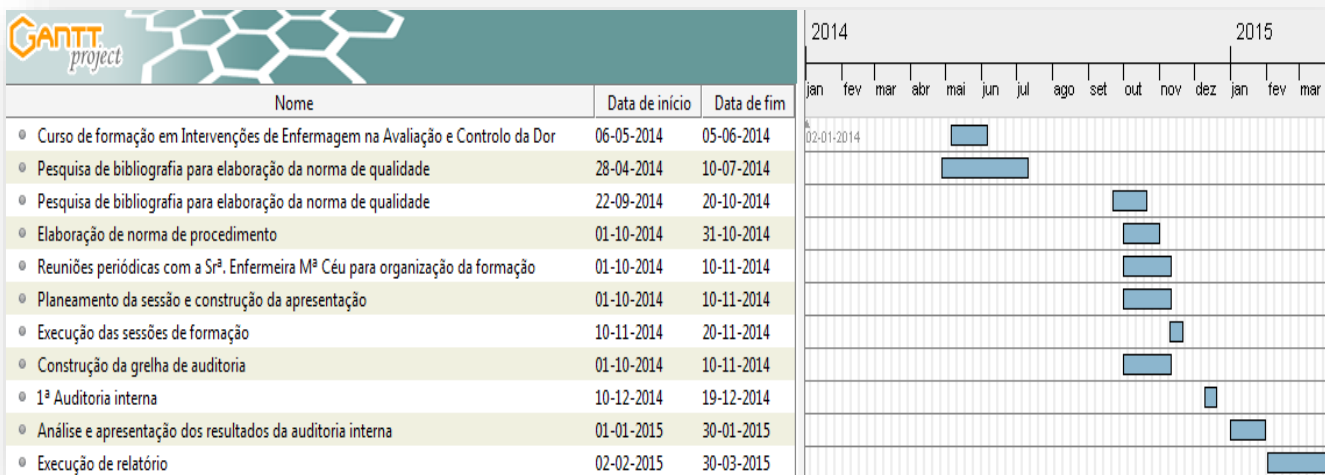


Diagrama 2: Cronograma do PIS

### 2.3. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS

A fase da Execução “materializa a realização” do que foi projetado na fase de planeamento (RUIVO, FERRITO & NUNES 2010; pp. 23).

Desta forma, e correspondendo ao planeado, foi realizada em primeira instância a norma de procedimento. Inicialmente houve dúvidas quanto ao tipo de norma a elaborar, de modo a que correspondesse aos objetivos pelos quais se perspetivou a sua construção.

A dúvida quanto ao tipo de norma prendia-se com a possibilidade de ser uma norma de qualidade ou uma norma de procedimento. Após a pesquisa e análise do descritivo de cada tipo de norma, conclui-se que se pretendia a realização de uma norma de procedimento<sup>9</sup>, uma vez que a definição deste tipo de norma é que permite a “descrição detalhada e sequencial de como uma actividade deve ser realizada” e objetiva “uniformizar procedimentos no seio da equipa e/ou da organização; facilitar a integração de pessoal” (NUNES, 1999; pp. 44-46).

Desta forma, procedeu-se à construção da norma de procedimento: “Avaliação da Dor: aplicação da Escala *Behavioral Pain Scale*” (Apêndice IV, salvaguarda-se que o formato da norma respeita o modelo utilizado na instituição), tendo por base a revisão bibliográfica realizada e

<sup>9</sup> As normas de procedimentos têm como características o facto de serem “baseadas em princípios científicos (teorias e práticas actualizadas), [carecendo] de actualização e de avaliação contínuas; habitualmente são de carácter técnico; [e] podem ser uniformes para toda a organização”. Estas normas são realizadas por um ou mais autores, devendo ser “discutida e aprovada em equipa” para posterior aplicação pela mesma. De ressaltar ainda que na sua elaboração deve-se ter em consideração que os “passos devem ser detalhados e explicativos” e deve constar a “identificação da organização, serviço, título do procedimento, finalidade, princípios a serem observados, material necessário, descrição dos passos e respectiva justificativa/fundamentação” (NUNES, 1999; pp. 44-46).

considerando as recomendações da SPCI e as normas da DGS. Tendo em conta o programado, foi realizado um protótipo que foi distribuído pelas orientadoras para validação. Após a recolha de sugestões foi revista a norma e distribuída pelos Chefes de equipa, para recolha de novas sugestões, tendo o aval sido positivo por parte de todas, sem mais sugestões.

A norma de procedimento foi estruturada com a seguinte ordem: definição, objetivos, âmbito, responsabilidade, princípios, orientações para a execução, material, descrição do procedimento e bibliografia.

Explorando, na **definição** foi descrito o tipo de procedimento (caráter autónomo).

Nos **objetivos**, apresenta-se o **objetivo geral**, o de promover a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com Dor, especificamente à pessoa sedada e submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI), bem como se apresentam os **objetivos específicos**: uniformizar a avaliação da dor na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI e assegurar a correta avaliação da dor para possibilitar o tratamento e controlo eficaz da dor.

O **âmbito** remete para a clarificação das situações em que a norma é aplicável, ou seja, às pessoas em situação crítica sedadas e submetidas a VMI que vivenciam experiências de dor no decurso do internamento, relacionadas com diversos processos patológicos, pós-operatório, procedimentos invasivos e outros.

No que diz respeito à **responsabilidade** reforçasse o papel do enfermeiro na avaliação da dor.

Quanto aos **princípios** que sustentam a norma, são expostos os fundamentos sobre a dor e a escala BPS, de acordo com a revisão bibliográfica previamente elaborada.

As **orientações para a execução** exploram os aspetos a ter em consideração na avaliação da Dor e, nomeadamente, com recurso à escala BPS, com base na revisão bibliográfica realizada: primeiramente é descrito como deve ser realizada a avaliação da dor (no primeiro contacto com a pessoa; antes, durante e após a realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, como por exemplo: aspiração de secreções e mobilizações no leito, após a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas em complementaridade às primeiras e sempre que se justifique); depois é determinado onde deve ser realizado o registo da avaliação da Dor com recurso à Escala BPS (no processo clínico informático - programa *Critical Care*®) e que as descrições do episódio de dor e das intervenções farmacológicas e não farmacológicas implementadas, bem como a respetiva avaliação devem ser descritas em notas de Enfermagem; é ressalvada a questão de que a aplicação da Escala BPS define que não usadas outras escalas de avaliação da dor; são enumerados os critérios de exclusão da aplicação da escala (utilização de fármacos relaxantes musculares; condição física

da pessoa, como por exemplo astenia; tetraplegia; utilização de contensão física para segurança da pessoa; e patologia neuromuscular); sabendo que scores superiores a 4 significam a presença de dor, define-se que é imperativa a intervenção no alívio da dor, dado que a escala não permite quantificar a intensidade da dor, mas a resposta a um estímulo nociceptivo; por fim, é reforçada a necessidade de envolver a família no procedimento: averiguar história de dor e/ou expressões faciais ou outros comportamentos sugestivos de dor.

Em termos do **material** para a implementação do procedimento apenas é requerida a escala e um computador com programa *Critical Care*® para realização de registos.

A **descrição do procedimento** remete para as ações a realizar e respetivas justificações. Analisando o descrito na bibliografia formularam-se as seguintes ações: 1) Avaliar a dor com recurso à Escala BPS no momento da admissão (se sedado e sob VMI) ou logo após ser sedado e submetido a VMI; 2) Avaliar a dor pelo menos uma vez por turno, preferencialmente no primeiro contacto com a pessoa, e sempre que necessário; 3) Avaliar a dor antes (5-10 minutos), durante e depois (15 minutos) de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos (avaliar a necessidade de administração de analgesia com o médico responsável pela pessoa antes de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos); 4) Implementar intervenções farmacológicas e em complementaridade intervenções não farmacológicas para o alívio da dor se score superior a 4 na Escala BPS; 5) Avaliar a eficácia das intervenções de acordo com o tempo de ação dos fármacos e/ou vias de administração (até 30 minutos) (as intervenções não farmacológicas, sendo utilizadas em complemento das farmacológicas devem ser avaliadas em simultâneo). Se insuficientes ponderar ajustar ou implementar novas intervenções; 6) Envolver a família no procedimento: averiguar história prévia de dor; averiguar junto dos familiares as expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar a presença de dor; 7) Realizar registo da Escala BPS no processo informático (em Índice/Escalas). Em notas de Enfermagem proceder ao registo/descrição dos episódios de dor, intervenções implementadas e respetiva avaliação.

Simultaneamente, foram realizadas reuniões periódicas com a Sra. Enfermeira Orientadora, para a organização das sessões de formação. Inicialmente ponderou-se a realização de duas sessões e considerou-se iniciar a sessão com a apresentação dos resultados para um maior impacto junto da equipa de Enfermagem.

Foi elaborado o plano de sessão de formação, que se apresenta na seguinte tabela:

<b>Temática</b>	Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica, sedada e submetida a VMI	
<b>Resultados de aprendizagem</b>	Que pelo menos 50% dos formandos, no final da sessão, sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enunciar os objetivos da realização do procedimento;</li> <li>• Aplicar todos os critérios de exclusão para a aplicação da Escala BPS;</li> <li>• Aplicar pelo menos 5 ações referentes à norma de procedimento – “Avaliação da Dor: aplicação da Escala <i>Behavioral Pain Scale</i>”.</li> </ul>	
<b>Material de apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador portátil e data-show;</li> <li>• Microsoft office com PowerPoint;</li> <li>• Norma de procedimento em suporte de papel;</li> <li>• Documento de avaliação da sessão em suporte de papel;</li> <li>• Folha de presença;</li> <li>• Canetas.</li> </ul>	
<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema e metodologia de trabalho a desenvolver na sessão.</li> </ul>		5min
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação sumária dos resultados do questionário e da análise de processos;</li> <li>• Revisão de conteúdos relativos à temática da Dor (responsabilidade profissional, definição, classificação, foco de enfermagem, consequências da dor não tratada, avaliação da dor na pessoa em situação crítica);</li> <li>• Exposição de conteúdos relativos à avaliação da Dor com recurso à Escala BPS;</li> <li>• Apresentação da norma de procedimento “Avaliação da Dor: utilização da Escala <i>Behavioral Pain Scale</i>”.</li> </ul>	Método Expositivo	50min
<b>Síntese Final</b> a) Debate de dúvidas; b) Síntese dos aspetos significativos; c) Avaliação da sessão.	Método Expositivo e Interativo	20min
Distribuição de folha de presenças para atribuição de certificado de participação. Arrumação da sala e material.		15min

Tabela 2: Plano de sessão de formação

Como se verifica, objetivou-se que pelo menos 50% dos formandos, no final da sessão, fossem capazes de: enunciar os objetivos da realização do procedimento; aplicar todos os critérios de exclusão para a aplicação da Escala BPS; aplicar pelo menos 5 ações referentes à norma de procedimento – “Avaliação da Dor: aplicação da Escala *Behavioral Pain Scale*”. Dados os valores obtidos após a realização da análise de processos, considerou-se que a mudança teria de ser gradual, pelo que os objetivos a curto prazo, não poderiam ser mais elevados. Espera-se que com a continuidade do projeto se atinjam pelo menos os 90%. De facto, Meignant (2003) afirma que o êxito de uma formação requer que os envolvidos partilhem a mesma perspetiva relativamente aos

resultados esperados. Relembrando que cerca de 60% dos enfermeiros inquiridos no questionário, referiu a necessidade de formação quanto à aplicação da escala BPS, além de que com a análise de processos se concluiu que havia inconformidades na sua aplicação, então é esperado que pelo menos 50% desses enfermeiros, após a formação, procurem a consecução destes objetivos.

Meignant (2003) refere também que o sucesso da formação se prende com a motivação dos intervenientes. Por esse motivo, procurou-se que a sessão de formação fosse motivadora para cativar a equipa para o cumprimento da norma e, conseqüentemente, concorrer para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor em situação crítica.

Tendo em vista o supracitado, foi construída a apresentação para a sessão de formação em PowerPoint® (ver Apêndice V) e distribuição da mesma à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora e à Professora Armandina Antunes, tendo sido revista após a recolha de sugestões. Considerou-se pertinente que na primeira fase da sessão de formação fossem apresentados os resultados dos questionários e da análise de processos aprofundando, posteriormente, a temática da dor com enfoque na responsabilidade profissional do Enfermeiro neste âmbito, com vista a motivar a equipa para a importância da avaliação eficaz da dor na pessoa em situação crítica, tendo em conta o papel do Enfermeiro. Neste seguimento, considerou-se que ordem mais lógica para a continuação da formação seria a seguinte: abordagem da dor em termos da sua definição e classificação, objetivando-se rever conteúdos e contextualizar a temática; aprofundamento da temática enquanto foco de Enfermagem; apresentação das conseqüências da dor não tratada a curto e a longo prazo; aprofundamento dos conhecimentos relativos à avaliação da dor com a escala BPS; e, por último, apresentação da norma de procedimento.

Após estarem preparados os instrumentos e organizada a sessão de formação, foi realizada a divulgação da primeira sessão de formação, com cerca de uma semana de antecedência. A primeira sessão foi realizada a 19 de dezembro de 2015 e tal como previsto, através do recurso à análise SWOT, foi difícil a gestão da marcação das formações. No cronograma o planeamento sofreu um atraso de cerca de um mês em relação ao inicialmente previsto, que se prendeu com o tempo necessário para a realização dos instrumentos, que não decorreu de acordo com o programado. Por esse motivo, o início das sessões de formação só pode ocorrer em dezembro, e atendendo à disponibilidade dos vários intervenientes, só foi possível marcar a primeira sessão na data supracitada.

Devido à pausa letiva em dezembro, não foi possível mais nenhuma sessão neste mês. Agendou-se uma segunda sessão para 05 de janeiro de 2015, por ser uma data que permitia a

presença de todos os enfermeiros que não estiveram presentes na primeira sessão. Contudo, tendo em conta o facto de vários enfermeiros terem outras atividades profissionais e de formação, também não se conseguiu abarcar toda a equipa, pelo que houve a necessidade de marcar uma terceira formação, que só foi possível a 23 de janeiro de 2015, conseguindo-se nesse dia finalizar a formação a toda a equipa de Enfermagem.

Para realizar a avaliação da formação, procedeu-se a uma avaliação de impacto no final de cada sessão e, posteriormente, foi aplicado um questionário de avaliação pedagógica (construído e validado com as orientadoras à semelhança dos restantes instrumentos).

A “avaliação de impacto” ocorre no fim da formação, de forma oral entre os intervenientes, e reflete, sobretudo, a satisfação emocional de cada um dos formandos (MARC & GARCIA-LOCQUENEUX, 1995).

Quanto à elaboração do questionário, este teve por base um modelo apresentado por Marc & Garcia-Locqueneux (1995). De acordo com estes autores, as avaliações depois da formação, através do recurso a questionários individuais e anónimos, completam a avaliação pedagógica e/ou a transferência de aprendizagens. Neste caso em concreto, objetivou-se a avaliação pedagógica, procurando-se compreender o grau de satisfação com a formação, bem como o de motivação para com o projeto e aplicação da norma.

Assim, recorreu-se a uma escala de Likert, para realização do questionário. A escala de Likert “consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema (...) [e em que se pede aos] participantes para indicarem o seu maior ou menor acordo ou desacordo” (FORTIN *et al.*, 2009; pp. 389). A escolha dos termos para a escala é variada e depende diretamente dos enunciados (SPECTOR, 1992 *in* FORTIN *et al.*, 2009; pp. 389). O número de categorias a utilizar não é consensual entre os especialistas, a aplicação de uma escala ímpar permite uma avaliação neutra, que por alguns é considerada com reveladora de indecisão (FORTIN *et al.*, 2009). Neste caso, optou-se por seguir o exemplo do questionário e aplicar uma escala par, sem categoria neutra. Assim, tendo em conta que se procurou perceber se a formação foi de encontro às expectativas dos formandos, construiu-se a seguinte escala: 0 – Nada, 1 – Parcialmente, 2 – Satisfatoriamente, 3 – Excedeu as expectativas.

Seguindo o exemplo do questionário apresentado por Marc & Garcia-Locqueneux (1995), elaboraram-se as seguintes questões:

Questões
Resposta global às suas expectativas
Interesse da temática abordada
Conformidade dos conteúdos com os objetivos anunciados
Motivação para a adesão ao projeto
Metodologia utilizada na sessão de formação
Exposição/contributos do formador
Organização da sessão

Tabela 3: Questões para avaliação da sessão de formação

Posto isto, e na continuidade do questionário que se tomou como exemplo, foram criadas questões abertas para possibilitar aos formandos expressar a sua opinião quanto aos pontos fortes e fracos e sugestões.

Na avaliação de impacto realizada no final da sessão, foi possível aferir que os formandos ficaram satisfeitos e surpreendidos quer com os resultados da análise de processos, quer com alguns dos conteúdos abordados, nomeadamente, os relacionados com a escala BPS.

Em relação à avaliação pedagógica com recurso ao questionário, após a análise dos mesmos (em Apêndice VI), de um total de 26 respondentes, verificou-se de modo geral um *feedback* positivo em relação à sessão de formação.

Aprofundando, em relação à “Resposta global às suas expectativas” verificou-se que 69% dos respondentes (o correspondente a 18 enfermeiros) ficaram satisfeitos com a sessão e os restantes consideram que excedeu as expectativas, tal como se pode observar no gráfico 1:

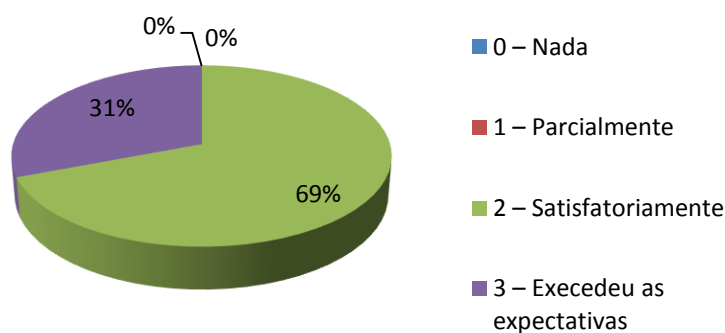


Gráfico 1: Resposta global às expectativas

No que diz respeito ao “Interesse da temática abordada” 58% considerou que excedeu as expectativas e os restantes respondentes considerou satisfatório. O que se pode interpretar como um resultado bastante positivo, pelo impacto gerado nos formandos.

Em termos da opinião dos formandos em relação à “Conformidade dos conteúdos com os objetivos anunciados”, os resultados também se demonstraram positivos, com 54% dos respondentes a considerar que excedeu as expectativas e os restantes 46% responderam que foi satisfatória. Assim, depreende-se que se conseguiu transmitir coerência no que foi exposto à equipa.

Quanto à “Motivação para adesão ao projeto” verificou-se que 61% (o correspondente a 16 enfermeiros) dos respondentes referiu que superou as expectativas, enquanto que 35% (9 enfermeiros) considerou que a motivação foi satisfatória e apenas 4% (1 enfermeiro) sentiu que a motivação para a adesão ao projeto foi parcialmente de encontro às suas expectativas, tal como se pode observar no gráfico 2:

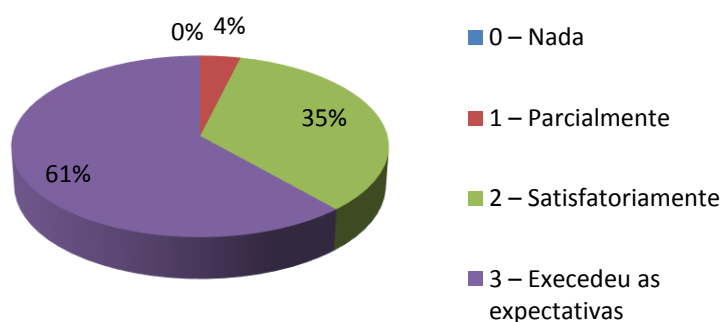


Gráfico 2: Motivação para adesão ao projeto

Efetivamente, é bastante satisfatória a obtenção dos resultados, pois para que haja adesão ao projeto é imprescindível a motivação. Acredita-se, portanto, na evolução positiva do projeto.

Também se objetivou avaliar se a metodologia utilizada na sessão de formação correspondeu às expectativas da equipa de Enfermagem. Constatou-se que 65% da equipa a considerou satisfatória e os restantes 35% respondeu que excedeu as expectativas.

No referente à “Exposição/contributos do formador” 54% da equipa considerou que superou as expectativas e a restante equipa considerou que foi satisfatório. Pelo que também neste item de avaliação os resultados foram bastante positivos.

Quanto à “Organização da sessão” a equipa dividiu-se equitativamente, com 50% para cada resposta, considerando que excedeu as expectativas e que foi satisfatoriamente de encontro às expectativas.

Em suma, a avaliação da sessão de formação foi bastante positiva.

Em relação aos pontos fortes, pontos fracos e sugestões, nem todos os respondentes preencheram esses campos. Dos 26 respondentes, 13 fizeram comentários quanto aos pontos fortes, dos quais, apenas 1 referiu pontos fracos que se interpretaram no sentido construtivo e ainda 6 destes 13 fizeram sugestões.

De modo a analisar os pontos fortes e fracos, procedeu-se à categorização dos elementos analisados, definindo-se categorias após a análise e aglomeração de elementos comuns.

Efetivamente, de acordo com Bardin (1995; pp. 119), a categorização pode ser realizada de duas formas: através de um sistema de categorias previamente definido, onde os elementos analisados vão sendo organizados nas categorias; ou o sistema de categorias não é definido previamente à análise dos elementos, mas resulta “da classificação analógica e progressiva dos elementos”, pelo que o “título conceptual de cada categoria” é definido no fim da análise. Da mesma forma, existem critérios de categorização, que permitem o agrupamento de elementos comuns (unidades de registo) por categoria. Assim, Bardin (1995; pp. 117-118) descreve os seguintes critérios: critério semântico, segundo os temas; critério sintático, segundo sintaxe gramatical; o critério léxico, segundo o sentido das palavras; critério expressivo, segundo diferentes tipos de classificações das “perturbações da linguagem”. Nesta situação, foi aplicado o critério semântico.

Na tabela 4 que se apresenta em seguida, são apresentadas as categorias e unidades de registo correspondentes aos pontos fortes e pontos fracos:

	<b>Categoria</b>	<b>Unidade de registo</b>
<b>Pontos fortes</b>	Melhoria dos cuidados	“Sessão objetiva que permitiu clarificar uma avaliação mais criteriosa e correta acerca do 5º sinal vital” “Formação direcionada para a prática de enfermagem que permite uma melhor avaliação da dor por parte da equipa de enfermagem” “(...) importante para compreendermos que a avaliação da dor não está a ser realizada do melhor modo” “Permite avaliar de forma mais correta a dor no doente” “Formação muito interessante e de grande utilidade para a minha prática diária”
	Relevância da temática	“Interesse e exposição da temática” “Pertinência do tema” (referenciada 3 vezes)

		<p>“Temática abordada”</p> <p>“A temática abordada é sem dúvida um ponto forte, que necessitava de ser abordada neste serviço”</p> <p>“Importância da temática”</p>
	Conteúdos apresentados	<p>“Especificidades para aplicação da escala BPS”</p> <p>“(…) visualização da escala” “(…) esclarecimento da aplicação da escala em cuidados intensivos”</p>
	Formador	<p>“O poder de síntese, a pertinência dos conteúdos abordados, a capacidade de resposta/esclarecimento de dúvidas”</p> <p>“(…) exposição clara e assertiva”</p> <p>“capacidade de exposição e argumentação”</p> <p>“(…) esclarecimento de dúvidas”</p> <p>“Domínio do conteúdo programático por parte de quem realizou o projeto”</p> <p>“(…) exposição bem preparada pela formadora, tendo cativado a atenção dos formandos”</p>
	Metodologia	<p>“A metodologia utilizada na sessão de formação também é um ponto forte, pela objetividade e organização com que foi exposta”</p>
<b>Pontos fracos</b>	Metodologia	<p>“Poderiam ter sido apresentados alguns casos práticos, a título de exemplo, para comparar a aplicação da escala entre elementos da equipa e discutir critérios que não estivessem em conformidade”</p>

Tabela 4: Categorização dos pontos fortes e fracos da sessão de formação

Analisando o supracitado, verifica-se um predomínio de pontos fortes na apresentação em relação aos pontos fracos.

Os comentários em relação aos pontos fortes direcionaram-se, essencialmente, para o realce da importância da temática e melhoria da qualidade dos cuidados. Efetivamente, verifica-se algum consenso em termos da importância da formação para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com Dor, o que por si só torna a temática relevante, havendo duas opiniões que se traduzem no propósito da formação, a de que permitiu o compreender que a avaliação não está a ser realizada de modo adequado e de como se deve proceder.

Outro ponto forte realçado pelos Enfermeiros foi o Formador, tendo sido destacada a capacidade de esclarecimento de dúvidas e a forma como foi realizada a exposição da temática, o que se torna gratificante.

Ainda no âmbito dos pontos fortes, destaca-se o facto de ter sido apontado como ponto forte a apresentação das especificidades da escala e a sua visualização com a escala que apresenta as imagens que exemplificam cada um dos itens da escala.

A metodologia foi referenciada com um ponto forte e um ponto fraco, sendo o ponto forte a objetividade e organização da metodologia e como ponto fraco a ausência de casos práticos.

Ter-se-á em conta este ponto em futuras sessões, que apesar de assumido como ponto fraco é, simultaneamente, uma sugestão. Porém, lembrando o Modelo de Iniciado a Perito de Patrícia Benner (2001), os estudos de caso são um método utilizado nos Enfermeiros proficientes, pelo que poderá fazer mais sentido a utilização deste método futuramente, após a equipa adquirir mais experiência no uso da escala.

Procedeu-se à análise das sugestões da mesma forma, categorizando e apresentando as respetivas unidades de registo, que se apresentam na tabela seguinte:

	<b>Categoria</b>	<b>Unidade de registo</b>
<b>Sugestões</b>	Formação a outros profissionais	“Realização desta sessão de formação à entidade médica” “Realização da formação a outros profissionais envolvidos no controlo da dor (exemplo: médicos e internos)”
	Formação contínua	“Realização periódica de formação na Dor”
	Protocolos/Outros documentos de aplicabilidade prática	“Quadro síntese para uniformização da avaliação da dor” “Elaboração de um protocolo de atuação mediante a manifestação de dor, algo que dê alguma independência à equipa de enfermagem, exemplo: fluxograma”
	Registo informático	“Elaboração de uma proposta de alteração do sistema informático em uso para registo das avaliações, intervenções e resultados associados ao diagnóstico de dor”

Tabela 5: Sugestões

Em relação às sugestões, as que remetem para a formação de outros profissionais, dependem da predisposição dos outros profissionais para a mesma. Quanto à formação contínua no âmbito da Dor, devem ser analisadas as necessidades da equipa e, efetivamente, após a realização da auditoria poder-se-á verificar a necessidade de uma nova sessão de formação, com outras estratégias e metodologias. Estas sugestões foram discutidas com a Enfermeira Responsável do serviço e com a Enfermeira Responsável pela Formação, havendo predisposição para tal, sendo necessário organizar o plano de formação anual nesse sentido.

Quanto á realização de um “Quadro síntese para uniformização da avaliação da dor” e “Elaboração de um protocolo de atuação mediante a manifestação de dor, algo que dê alguma independência à equipa de enfermagem, exemplo: fluxograma”, serão ideias a considerar futuramente, com o desenvolvimento do projeto e em parceria com a equipa médica.

Relativamente à alteração do registo informático, é uma sugestão que foi logo considerada, uma vez que estão a ser programadas alterações no sistema informático atual e que foi discutida no seio da equipa de Enfermagem, de modo a ir de encontro às expectativas.

Posto isto, resta abordar as ações executadas referentes ao terceiro objetivo planeado: “auditar a implementação da norma de procedimento para uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI”. Efetivamente, foi construída a grelha de auditoria e entregue às orientadoras, para validação e recolha de sugestões que permitiram a construção da grelha final. De acordo com o cronograma, a realização da auditoria interna estava prevista para um mês após a execução da sessão de formação. Assim, tendo em conta que a última sessão foi a 23 de janeiro de 2015, não foi possível realizar a auditoria antes do término do estágio, tendo ficado programada para o final do mês de fevereiro, motivando o reajuste do cronograma. Por estes motivos, a sua análise não constará neste relatório.

Importa compreender que a auditoria consiste num “sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer a boa prática e, se necessário, introduzir melhorias” (SALE, 1998; pp. 87). As auditorias ocorrem por observação e avaliação da prática, que induz ao estabelecimento de normas. Posto isto, introduzem-se novas mudanças, que devem ser acordadas entre os profissionais, visando garantir a melhoria da qualidade dos cuidados (SALE, 1998).

Efetivamente, a auditoria torna-se vantajosa para a melhoria da qualidade dos cuidados na medida em que permite aos profissionais rever a sua prática clínica, bem como analisar a prestação de cuidados, permitindo monitorizar os efeitos dos cuidados prestados nas pessoas e famílias. Além do mais, ao se conhecerem os resultados dos cuidados podem-se proceder às mudanças rumo à melhoria da qualidade em benefício das pessoas que requerem cuidados (SALE, 1998).

Considerado o descrito, a análise de processos permitiu perceber o desempenho e compreender a necessidade de mudanças na prática. A implementação da norma visa permitir a mudança na prática e a conseqüente melhoria dos cuidados à pessoa em situação crítica com Dor, submetida a sedação e VMI. A auditoria permitirá comparar a realidade esperada com a observada, identificar e analisar as falhas, que suscitarão a procura de novas mudanças no seio da equipa com a cooperação de todos, uma vez que este projeto foi integrado no plano de melhoria da qualidade do serviço, com o aval da DE.

Assim sendo, foram elaboradas as unidades de observação da grelha de auditoria (Apêndice VII – Documento de auditoria) com base nas ações descritas na norma (Tabela 6), que se preconiza que sejam cumpridas pelos Enfermeiros, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com Dor. Desta forma, a grelha é constituída pelas seguintes unidades de observação:

Unidade de Observação	
1	O enfermeiro aplica a escala se não se verificarem critérios de exclusão.
2	O enfermeiro avalia e regista a dor na pessoa em situação crítica submetida a sedação e VMI no momento da admissão ou logo após a pessoa ter sido submetida a sedação e VMI
3	O enfermeiro avalia e regista a dor pelo menos uma vez por turno (preferencialmente no primeiro contacto com a pessoa).
4	O enfermeiro avalia e regista a dor antes, durante e depois de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, de acordo com os tempos recomendados.
5	O enfermeiro implementa e regista as intervenções farmacológicas e em complementaridade intervenções não farmacológicas (se aplicáveis) para o alívio da dor sempre que se verifica score superior a 4 na Escala BPS
6	O enfermeiro avalia e regista a eficácia das intervenções farmacológicas de acordo com o tempo de ação dos fármacos e vias de administração, até ao tempo máximo de 30 minutos.
7	O enfermeiro envolve a família no procedimento: averigua história prévia de dor; averigua junto dos familiares as expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar a presença de dor e regista em notas de enfermagem.
8	O enfermeiro elimina outras escalas quando aplica a escala BPS.

Tabela 6: Unidades de observação da Grelha de Auditoria

Na auditoria verificar-se-á se são ou não cumpridas estas ações, sendo analisados os processos clínico, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão já delineados para a análise de processos. Como a avaliação implica todo o tempo em que a pessoa estiver internada e submetida a VMI, algumas das ações são apenas aplicáveis uma vez, pelo que se considerou a possibilidade de um item não ser avaliável. Cada observação corresponde a um turno, onde é suposto que o enfermeiro implemente a norma no decorrer da prestação de cuidados.

Em seguida, foi replicada a tabela com vista a realizar uma quantificação de modo a se obter um índice de conformidade (o total de respostas em conformidade/total de observações aplicáveis) de cada item e um índice total, para posterior apresentação dos dados à equipa de Enfermagem. Desta forma será possível repensar nas práticas e nas mudanças necessárias para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com Dor em situação crítica.

Posto isto, foi elaborado um artigo científico, que se apresenta em Apêndice VIII, com o objetivo de divulgar o projeto desenvolvido.

## 2.4. QUESTÕES ÉTICAS

De modo abrangente, procuro neste subcapítulo, abordar as preocupações éticas e a forma como foram tratadas ao longo do estudo.

Segundo Nunes (2013; pp. 5) o “olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos”. Segundo Queiroz *et al.* (2007; pp. 26), o descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, que “salienta que *o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida*” e, portanto, tal é aplicável a qualquer âmbito da atuação do Enfermeiro.

O *International Council of Nurses* (ICN) (in NUNES, 2013), neste âmbito emanou um documento denominado de *Directrizes éticas para a investigação em Enfermagem* que definem seis princípios éticos: “Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. (...) Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis. Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação. Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro. Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido. Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo” (NUNES, 2013; pp. 6-7).

Considerando o supramencionado, o estudo procurou fazer respeitar o princípio da Beneficência na medida em que objetivou a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com Dor, sendo que em nenhum momento se reconheceram possíveis riscos associados ao estudo, o que implica que também foi respeitada a avaliação da não maleficência.

A fidelidade também foi cumprida, uma vez que a equipa de Enfermagem, estabeleceu relação de confiança com o investigador, aceitando a participação no projeto, compreendendo as suas implicações. Da mesma forma, em momento algum houve diferenciação entre os elementos da equipa, pelo que também o princípio da Justiça foi salvaguardado. Além do mais, tendo em conta que sempre foi exposto à equipa o que se objetivava com o estudo, também se cumpriu com a Veracidade, sendo de ressaltar que este projeto apenas avançou após o aval da DE, que o aceitou enquanto projeto de melhoria da qualidade dos cuidados no serviço. Efetivamente, só após o aval da DE é que foi realizado o questionário aos Enfermeiros para se compreender a pertinência de realizar o projeto neste âmbito, bem como só foi realizada uma análise de processos após se garantir a pertinência do estudo e a permissão para a realização do mesmo. Importa ainda referir

que o direito da autodeterminação foi assegurado neste processo, pois segundo Queiroz *et al.* (2007; pp. 29) este direito “coloca de parte qualquer tipo de coerção, o que significa que o participante em circunstância alguma, de modo implícito ou explícito, deve sentir-se obrigado a participar na investigação”. Todos os participantes incorporaram o projeto de forma voluntária.

E, por fim, a Confidencialidade dos intervenientes e da informação colhida também foi salvaguardada, mantendo o anonimato dos mesmos, bem como a confidencialidade da informação recolhida dos processos, que se cingiu apenas à avaliação da Dor registada pelos Enfermeiros.

No decorrer do estudo houve também outras preocupações do foro ético. De acordo com Nunes (2013) importa ter em conta as considerações éticas nas várias etapas do processo de investigação. Assim, em termos do problema este deve “respeitar as finalidades a que a pesquisa se destina, consistindo efetivamente numa problemática abordável pelo estudo e sendo coerente com os propósitos que a orientam. São componentes básicos da formulação do problema ser claro, preciso, objetivo e delimitado, portanto passível de estudo e de solução” (NUNES, 2013; pp. 10). Objetivou-se que o problema formulado fosse ao encontro destes critérios, em uma das áreas de interesse atual, sendo de particular dificuldade a avaliação da Dor em contextos de cuidados intensivos, o que reforçou o interesse e motivação para a abordagem da temática. Apesar de ser um estudo facilmente replicável, justifica-se pela importância da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com Dor.

Em termos da revisão da literatura é evocado “o princípio da integridade académica - materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade ao autor” (NUNES, 2013; pp.10). Assim, houve preocupação com a referenciação dos autores utilizados ao longo de todas as etapas do projeto.

Relativamente à população que incorpora o projeto, esta deverá dar o seu consentimento livre e esclarecido (NUNES, 2013). Não só foi pedido o consentimento à equipa, como também à Enfermeira Diretora, no sentido de ser auferido o aval da mesma para a consecução do projeto com esta população, visando que com o projeto se melhore a qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, crê-se ter cumprido com as questões éticas ao longo do projeto.

### **3. REFLEXÃO CRÍTICA: COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

---

Este capítulo é referente à reflexão crítica das aprendizagens realizadas ao longo do Estágio I, II e III e que permitiram o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas.

A reflexão apresenta-se estruturada de acordo com a aquisição de competências nos Domínios: da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; da Melhoria da Qualidade; da Gestão dos Cuidados; e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

#### **3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

Neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é esperado que o especialista desenvolva uma prática profissional e ética na sua área de intervenção e que promova práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A ética, enquanto disciplina da Filosofia pode ser definida e “sintetizada como “reflexão filosófica sobre o agir humano”.” (NUNES, 2009; pp. 6). De acordo com Michel Renaud (1990, *in* NUNES, 2009; pp. 6) a ética surge pela perspetiva negativa, ou seja, “pelo confronto com o que não pode ser aceite, com o que não é tolerável”.

Considerando então o supracitado, no âmbito profissional, a ética está presente em todos os nossos atos. Todos os nossos atos implicam uma tomada de decisão em que está implicada a vida dos outros, pelo que a ética lhe é indissociável. Segundo Nunes (2009), a tomada de decisão implica a escolha da melhor alternativa, tendo por base um conhecimento de critérios e informações que possibilitam essa mesma escolha, que por sua vez, visa a consecução de determinado objetivo. Na minha perspetiva e neste contexto, inerente a isso está a responsabilidade profissional.

Efetivamente, a responsabilidade traduz-se na “capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências” (CABRAL, Roque *in* GERMANO *et al.*, 2003; pp. 29). Tal como descrito no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), Artigo 78º, n.º 3 a responsabilidade é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros e está inerente ao papel assumido pelo enfermeiro perante a sociedade (GERMANO *et al.*, 2003).

Ao papel que o enfermeiro assume perante a sociedade estão associados deveres e direitos. A deontologia de Enfermagem, como descreve Nunes (2008), deve-se entender como a “expressão dos deveres” inoculados à responsabilidade profissional, que regem o exercício da profissão do Enfermeiro e o seu compromisso para com aqueles que cuida.

Considero que, no que diz respeito a esta competência, sempre a procurei desenvolver durante o exercício da profissão e o CMEMC permitiu-me aprofundar e rever conhecimentos, bem como incitou o pensamento analítico e crítico perante potenciais situações que se podem vivenciar na prática clínica. A responsabilidade e os dilemas éticos surgem diariamente. Procurei sempre que a tomada de decisão fosse realizada no plano ético, e que as tomadas de decisão tivessem em conta os princípios, valores e normas deontológicas.

Efetivamente, as atividades desenvolvidas para a aquisição desta competência foram: os trabalhos desenvolvidas nas UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem (abordada a temática da Qualidade dos Cuidados nestas três vertentes) e Supervisão de Cuidados (análise de um caso nas dimensões científica, ética e deontológica e jurídica, de modo a compreender os processos de prestação de cuidados em EMC), que permitiram a aquisição de conhecimentos imprescindíveis na prática do exercício profissional; a realização do PIS, com respeito pelas questões éticas e responsabilidades deontológicas inerentes, tal como já explorado anteriormente; os estágios, que permitiram a aplicação de conhecimentos nas demais áreas, e consequentemente permitiram tornar-me mais capaz em termos de liderança de processos de tomada de decisão ética e avaliação de processos e resultados.

Estas atividades também permitiram o desenvolvimento da competência referente à promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. De facto, no decorrer do estágio, algumas situações tiveram particular impacto, nomeadamente, a aplicação de medidas de contenção física e a abordagem durante a realização de procedimentos invasivos.

A contenção física das pessoas, de acordo com o pensamento de alguns profissionais de saúde deve ser utilizada nas pessoas submetidas a VMI, independentemente de estarem sedadas ou colaborantes. Tal situação fez-me discutir com equipa de Enfermagem esse assunto, sendo que todos consideram uma prática que só deve ser instituída em último recurso. Além de que, segundo a Orientação nº 021/2011 emitida pela DGS (2011; pp.2) está descrito que na “aplicação de medidas de contenção, [devem-se]: (...) Esgotar as medidas preventivas”, só se aplicando a contenção física quando as restantes medidas se demonstram ineficazes.

Assim, analisando à luz da ética, nesta situação é preciso ter presente os princípios da Beneficência e da Não-Maleficência para a tomada de decisão. O primeiro princípio define-se

como “o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício”, sendo que a tomada de decisão sustentada apenas neste princípio incorre no risco de se tornar a ação paternalista e limitadora da liberdade do outro, pelo que o segundo princípio surge nesse âmbito, perspetivando que a tomada de decisão procure não fazer o mal, não causar dano (GERMANO *et al.*, 2003; pp. 52-53).

Portanto, aplicar uma medida como a contenção física só poderá ser aceitável, se realmente se verificar que é para benefício do bem-estar e segurança da pessoa, esgotadas todas as outras medidas. Ao se utilizar esta medida por rotina incorre-se no desrespeito pelos direitos humanos, podendo-se considerar um tratamento cruel, o que vai contra o descrito no Artigo 5.º da Carta Internacional dos Direitos Humanos: “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”. E diz o CDE (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009) no Artigo 78.º “Princípios gerais 1 - As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. (...) 3 - São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”, pelo que assim se reforça o papel do Enfermeiro na defesa da dignidade e dos direitos da pessoa.

A realização de procedimentos invasivos também foi uma situação em que procurei sempre ter uma atitude de *defesa* da pessoa, pois ainda existe uma tendência a considerar que a pessoa sedada não tem dor. Neste sentido, tive uma atitude antecipatória perante as situações, de modo a garantir os direitos e a segurança da pessoa.

Efetivamente, diz-nos o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) (Circular Normativa N.º:11/DSCS/DPCD, 2008; pp. 2) que o controlo da dor deve “ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. Um dos princípios orientadores do PNCD (Circular Normativa N.º:11/DSCS/DPCD, 2008; pp. 8) é o “Direito ao controlo da dor”, estando salvaguardado que todas as pessoas têm “direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada”. Outro dos princípios do PNCD (Circular Normativa N.º:11/DSCS/DPCD, 2008; pp. 8) consiste no “Dever do controlo da dor”, estando descrito que “Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica”.

Assim, se o Enfermeiro antevê a ocorrência de um possível episódio de dor ou identifica a sua presença deve planejar e prestar cuidados que objetivem o alívio ou diminuição para níveis aceitáveis de dor pela pessoa. Tendo em conta o supramencionado, procurei assegurar o cumprimento destes princípios durante a prestação de cuidados. Como já foi referido ao longo do PIS, a dor é recorrente em unidades de cuidados intensivos, quer pelas patologias, quer pela necessidade de realização de procedimentos invasivos, pelo que deve existir uma monitorização e atenção constante da dor.

### **3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE**

Pretende-se, neste domínio, que o especialista desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte nas iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando na “conceção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional”. É também esperado que o especialista conceba, proceda à gestão e que colabore em programas de melhoria contínua da qualidade, e que crie e mantenha um ambiente terapêutico e seguro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010; pp. 6).

Pensando na qualidade do cuidado em Enfermagem, Nunes (2013; pp. 10) afirma que tal “diz respeito à procura de excelência no cuidado prestado, numa perspetiva holística da pessoa. A avaliação da qualidade dos cuidados poderá ser realizada segundo uma tríade de vertentes (estrutura, processo, resultados)”, assente numa dimensão moral, em que as pessoas têm direito a ser tratadas “pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correção técnica, privacidade e respeito” implicando uma “prestação de cuidados concreta (...) boa, (...) zelosa e competente (...) [trata-se da] associação da competência técnica, científica e moral para a prestação de um cuidado de qualidade aos níveis físico, emocional, espiritual, intelectual e social” (NUNES, 2013; pp. 10).

Numa outra análise, a qualidade remete para algo mensurável, o que implica a existência de padrões (MENDES, 2009). Assim, a OE definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), cuja sua implementação começou em 2005, visando “a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010; pp. 6). Em dezembro de 2001, a OE definiu o enquadramento conceptual e os seis enunciados descritivos dos PQCE. Os enunciados descritivos definidos são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Porém em 2011, são apresentados os PQCE Especializados em Enfermagem em pessoa em

situação crítica, que acrescentam mais um enunciado descritivo: a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. Além deste enunciado descritivo, todos os outros são aprofundados em termos do enquadramento próprio da Especialidade em EMC (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Considero que a elaboração do PIS me permitiu ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte nas iniciativas estratégicas institucionais, tendo-se inclusive tornado um dos projetos de melhoria da qualidade dos cuidados do serviço. Em simultâneo, possibilitou-me desenvolver competências em termos da concepção, gestão e colaboração em projetos que objetivam a melhoria da qualidade dos cuidados.

Na realidade, o início do desenvolvimento deste projeto proporcionou-se na mesma altura em que foi ministrada a formação em “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”, possibilitando, então, uma intervenção ativa e complementar aos projetos institucionais que visam a melhoria da qualidade dos cuidados, como também incorporar diretivas e conhecimentos neste âmbito.

Efetivamente, na minha perspetiva, este PIS tem uma relação direta com os PQCE Especializado, particularmente no âmbito da satisfação do cliente e família, no bem-estar, na prevenção de complicações, na prevenção e controlo de infeções, e na readaptação funcional, tal como já foi referido no PIS (aquando da análise SWOT).

No que diz respeito a criar e manter um ambiente terapêutico e seguro procurei fazê-lo durante a prestação de cuidados, aplicando conhecimentos adquiridos ao longo do CMEMC. Um dos aspetos sobre o qual procurei incidir foi relativamente à preparação de injetáveis, por considerar que algumas práticas neste âmbito deviam de ser revistas, nomeadamente, o evitar deixar uma agulha com tampa inserida num frasco de medicação para usos múltiplos, visto que de acordo com a bibliografia tal procedimento permite uma propagação direta de microrganismos no frasco e contaminação do conteúdo (Grau de evidência de Categoria II - Recomendado com base em fundamentação teórica e evidências sugestivas, descritivas) (HUTIN *et al.*, 2003). Por este mesmo motivo realizei um poster com esta temática (ver Apêndice IX), visando a melhoria da prática e, conseqüentemente, a diminuição do risco de infeção associado a este procedimento, promovendo assim a qualidade dos cuidados. Para tal, foi estabelecida parceria com o elo de ligação do serviço ao Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), e após o aval da Enfermeira Responsável do serviço, foi divulgado o poster à equipa de Enfermagem.

Efetivamente, os conhecimentos adquiridos relativamente à gestão do risco, foram imprescindíveis para a garantia de um ambiente seguro, dado que os conhecimentos adquiridos quer em aulas, quer em estágio, permitiram-me o desenvolvimento de um olhar mais atento em relação aos riscos do ambiente e decorrentes do exercício da prática.

Assim, considero este um dos domínios de competência que mais tive oportunidade de desenvolver ao longo do Estágio I, II e III.

### **3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS**

Espera-se por parte do mestrando que neste domínio seja capaz de gerir “os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e que adapte “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010; pp. 7-9).

Efetivamente, a gestão dos cuidados requer o desenvolvimento do trabalho em equipa, enquanto competência e instrumento básico da profissão de enfermagem, que é cada vez mais enfatizado devido à evolução e à complexidade que se vive nos contextos de prestação de cuidados. Esta competência está presente em qualquer âmbito da atuação do enfermeiro quer seja na prestação e gestão de cuidados, na investigação ou no ensino. De facto, os instrumentos básicos de enfermagem são “um conjunto de conhecimentos e habilidades que o enfermeiro deve possuir para o seu eficiente desempenho profissional”, e “o trabalho em equipa é um instrumento básico que além de estar intimamente relacionado com a prática de enfermagem possui aspectos da relação interpessoal” (cit. MATHEUS, 1995; pp.13-14).

Numa outra análise, como defende Ferreira (2012; pp. 70), a “necessidade de desenvolver habilidades de liderança e estratégias de gestão na enfermagem, no sentido de influenciar ideias e ações de forma positiva para que as pessoas trabalhem entusiasticamente para obter objetivos comuns, nunca foi tão grande como atualmente”. Espera-se que o enfermeiro, dado o seu papel na gestão de cuidados, recorra a ferramentas e instrumentos de gestão, aliadas não só a uma comunicação clara e objetiva, mas também, de modo obrigatório, a conhecimentos científicos, que se desenvolvem com o exercício da prática profissional (FERREIRA 2012; pp. 70)

Quanto ao desenvolvimento desta competência, considero que em relação à gestão dos cuidados contribuí positivamente, disponibilizando-me para ajudar a equipa, partilhando conhecimentos adquiridos com as formações e estágios realizados ao longo do CMEMC, de modo a melhorar o processo de enfermagem em todas as suas etapas e com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Na mesma medida, colaborei na tomada de decisão em equipa

multidisciplinar sempre que considere pertinente, bem como promovi um bom ambiente, estimulando o trabalho em equipa, de modo a que a gestão da prestação de cuidados fosse eficiente.

Também considero ter sido capaz de adaptar a liderança e a gestão de recursos, nomeadamente, na realização do PIS. Procurei motivar a equipa para a avaliação da dor através do reforço da sua importância na qualidade de vida da pessoa, e nas potenciais consequências da mesma se não for tratada atempadamente. Além do mais, considero que a gestão de recursos humanos foi essencial para o desenvolvimento do projeto. O recurso aos colegas da UD e à colega mestre em ciências da Dor foram imprescindíveis no desenvolvimento do projeto. Os colegas da UD pela formação estruturada e bastante completa no âmbito da Dor, e a colega pelos conselhos durante todas as etapas do projeto.

#### **3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

Este domínio de competência objetiva que se desenvolva o autoconhecimento e a assertividade e que o mestrando baseie a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Tal como Barbara Carper demonstrou o corpo do conhecimento da Enfermagem é constituído por quatro padrões de conhecimento: o empírico (ciência de Enfermagem), a estética, a ética e o conhecimento pessoal (VISON, 2000).

Todos estes padrões estão inerentes ao desenvolvimento da aprendizagem. Carper (1978) afirma que a compreensão destes padrões de conhecimento é fundamental no ensino e aprendizagem em Enfermagem, sendo que esta compreensão deve implicar uma atenção crítica à questão do que significa saber e que tipo de conhecimentos importam para a disciplina de Enfermagem. De acordo com o defendido por Carper (1978), cada padrão de conhecimento é necessário para o domínio da disciplina de Enfermagem, sendo que isolados são considerados insuficientes. Assim, a Enfermagem requer o conhecimento científico acerca dos fenómenos de saúde e doença, depende da estética para a perceção das experiências humanas significativas, implica a compreensão pessoal da individualidade do eu, e também exige a capacidade para realizar escolhas perante situações concretas através do julgamento moral.

Ao longo do percurso dos Estágios I, II e III, procurei desenvolver o autoconhecimento e percebi que em termos de relação com a pessoa e família sou assertiva e respeito os limites pessoais e profissionais. Não obstante, tenho noção que na relação multiprofissional, apesar de reagir consideravelmente bem sob situações de stresse, existem situações de potencial conflito

que exigem de mim muito controle para manter a assertividade, nomeadamente, quando a comunicação verbal e não-verbal de outros profissionais sugere que não valoriza o trabalho da Enfermagem e em que o outro ultrapassa os limites da relação profissional. Sinto que esse foi e continuará a ser um dos maiores desafios no decorrer da vida profissional.

No que diz respeito à práxis clínica especializada com base nos padrões de conhecimento, considero que foi um processo de desenvolvimento contínuo desta competência, que não terminará com o estágio e será continuado enquanto exercer a profissão, pois tenho plena noção de que os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde são constantes e, portanto, para se ser um profissional qualificado e prestar cuidados de qualidade é suposto que se façam formações e atualizações contínuas. Cada experiência, quer de formação, quer de estágio, foi fundamental para aprofundar conhecimentos na práxis clínica.

Numa outra perspetiva, com a realização do PIS pude diagnosticar necessidades formativas e agir como dinamizadora da aprendizagem no contexto. Tal implicou investigação e aplicação dos conhecimentos adquiridos na área da especialidade, bem como foi necessária a utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. A realização do PIS implica a liderança e dinamização do projeto para que todo o processo permita o desenvolvimento de uma prática clínica especializada e fundamentada com base na evidência. Neste sentido, considero ter desenvolvido de modo satisfatório o preconizado neste domínio de competência.

## **4. REFLEXÃO CRÍTICA: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

---

Neste capítulo apresenta-se a reflexão referente ao desenvolvimento do PAC, explorando-se as aprendizagens e experiências vivenciadas, de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC. O PAC objetivou o desenvolvimento das competências específicas, ficando o planeamento do mesmo à responsabilidade de cada estudante do CMEMC, e preconizou-se o seu desenvolvimento ao longo dos três estágios.

A reflexão está organizada de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na vertente da pessoa em situação crítica e na vertente da pessoa em situação crónica e paliativa.

### **4.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Neste subcapítulo será realizada a reflexão referente ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Para cada competência descrita será realizada a respetiva reflexão, respeitando a ordem apresentada.

#### **4.1.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA**

Para o desenvolvimento desta competência, procurei investir de forma proactiva através das formações realizadas em serviço, dos contributos das aulas do curso de MEMC e de forma continuada através das experiências decorrentes dos estágios.

Efetivamente é esperado que o especialista em EMC desenvolva conhecimentos e competências de acordo com as seguintes unidades de competências: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Gere a

administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010; pp. 3).

Em termos da primeira unidade de competência supramencionada, foram contributivas para o seu desenvolvimento as formações em serviço, nomeadamente, no âmbito da pessoa submetida a transplante renal (2h), técnicas de substituição renal (2h) e tratamento de feridas (5h).

Também importa salientar os contributos que pude recolher do 1º Encontro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela ESS-IPS e das 9<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico, pelo Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM).

No 1º Encontro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu dois dias (3 e 4 de julho), foram abordadas múltiplas temáticas que permitiram o desenvolvimento de conhecimentos em todas as áreas da EMC, pelo que o contributo deste Encontro foi transversal no desenvolvimento de todas as competências do especialista em EMC. Destaco, dentro das temáticas que foram apresentadas, as que possibilitaram o desenvolvimento desta competência: as intervenções à pessoa com Dor, tendo sido abordada a Hipnose, praticada por um Enfermeiro do CHLN-HSM, tratando-se de uma medida não farmacológica para tratamento e controlo da dor pouco conhecida, mas com resultados comprovados; abordou-se também a intervenção à pessoa em situação complexa, do qual destaco a exposição realizada em relação ao cuidado à pessoa dependente de oxigenação por membrana extracorporeal - ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*) por se tratar de uma área de atuação que apenas se pode experienciar em alguns hospitais nacionais.

No que diz respeito às 9<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico, as mesmas também foram contributivas para o desenvolvimento de conhecimentos, sendo que a pluralidade de temáticas também se fez notar: a qualidade e segurança da pessoa, nomeadamente, no que diz respeito a prevenção de úlceras de pressão e aos desafios em UCI; a comunicação com a pessoa e a família em cuidados e intensivos, em que foi abordado o projeto de um colega que trabalha no Reino Unido, que com outros parceiros, construiu um instrumento que permite à pessoa comunicar, quando a comunicação verbal está comprometida, e também foi apresentado o projeto de acolhimento à família que está a ser realizado no SMI, nomeadamente, na Unidade de Cuidados

Intensivos Médico-Cirúrgicos; foram discutidas as questões relacionadas com a nutrição na pessoa em situação crítica; houve também um espaço dedicado aos desafios em UCI, em que foram realizadas exposições relativas à reabilitação da pessoa em ECMO e à monitorização da pessoa em situação crítica com patologia do foro neurológico; por fim, foram realizadas apresentações relativas à doação de órgãos, nomeadamente, a experiência de uma colega que trabalha numa UCI, que abordou os cuidados de Enfermagem ao dador e fez menção às questões relacionadas com a avaliação morte cerebral, bem como foi realizada a exposição por um colega espanhol, demonstrando uma realidade diferente da nacional, em que os critérios de inclusão e a abordagem à pessoa no pré-hospitalar são realizadas sempre com vista à possibilidade da pessoa (que se apresente em assistolia e não se consiga reanimar) ser um possível dador.

Além destes contributos, efetivamente os estágios em si foram fundamentais e determinantes para um desenvolvimento sólido desta competência.

No local onde realizei os estágios tive oportunidade de vivenciar inúmeras situações de instabilidade e risco de falência orgânica. Efetivamente, o facto da UCI onde desenvolvi os estágios ser uma unidade polivalente, permitiu inúmeras experiências diferentes de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pois o foro patológico que motiva o internamento na unidade é muito variado, o que torna a prestação de cuidados um desafio diário e uma aprendizagem contínua para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Todas as oportunidades permitiram colocar em prática conhecimentos relativos à falência multiorgânica, ao qual se associa a componente técnica necessária para a manipulação de dispositivos médicos de substituição de órgãos e de vigilância hemodinâmica. Inerente a cada situação estão sempre presente protocolos terapêuticos complexos e específicos, o que se torna também num desafio e numa aprendizagem enriquecedora. Porém, importa salientar que é indispensável a humanização dos cuidados num ambiente tão tecnicista, que promova a relação terapêutica com a pessoa e família.

Devo destacar a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica dependente de oxigenação por membrana extracorporal por pneumonias, nomeadamente, a *Legionella pneumophila*. Foi uma experiência enriquecedora, dada a complexidade dos protocolos terapêuticos associados, bem como a exigência técnica inerente e é requerido ao Enfermeiro que estabeleça uma relação de ajuda com a família, para conseguir desenvolver estratégias com a mesma para lidar com a situação, tendo em conta que é considerado um tratamento de última linha. A quantidade de dispositivos médicos que envolvem a pessoa é tal, que a própria família, por vezes, tem dificuldade em reconhecer o seu familiar, pelo que nos compete conferir conforto

ao cuidado à pessoa e à família, num ambiente marcado pela necessidade tecnológica, visando a humanização dos cuidados.

Efetivamente, ao se falar na humanização dos cuidados “traz-se à tona que esta abarca relações interpessoais éticas numa dinâmica que envolve potencialidades do ser humano, ao abordar a questão da criatividade e sensibilidade, e um compromisso com o respeito à singularidade do outro, assim como sua cidadania. Nesse sentido, o conceito de humanização articula-se ao de cuidado, contribuindo para a ciência da enfermagem.” (ARAÚJO & FERREIRA, 2011; pp. 288). Posto isto, importa que o objetivo da prestação de cuidados seja o conforto da pessoa e da família. Kolcaba (2002) defende que os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem ter em consideração, na prática profissional, os três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e os quatro contextos (físico, psico-espiritual, ambiental e socio-cultural), visando prestar cuidados de conforto de modo proativo, tendo por fim a recuperação/melhoria do estado de saúde, sendo que a prestação de cuidados de conforto ocorre em qualquer contexto e em qualquer população. Desta forma, pensando nas experiências descritas, é a prestação de cuidados de conforto à pessoa e família numa perspetiva holística que, do meu ponto de vista, permitirá a humanização dos cuidados, sobretudo num meio tão tecnicista.

Numa outra análise, é também necessário o desenvolvimento de aptidões comunicacionais de modo a conseguir ser-se realista face à situação, mas sem retirar a esperança, demonstrando-se disponibilidade para ouvir a pessoa, embora por vezes o silêncio e o conferir espaço ao outro para estar com o seu familiar também sejam necessários na gestão da situação. Uma vez que cada caso é único e singular e devem ser avaliadas as necessidades específicas de cada elemento da família.

Tendo em conta o supracitado, posso dizer que a experiência proveniente do estágio permitiu o desenvolvimento das unidades de competência que constituem esta competência.

Por outro lado, devo referir ainda a formação no âmbito da Dor, concretamente em Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor (44h), permitiu aprofundar conhecimentos, não só para a aplicação em contexto prático, mas também para consecução do PIS. Como já foi explorado anteriormente, a dor está presente quer pela situação patológica que motivou o internamento numa unidade de cuidados intensivos, quer pela necessidade de utilização de técnicas invasivas no tratamento e monitorização, o que implica uma avaliação sistemática para tratamento e controlo da dor, eficaz.

Relembrando o que já foi dito, a dor não se limita à componente física, é multidimensional, pelo que a dor emocional e espiritual da pessoa e da família também foram uma preocupação

durante a prestação de cuidados, sendo algo recorrente e de forma bastante marcante pela tipologia do serviço onde realizei os estágios.

Efetivamente, a gestão da dor e do bem-estar são uma preocupação constante na prestação de cuidados, devendo ser abordada em contexto multidisciplinar. A relação que se estabelece com a equipa multidisciplinar é fundamental em prol do bem-estar da pessoa. Embora para muitos elementos da equipa multidisciplinar o recurso à farmacologia seja a forma de eleição no tratamento da dor, existe toda uma componente psicológica/emocional, que nem sempre pode ser tratada apenas com recurso a fármacos. A presença da família, a humanização do meio envolvente e a possibilidade de contactar com o mundo externo são também imprescindíveis, e procurei na minha prestação ter em conta estes aspetos e reforçar junto da equipa multidisciplinar esta necessidade. Relembro novamente, a teoria do conforto de Kolcaba (2002), quanto à necessidade de se prestar cuidados de conforto visando o alívio, neste caso da dor, quer no contexto físico, quer no contexto psico-espiritual, ambiental e socio-cultural.

Assim, durante o decorrer do estágio pude aplicar os conhecimentos adquiridos na formação e nas aulas do CMEMC, permitindo o desenvolvimento desta unidade de competência.

Num outro âmbito, encontra-se a gestão do risco inerente à prática quotidiana, que também foi trabalhada neste estágio, tendo para tal contribuído em grande parte o estágio na Comissão da Gestão do Risco (16h) de um Centro Hospitalar de Lisboa. Este estágio, apesar de curta duração, permitiu-me desenvolver uma nova forma de olhar para os múltiplos riscos diários a que quer as pessoas, quer os profissionais estão sujeitos. Considero que devido ao modo como são geridas as prioridades (mais especificamente, a necessidade ventilação e estabilização hemodinâmica), muitas vezes não se pára para pensar e avaliar com objetividade o potencial de risco associado à prática quotidiana, ou pelo menos não tantas vezes quanto as necessárias. Muitas são as situações em que podem ocorrer consequências graves para mais do que um dos intervenientes nas ações. Se já anteriormente existiam situações que me preocupavam diariamente, o leque de situações cresceu significativamente. Considero que se deve procurar enraizar uma cultura sólida de gestão de risco em cada instituição, porém compete a cada um de nós zelar diariamente pela segurança de todos.

Durante a realização deste estágio pude consolidar os conhecimentos adquiridos nas aulas do CMEMC correspondentes à temática, através da observação de como se aplicam na prática, tendo-me sido explicado todo o funcionamento da comissão. Foi-me dada a possibilidade de acompanhar a avaliação de risco de uma UCI, o que me fez refletir nos riscos que nos rodeiam diariamente. Quando não estamos despertos para os riscos que nos circundam, não temos a

noção do quão facilmente poderá ser comprometida a segurança da pessoa, bem como dos profissionais de saúde.

Mais uma vez, remetendo para Kolcaba (2002), a autora afirma que o hospital/instituição de saúde deve assegurar condições, tais como, tempo, energia, concentração e reforço positivo aos profissionais, para uma prestação de cuidados que vise o conforto da pessoa, numa perspectiva holística. Para a autora, a segurança no meio hospitalar não se deve limitar à perspectiva da consecução de condições para evitar o dano, mas deve antes objetivar a reunião de condições para assegurar o conforto da pessoa e família e permitir que estas se sintam fortalecidas para o processo de recuperação/melhoria do estado de saúde ou para uma morte digna. Kolcaba (2002) refere ainda que todo este processo passa por uma cultura institucional em que todos os profissionais têm um papel ativo nas tomadas de decisão referentes aos diversos aspetos relacionados com a gestão hospitalar, defendendo também a criação de um ambiente que permita aos profissionais sentirem-se apoiados e onde as suas necessidades de conforto também são tidas em consideração. Com a realização do estágio nesta Comissão de Gestão do Risco, pude constatar que existe um forte empreendimento para assegurar o conforto da pessoa e dos profissionais, o que implica um trabalho contínuo na criação de condições para tal, onde se procura a intervenção dos profissionais de todos os serviços, através de elos de ligação.

Efetivamente, a gestão do risco é uma área vasta, que engloba as condições das estruturas físicas, a organização do ambiente, incorpora também as questões de risco relacionadas com as infeções, úlceras de pressão, administração de terapêutica e hemoderivados, ou seja, todas as questões que coloquem em risco quer a pessoa, quer os profissionais. No local onde estagiei existe uma preocupação muito direcionada para as questões relacionadas com a infeção e as úlceras de pressão. Existem grupos de trabalho para o desenvolvimento de projetos no âmbito do controlo de infeção e foi já realizada formação relativamente à prevenção de úlceras de pressão. Além disso, são efetuadas auditorias frequentes, verificando-se uma baixa incidência de úlceras de pressão resultantes do internamento nesta unidade (cerca de 1%)<sup>10</sup>.

Durante o estágio, uma das situações que senti necessidade de abordar várias vezes entre os pares foi para o uso de balões de ropivacaína por bomba infusora, que facilmente podem ser confundidos com outro medicamento, o que acarreta graves consequências (risco de morte) para a pessoa. Por forma a diminuir a probabilidade de erro sugeri que a administração fosse

---

<sup>10</sup> Informação fornecida pela Sra. Enfermeira Responsável

realizada por seringa infusora e colocada no lado oposto às restantes seringas infusoras de forma a minimizar o risco, tendo sido visível uma mudança gradual desta prática por parte da equipa.

Outra situação prende-se com a existência de cabos de alimentação e múltiplas tomadas elétricas em locais que incorrem em risco de queda dos profissionais e em risco de curto-circuito/eletrocussão, sendo que procurei sempre que houvesse o cuidado de organizar estes cabos de forma a minimizar estes riscos.

Na avaliação de risco que fiz do serviço, considerei que era urgente a criação de um meio de comunicação, rápido e eficaz, entre a unidade de intermédios e a unidade de intensivos, que estruturalmente se encontram distantes. Em situação de emergência não é fácil a comunicação entre os profissionais que se encontram nestes espaços tão distantes. Desta forma, e recorrendo aos conhecimentos adquiridos, realizei um trabalho objetivando minimizar esta situação. Após perceber que existia um sistema de campainhas que permitia não só servir de campainha, mas também de sistema de alerta, elaborei um documento com as indicações do funcionamento da mesma, formar os colegas e programar sessões de simulação (ver Apêndice X).

Também no âmbito do controlo de infeção realizei uma avaliação da situação e fui proativa, mas abordarei essa temática no ponto 4.1.3.

Em suma, considero que apesar da aquisição destas competências ter sido satisfatória e ter permitido a minha evolução enquanto profissional, será necessário um investimento contínuo na formação e renovação dos conhecimentos. O cuidar da pessoa em situação crítica abrange uma diversidade de conhecimentos, que devem ser adquiridos e trabalhados continuamente na vida profissional.

#### **4.1.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO**

Em relação ao desenvolvimento desta competência pretende-se que o mestrando consiga conceber planos de catástrofe ou emergência, planear a resposta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe e que consiga também gerir os cuidados em situações de catástrofe ou emergência (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Assim, foram múltiplas as atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição de competências. No que diz respeito à dinamização de respostas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, além do suporte teórico dado nas aulas do CMEMC, houve uma

componente prática (16h) organizada pelo *Critical ESS* em parceria com a Corporação de Bombeiros Sapadores de Setúbal, que se realizou a 9 e a 16 de janeiro de 2015. Houve toda uma exposição teórica relativamente à abordagem da pessoa vítima de traumatismo e, posteriormente, realizaram-se atividades em várias bancas para colocar em prática os conhecimentos adquiridos, nomeadamente: colocação de colar cervical; mobilização da pessoa com traumatismo vertebro-medular; colocação de maca, maca pluma e maca de coquille; colocação de colete de extração.

Posteriormente, houve outra sessão teórica, vocacionada para a catástrofe e da responsabilidade da Corporação de Bombeiros, em que expuseram temáticas relacionadas com a sua atuação e a parceria que existe com os profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Seguidamente, deu-se início a um simulacro com três cenários diferentes: uma situação de acidente de viação com um veículo de quatro rodas e um de duas rodas; uma situação de tentativa de suicídio dentro de um poço; e, por fim, uma situação multi-vítima com pessoas encarceradas num prédio. O objetivo destes três cenários foi colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo das sessões e trabalhar em equipa multiprofissional, que permitiu também colocar em prática competências ao nível da liderança e dinamização de respostas em situações emergentes. Na minha opinião, foi uma experiência bastante completa em termos de permitir aos estudantes do CMEMC o desenvolvimento das unidades de competência supracitadas.

Não obstante, também tive a oportunidade de participar na construção de um plano de emergência/contingência, aquando do estágio que realizei no GCL-PPCIRA de um Centro Hospitalar da região de Lisboa, motivado pela epidemia do vírus Ébola. Na realidade, pude cooperar ativamente no plano de emergência que estavam a elaborar para os serviços de urgência (urgência central, urgência de obstetria e pediatria). Este plano objetiva que a pessoa com suspeita de ter contraído o vírus Ébola seja devidamente cuidada, sem disseminar o vírus aos profissionais e às outras pessoas que se encontrem nestes serviços, estando previstas funções específicas para cada um dos intervenientes, tendo sido criado um espaço próprio em cada uma das urgências para manter o isolamento da pessoa, até ser contactada a DGS para encaminhamento da pessoa.

Tive igualmente a preocupação de me colocar a par do plano de emergência interna do serviço, recentemente construído e em fase de validação. Procurei também ter conhecimento do que estipula a Comissão de Catástrofe e Emergência interna, que me foi possível acedendo à *intranet*. Efetivamente, constatei que é realizada uma abordagem generalizada do que a Comissão preconiza, sendo que se trata de uma comissão que se está a desenvolver mais ativamente nos últimos tempos e que se encontra a construir trabalho neste âmbito. Não obstante, na página consultada é evidente a parceria externa com os bombeiros, a Proteção Civil e a Cruz Vermelha.

De referir ainda que aquando do 1º Encontro em Enfermagem Médico-Cirúrgica também foi abordada a temática da catástrofe, com enfoque no plano distrital em caso de catástrofe e na atuação do INEM, o que também foi contributivo para o desenvolvimento desta competência.

Esta área revelou ser não só vasta e complexa, como desafiante. Foi uma das competências que permitiu uma componente de aprendizagem mais prática, tornando-se estimulante desse ponto de vista. Igualmente, permitiu a compreensão da diversidade de recursos humanos que existem e a forma como se interligam (sendo uma experiência que nem todos os profissionais de saúde têm oportunidade de experienciar), bem como foi elucidativa em relação ao papel do enfermeiro em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, quer em termos da sua ação junto da pessoa, quer do seu papel no seio da equipa multiprofissional.

#### **4.1.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA MULTIORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS**

Esta competência preconiza que o mestrando desenvolva as seguintes unidades de competência: “Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

No que diz respeito à aquisição desta competência realizei um estágio no GCL-PPCIRA (16h) num Centro Hospitalar da região de Lisboa, de modo a aprofundar conhecimentos e a aplicá-los no contexto da prática clínica, cooperando com o elo de ligação ao GCL-PPCIRA no serviço.

Este estágio permitiu-me compreender melhor o funcionamento do GCL-PPCIRA e a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do CMEMC. A experiência na realização de um plano de emergência para controlar a epidemia de Ébola no caso de haver um caso suspeito, foi muito enriquecedora em termos de observar a resolução de um potencial problema, sendo necessária organização interdisciplinar, aplicação de múltiplos conhecimentos e gestão de tempo, de modo a conseguir-se um plano de resposta em tempo útil.

Foi-me possível com esta experiência compreender o papel do enfermeiro no GCL-PPCIRA, qual tal como descrito no Parecer N.º 06 / 2013 da Mesa do Colégio da Especialidade

de Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde se afirma que o “grau de exigência do desempenho dos enfermeiros que integram [esta comissão] (...) é elevado e este vai desde a formação de profissionais, à implementação de políticas e procedimentos de prevenção e controlo de infeção, à vigilância epidemiológica preconizadas pelo [Plano Nacional de Controlo de Infeção] ou a necessária à unidade de saúde; à participação em programas de investigação relacionados com [Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde] a nível nacional e internacional”.

Com os conhecimentos adquiridos quer no CMEMC e após a realização do estágio no GCL-PPCIRA, avaliei as necessidades do serviço onde realizei o estágio e realizei o poster já supramencionado no subcapítulo 3.2. (ver Apêndice IX) direcionado para a preparação de administração de injetáveis, por considerar que aspetos importantes da prática deviam ser revistos, promovendo, deste modo, a melhoria da qualidade dos cuidados.

Mais uma vez, no 1º Encontro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, esta temática foi igualmente abordada. Foi realizada uma exposição referente à temática do controlo de infeção especial enfoque na importância das Comissões de Controlo de Infeção hospitalares e nas vias verde Sépsis, sendo também alvo de atenção as novas estratégias no controlo de infeção.

Estas experiências não só permitiram o desenvolvimento da competência, como proporcionaram uma abertura de horizontes no que diz respeito ao controlo de infeção. É uma temática vasta, em constante mudança, e que se traduz numa preocupação do quotidiano da prática profissional. Neste âmbito, o Enfermeiro desempenha um papel fundamental pela formação que tem na área, pelo que não só se deve limitar a cumprir e fazer cumprir com os princípios de controlo de infeção, como deve realizar formação contínua na área e formar pares e parceiros da equipa multidisciplinar, em prol da segurança da pessoa.

#### **4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA**

À semelhança do subcapítulo anterior, neste será apresentada a reflexão referente à aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa: cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelece relação

terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

#### **4.2.1. CUIDA DE PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA, INCAPACITANTE E TERMINAL, DOS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA, DIMINUINDO O SEU SOFRIMENTO, MAXIMIZANDO O SEU BEM-ESTAR, CONFORTO E QUALIDADE DE VIDA**

No que diz respeito ao desenvolvimento desta competência é espectável que o mestrando adquira as seguintes unidades de competência: identificar as necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, tal como dos seus cuidadores e familiares; promover intervenções junto destes e envolver os cuidadores de modo a otimizar resultados na satisfação das necessidades; e colabora em parceria com outros membros da equipa de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

O desenvolvimento desta competência foi possível, por um lado, através dos aportes teóricos lecionados no 3º semestre do CMEMC, por outro com as experiências da prática clínica.

As aulas referentes aos cuidados em fim de vida permitiram a aquisição de aportes neste contexto e que serviram de fundamentação para o contexto prática clínica. A realização dos trabalhos das UC Cuidados à Pessoa em Fim de Vida e Supervisão de Cuidados, dado terem sido trabalhados baseados num caso de uma pessoa em situação de doença crónica e incapacitante, tornaram-se igualmente enriquecedores para o desenvolvimento desta competência. O primeiro trabalho permitiu uma abordagem do caso em termos da identificação das necessidades e planeamento de intervenções, possibilitando a aplicação dos conhecimentos adquiridos no processo de Enfermagem, enquanto o segundo trabalho requereu a análise do mesmo considerando as dimensões científica, ética e deontológica e jurídica, de modo a compreender os processos de prestação de cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as vivências pessoais associadas.

Devo também referir que foi igualmente contributiva a participação no 1º Encontro em Enfermagem Médico-Cirúrgica por terem sido abordadas temáticas relativas à pessoa em situação crónica e paliativa, com especial enfoque no bem-estar, conforto e qualidade de vida, sendo de destacar a abordagem que foi realizada quanto ao cuidado espiritual e ao cuidado à pessoa em processo de luto.

No decorrer dos estágios foi possível perceber que muitas são as pessoas que padecem de doenças crónicas e incapacitantes e que, a dada altura e por diversos motivos, vivenciam

situações críticas, potencialmente reversíveis, que justificam o seu internamento em unidades de cuidados intensivos. Porém, em muitas situações a doença de base, associada a outras comorbilidades, potenciam a rápida evolução da situação crítica que levou ao internamento na unidade, apesar de todas as medidas terapêuticas instituídas. A dada altura concluiu-se que se trata de uma situação irreversível e é necessário palear e garantir uma morte digna. Tive várias oportunidades de identificar as necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e considero ter proporcionado uma morte digna, com respeito pela pessoa, pelo seu corpo e pela sua família.

As questões associadas à espiritualidade e religião não ficaram esquecidas. Uma das pessoas que faleceu, tinha demonstrado ser muito religiosa, estando já pedido o apoio religioso no serviço de proveniência. Aquando do agravamento do seu estado e tendo sido declarado que se tratava de uma situação irreversível, foi chamada a família, prestado apoio emocional, dada a oportunidade de permanecerem todos juntos do seu familiar e, dado o sofrimento que vivenciavam, creio que não pediram a presença do padre por não conseguirem pensar em nada mais do que naqueles últimos momentos, mas questionei-os por saber que a pessoa era muito ligada à religião e foi pedido o apoio religioso. Da mesma forma, procurei dentro das minhas possibilidades assegurar a privacidade da pessoa e da família, bem como a humanização do ambiente. Mesmo aquando da prestação de cuidados de conforto, tentei que a pessoa tivesse o aspeto mais natural possível, apesar de envolta estar num meio tecnicista. Creio que os profissionais tendem a habituar-se ao ambiente da unidade, nem sempre se está desperto para o quão chocante é para os outros ver o seu familiar naquele meio.

Considero ter promovido o conforto da pessoa e família, numa perspetiva holística, procurando a implementação de medidas de conforto para o alívio, a tranquilidade e a transcendência em todos os contextos, físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural, de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2002). As medidas de conforto, tais como o controlo da dor, o escutar e ajudar a planear de forma realista uma morte digna e culturalmente sensível, e o cuidado com o ambiente para promover a paz e tranquilidade, são medidas que se enquadram nos três tipos de medidas de conforto definidos pela autora: medidas técnicas de conforto, *coaching* e alimento de conforto para a alma (KOLCABA, 2002).

Efetivamente, as experiências vivenciadas demonstraram que a pessoa em situação crítica muitas vezes evoluiu rápida e desfavoravelmente, mesmo sem ter uma doença crónica ou comorbilidades associadas, e torna-se numa pessoa em situação terminal muito rapidamente. Considero estas situações as mais difíceis de lidar enquanto profissional. Na minha ótica incorrem-

se muitas vezes em práticas que apenas tornam as situações de doença mais penosas para a pessoa e família, diminuindo a qualidade de vida e interferem diretamente com a capacidade de se proporcionar uma morte digna.

Creio que a raiz do problema assenta na dificuldade em aceitar a morte como parte integrante da vida, na ideia de que em cuidados intensivos se devem esgotar exaustivamente todas as hipóteses de tratamento curativo, de modo a garantir a tranquilidade de espírito de quem tem a responsabilidade de decidir sobre os tratamentos, assegurando que tudo o que seria possível fazer pela pessoa foi de facto realizado.

Efetivamente, a situação por si só provoca stresse a toda a equipa, por outro lado tem-se uma família que não estava à espera desse desfecho. Compete aos profissionais ajudar a família a lidar com o luto, o que remete para a competência seguinte.

#### **4.2.2. ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA INCAPACITANTE E TERMINAL, COM OS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, DE MODO A FACILITAR O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ÀS PERDAS SUCESSIVAS E À MORTE**

Relativamente à segunda competência, as unidades de competência preconizam que o mestrando seja capaz: de promover parcerias terapêuticas com a pessoa com doença crónica incapacitante, bem como com os seus cuidadores e familiares; de respeitar a singularidade e autonomia da pessoa a processos de morrer e de luto; de acordar objetivos e metas de cuidados; e de reconhecer e dar uma resposta eficaz aos efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, em todos os intervenientes (cuidadores, família, membros da equipa) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

No meu local de estágio, apesar de muito direcionado para a pessoa em situação crítica, é muito comum lidar-se com a morte, mas em muitas das situações de modo rápido e inesperado, tal como já referi anteriormente, quer para o próprio quer para a família, o que dificulta o processo de facilitar a adaptação à perda e à morte.

Na minha perspetiva, pude desenvolver esta competência a par da anterior, com as mesmas experiências. É indissociável da prestação de cuidados o cuidado e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e com a sua família e/ou cuidadores, tendo em conta a sua singularidade e autonomia.

Na realidade, considero que uma das problemáticas em contextos de prestação de cuidados a pessoas em situação crítica é o facto de a comunicação com a pessoa estar

comprometida, quer pela situação de doença, quer por tratamentos que foram instituídos aquando do episódio que motivou a necessidade de cuidados intensivos (nomeadamente, a necessidade de entubação orotraqueal e a necessidade de sedação). Neste mesmo sentido, Nunes (2008) dá enfoque à questão da comunicação como meio fundamental para assegurar o respeito pela pessoa e pela sua autonomia. É necessário que haja comunicação entre os profissionais e a pessoa para que esta seja devidamente informada da sua situação e possa de forma livre e esclarecida “deliberar e decidir autonomamente” sobre o que quer para si na fase final da sua vida (NUNES, 2008).

Desta forma, como pudemos saber qual a sua vontade de modo a assegurar o respeito pela sua dignidade? De facto, o testamento vital já pode ser preenchido no Portal da Saúde, e a pessoa pode escolher o seu procurador de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Contudo até ao momento nunca houve uma formação, divulgação ou uma norma institucional no local onde fiz o estágio. Não creio que esta informação esteja devidamente divulgada à população. Assim, continua a ficar nas mãos dos profissionais o poder de decisão, que deverá ter sempre em conta os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e vulnerabilidade; o princípio da autonomia, dado o supracitado, encontra-se comprometido em muitas situações nos contextos de prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, em que por não ser possível a comunicação, a pessoa não pode decidir sobre si.

Aprofundando estes princípios para uma melhor compreensão do supramencionado, e recorrendo à autora Lucília Nunes (2008), o princípio da beneficência implica o “dever de fazer o bem, de ajudar os outros a ganhar ou a ter o que é para seu benefício”. Apesar de tudo, nem sempre a aplicação prática deste princípio é linear, visto que exige que haja uma “ponderação entre risco e benefício (...) que depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da reflexão das consequências individuais e sociais, entre outros fatores”. Por princípio da não maleficência entende-se “não fazer o mal, não causar dano”. Quanto ao princípio da autonomia este define-se como “liberdade de ação com que cada pessoa escolhe”, sendo imprescindível que as escolhas sejam feitas de forma livre e esclarecida, o que pressupõe que a pessoa tenha informação necessária para a tomada de decisão quanto às suas escolhas. O princípio da justiça determina que “situações idênticas” devem ser resolvidas de forma igual e as situações “que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças”. No que diz respeito à vulnerabilidade o conceito “liga-se à possibilidade de ser ferido, de se encontrar diminuído, fragilizado, de ter a autonomia reduzida e de precisar de ser protegido e suportado em suas decisões” (NUNES, 2008; pp. 44).

Importa lembrar, que no CDE (2009), todos estes princípios estão subjacentes no Artigo 78º, ponto “2 - São valores universais a observar na relação profissional: a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.”.

Assim, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de advogar pela garantia do respeito pela pessoa e a sua dignidade, em todos os momentos, incluindo na fase final da vida e na morte. Posso afirmar que mesmo antes dos estágios, essa já era uma preocupação na minha prática do quotidiano, porém pude alargar os meus horizontes, sobretudo no que diz respeito ao cuidar espiritual e ao cuidar da pessoa em processo de luto. Contudo, considero que não são uma esfera do cuidar fácil de gerir e concretizar. Na minha opinião, requer muita experiência e formação continuada na área, pelo que objetivo continuar a investir nesta área.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA: COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

---

Neste capítulo apresenta-se a reflexão acerca da aquisição das competências do Mestre em Enfermagem, de acordo com o perfil de competências descrito no Regulamento do CEMEC da ESS-IPS.

Cada subcapítulo que se segue corresponde a uma competência de Mestre. É esperado que o mestrando: “Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”; “Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”; “Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”; “Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”; “Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”; “Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”.

### **5.1. DEMONSTRE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CONCEÇÃO, GESTÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Em termos desta competência é esperado que o mestrando: “a) realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas; b) sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura; c) diagnostique e gire problemas e condições de saúde; d) prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada; e) inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças; f) referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados; g) avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade” (NUNES & RUIVO, 2014; pp. 4).

Durante a prestação de cuidados tive oportunidade de prestar cuidados em pessoas em situação crítica, o que requer a avaliação contínua da pessoa, mas também da família que vivencia uma experiência de crise. De facto, a família não pode nem deve ser negligenciada, devendo ser um dos focos de atenção do cuidado de enfermagem. Efetivamente, dar resposta às necessidades da família durante o período de crise pode reduzir significativamente o stresse da família (DELVA

*et al.*, 2002; PRICE *et al.*, 1991, *in* BUCKLEYA & ANDREWS, 2011). Dar resposta às necessidades da família fortalece a sua habilidade para dar apoio positivo à pessoa em situação crítica, aumenta a satisfação da família em relação aos serviços de saúde e promove a confiança junto da equipa de enfermagem (GAVAGHAN & CARROLL, 2002; HOLDEN *et al.*, 2002; HEYLAND *et al.*, 2002; JANSEN & SCHMITT, 2003, *in* BUCKLEYA & ANDREWS, 2011).

Foi-me possível prestar cuidados a pessoas com necessidade de VMI, bem como de pessoas dependentes de oxigenação por membrana extracorporal e de técnicas de substituição renal contínua por falência de múltiplos órgãos, com múltiplas patologias e comorbilidades associadas, sobretudo, relacionadas com o sistema cardiorrespiratório e sistema renal. Efetivamente, é muito frequente o internamento de pessoas em situação crítica por se apresentarem em choque séptico, choque cardiogénico e choque hipovolémico, com diferentes causas clínicas, no serviço onde realizei o estágio. Tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas no pós-operatório imediato de cirurgias de múltiplas especialidades, tais como: cirurgia vascular, cirurgia geral, otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia.

Procurei durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica implementar o processo de enfermagem de modo a conseguir proceder a uma avaliação das necessidades da pessoa e família e, conseqüentemente, para conseguir construir diagnósticos e intervenções apropriadas, quer no âmbito da enfermagem geral como da especializada. Durante a prestação de cuidados realizei uma avaliação dos cuidados, visando o cumprimento dos princípios que regem a profissão, numa constante melhoria pela qualidade dos cuidados, expressando junto da equipa as minhas preocupações nesse sentido.

Efetivamente, supervisionar os cuidados, objetivando a melhoria da qualidade, implica um conhecimento aprofundado das questões éticas, legais e científicas, que foi possível desenvolver ao longo do CMEMC, porém considero que são conhecimentos que serão continuamente desenvolvidos ao durante a vida profissional, caso a caso. Importa, neste sentido, compreender o significado de supervisão. A supervisão, tem múltiplos significados, mas neste contexto é definida como a realização de orientação que visa um determinado fim, bem como o desenvolvimento de uma prática reflexiva (SOARES & SEQUEIRA, [s.d.] *in* DEODATO, 2010). De facto, o consenso na definição de supervisão clínica não é absoluto, mas “a maioria das definições focalizam a sua atenção para determinados aspectos comuns: ensino e aprendizagem; realidades externas em mudança; ensino como principal veículo de facilitação da aprendizagem escolar; praticas inovadoras” (FORMOSINHO, 2002 *in* NASCIMENTO., 2007; pp. 10). Além de permitir o

desenvolvimento pessoal e profissional, a “supervisão também se pode tornar numa condição para a autonomia profissional, uma vez que é um momento onde deve ser trabalhada a capacidade própria para produzir conhecimento científico, para conceber instrumentos técnicos e para decidir estratégias fundamentadas a pôr em acção” (NÓVOA, 1992 *in* NASCIMENTO, 2007; pp. 10). Posto isto, verifica-se a importância da supervisão clínica de cuidados de enfermagem, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados e a assegurar o conforto da pessoa e família numa perspetiva holística, promovendo o crescimento pessoal e profissional das equipas, sendo imprescindível o conhecimento científico, continuamente desenvolvido ao longo do exercício profissional, para fundamentar a tomada de decisão.

Durante a prestação de cuidados, também foi imprescindível ter em mente a necessidade de realizar ensinamentos para a prevenção de complicações, quer à pessoa em situação crítica (quando o estado de consciência o permitia), quer à família. Os ensinamentos são essencialmente centrados no controlo de infeção, na medicação, no controlo da dor, e na necessidade de cuidados específicos de acordo com cada situação.

Da mesma forma, realizei a colheita de dados de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. Para uma prestação de cuidados individualizada, que satisfaça a pessoa e família, é necessário o conhecimento profundo da pessoa, da sua situação e também da família, de modo a conseguir dar resposta às suas necessidades e assegurar a continuidade dos cuidados. Por este mesmo motivo, ressaltou-se na norma de avaliação da Dor na pessoa em situação crítica a necessidade de inclusão da família, procurando através da família conhecer história prévia de dor ou comportamentos sugestivos de dor, pois esse conhecimento torna-se imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com Dor.

Portando, considero que esta competência foi adquirida de modo satisfatório.

## **5.2. REALIZE DESENVOLVIMENTO AUTÓNOMO DE CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS AO LONGO DA VIDA E EM COMPLEMENTO ÀS ADQUIRIDAS**

Esta competência preconiza que o mestrando “a) identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional; b) valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento” (NUNES & RUIVO, 2014; pp. 4).

Considero este um dos pontos fortes dos meus estágios, uma vez que investi na minha formação, não só na área temática da dor, mas também noutras áreas que se proporcionaram

com formações realizadas em serviço (cuidados à pessoa submetida a transplante renal, técnicas de substituição renal e tratamento de feridas).

Além do mais, durante os estágios houve necessidade de ser proactiva e autodidata no meu processo de desenvolvimento. Senti a necessidade de fazer pesquisas por forma a conseguir dar resposta às dúvidas que surgiram diariamente a cada nova experiência.

Por outro lado, os estágios que requisitei para o GCL-PPCIRA e para a Comissão de Gestão do Risco visaram o complemento dos conhecimentos adquiridos no CMEMC. Possibilitou-me a compreensão de como os conhecimentos se aplicam na prática, nas demais situações.

Numa outra análise, sendo a Enfermagem uma profissão de relação, a “regra é a incerteza e o imprevisível, uma vez que não há duas situações iguais (...), [e em que] o trabalho exerce-se numa situação de face a face com alguém que é um destinatário (...) de cuidados”, pelo que o profissional tem uma atuação que não é determinada exclusivamente “por aquilo que ele sabe”, pois o profissional “precisa de investir toda a sua personalidade e tem que fazer apelo a todos os seus recursos cognitivos e afectivos, permanentemente, a recontextualizar e a fazer apelo a saberes anteriores, mas recriando-os” (CANÁRIO, 2007; pp. 182-182). Considerando a afirmação de Canário (2007; pp. 182), de que “a educação, enquanto trabalho que o sujeito realiza sobre si próprio, é indispensável ao próprio processo de humanização”, e que “estamos condenados a aprender enquanto seres humanos, o que significa que (...) aprender é tão natural como respirar”, pelo que o investimento no desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências será uma constante ao longo da vida, por forma a garantir que possuo os recursos necessários para procurar assegurar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família.

### **5.3. INTEGRE EQUIPAS DE DESENVOLVIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE FORMA PROACTIVA**

Quanto a esta competência é esperado que o mestrando “a) aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização; b) conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção; c) sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado; d) faça gestão de casos quando aplicável; e) trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade” (NUNES & RUIVO, 2014; pp. 4-5).

Analisando o meu percurso, considero que pude desenvolver as competências descritas, essencialmente, devido à realização do PIS. Não só foi necessário o desenvolvimento e aplicação de conhecimentos para desenvolver o PIS, visando a resolução de um problema transversal no serviço, como foi necessária uma pesquisa bibliográfica que permitiu o aprofundamento de teorias de enfermagem e conceitos na área temática do PIS.

O aprofundamento de conhecimentos permitiu-me assumir um papel de consultora perante os colegas, na medida em que me consultaram para o esclarecimento de dúvidas e me pediram também, por diversas vezes, opinião na gestão de casos mais concretos em que surgiram dúvidas na avaliação da dor.

Da mesma forma, ao realizar a formação dada pelos elementos da UD permitiu que me tornasse o elo de ligação a esta unidade, criando-se uma parceria não só na consecução deste projeto, mas também com o objetivo de desenvolver mais projetos futuramente, contribuindo para a melhoria dos cuidados.

#### **5.4. AJA NO DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO E RACIOCÍNIO CONDUCENTES À CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE ARGUMENTOS RIGOROSOS**

No que concerne a esta competência, o mestrando deve ser capaz de selecionar “os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada” e de avaliar “os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico” (NUNES & RUIVO, 2014; pp. 5).

Considero que com o suporte da orientação que me foi dada pelas docentes, foi-me possível definir os meios e estratégias para a resolução do problema identificado no PIS. Por outro lado, no decorrer do estágio, durante a prestação de cuidados foi necessário desenvolver também conhecimentos e competências para permitir uma tomada de decisão fundamentada, tendo sempre por base os princípios éticos e deontológicos.

Efetivamente, na pessoa em situação crítica ocorre pensar nos princípios da beneficência e não maleficência, pelo facto de muitas vezes se incorrer no risco de proceder a tratamentos e procedimentos de risco e dolorosos, que promovem o sofrimento, sem garantia da melhoria da qualidade de vida ou da irreversibilidade da situação clínica. Torna-se eticamente uma situação difícil no seio da equipa multidisciplinar e é vivida com frequência.

A avaliação dos resultados, também foi possível com o PIS, embora não tivesse oportunidade de terminar esta fase no tempo de estágio, mas foi possível o planeamento e a

construção do instrumento. Além do mais, diariamente é requerida a avaliação de resultados decorrentes da prestação de cuidados, visando compreender as necessidades da pessoa e a eficácia das intervenções implementadas. A instabilidade da pessoa em situação crítica implica uma avaliação sistemática e que, portanto, requer a aplicação de múltiplos conhecimentos que possibilitem uma análise adequada da situação e fundamentem a tomada de decisão.

Nas situações em que a pessoa em situação crítica se encontrava com elevado grau de instabilidade, procurei realizar uma avaliação, discuti-la em equipa multidisciplinar, pesquisando informação e recorrendo a outros profissionais, sempre que senti necessidade, por forma a garantir a correta tomada de decisão, indo de encontro ao sentido ético e deontológico que é esperado do Enfermeiro.

De acordo com Nunes (2006; pp. 3-4) “Tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela não se renuncia”. Aquando da tomada de decisão são múltiplos os “factores interferem nas decisões”, e que podem ser de ordem externa ou interna, “designadamente, as emoções e o grau de autoconsciência de si”, sendo que por isso é exigido ao enfermeiro “discernimento e capacidade para ajuizar (...) [bem] como a capacidade e a obrigação de assumir os actos e as respectivas consequências”. Portanto, a tomada de decisão incorpora em si os conceitos de autonomia e responsabilidade (NUNES, 2006), pelo que, na minha ótica, todo o CMEMC me conferiu o desenvolvimento de competências e conhecimentos que me permitiram realizar um raciocínio crítico para sustentar a tomada de decisão na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

#### **5.5. INICIE, CONTRIBUA PARA E/OU SUSTENTA INVESTIGAÇÃO PARA PROMOVER A PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Nesta competência preconiza-se que o estudante de mestrado “a) analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes”; e “b) use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática” (NUNES & RUIVO, 2014; pp. 5). Também nesta competência o desenvolvimento do PIS foi fundamental para a aquisição da mesma.

De facto, a prática baseada na evidência promove a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Os Enfermeiros devem desenvolver competências que lhes permitam obter, interpretar e integrar a melhor evidência de pesquisa disponível, com os dados e observações clínicas (LARRABEE & ROSSWURN, 1999). Na área da saúde, os profissionais devem aprender a realizar

pesquisas científicas, a avaliar os resultados da investigação e efetuar uma síntese, sendo críticos neste processo. Os profissionais de saúde necessitam de questionar as suas práticas, continuamente, visando melhorar as mesmas (BARNSTEINER, 1996 *in* LARRABEE & ROSSWURN, 1999).

Assim, com a realização do PIS, foi possível o desenvolvimento desta competência, na medida em que possibilitou a identificação de uma problemática, que implicou a pesquisa bibliográfica e de estudos de investigação (nomeadamente, quanto à aplicação da escala BPS), permitindo assim o desenvolvimento de um projeto que objetivou promover a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com Dor.

**5.6. REALIZE ANÁLISE DIAGNÓSTICA, PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PARES E DE COLABORADORES, INTEGRANDO FORMAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO, AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE EM GERAL E EM ENFERMAGEM EM PARTICULAR.**

Esta competência é a única que não se apresenta subdivida no Regulamento do CMEMC (NUNES & RUIVO, 2014). Considero que a pude desenvolver no decorrer do Estágio I e II onde foi possível realizar a análise diagnóstica e planeamento da intervenção para resolução de uma problemática, que vai de encontro ao PENPCDor (DGS, 2013).

Efetivamente, este projeto vai de encontro aos princípios orientadores do PENPCDor (já descritos no subcapítulo 1.1), permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados num dos grupos específicos definidos no plano, as pessoas em situação crítica, que requerem atenção por parte dos profissionais, nomeadamente, pela incapacidade em verbalizar a Dor. De ressaltar ainda que um dos eixos de ação do PENPCDor incide na necessidade de formação, sendo que objetiva a elaboração de “recomendações sobre formação dos profissionais de saúde na área da dor e sensibilizar as ordens profissionais para a importância da formação em dor nos internatos médicos e na formação especializada em enfermagem” (DGS, 2013; pp. 5).

No Estágio III procurei desenvolver competências em termos da intervenção e avaliação da formação de pares. Efetivamente, não conseguiria desenvolver esta competência sem integrar os conhecimentos adquiridos ao longo do CMEMC. Implicou também desenvolver conhecimentos sobre investigação para aplicá-los nas fases de diagnóstico, planeamento e execução.

## 6. REFLEXÃO FINAL

---

O presente Relatório de Trabalho Projeto revelou ser um instrumento reflexivo e integrativo das aprendizagens realizadas ao longo dos Estágios I, II e III, que objetivaram a realização do PIS e do PAC, aos quais está inerente toda a aprendizagem e todos os conhecimentos adquiridos ao longo do CMEMC, visando em última instância a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em EMC e das competências de Mestre.

O percurso realizado durante os estágios permitiu-me o desenvolvimento de competências referentes quer à especialização em EMC, quer à aquisição do grau de Mestre. Na realidade, o desenvolvimento destas competências revelou-se fundamental para o meu projeto profissional, uma vez que me abriram novos horizontes e me permitiram evoluir enquanto pessoa e profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que presto ao Outro. Efetivamente, quando se prestam cuidados na perspetiva holística, é requerida a mobilização de conhecimentos e competências para dar a resposta às necessidades da pessoa para garantir o seu conforto, satisfação e bem-estar, para assegurar um ambiente seguro e a prevenção de complicações e proporcionar uma reabilitação precoce ou um fim de vida digno, ou seja, para procurar continuamente garantir a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida da pessoa e família em todos os momentos.

Considero que as aprendizagens não cessam aqui e serão um contínuo ao longo da vida profissional. Os Estágios foram a prova disso, dada a panóplia de situações. Tenho presente que a necessidade de formação será sempre uma constante, para que me sinta qualificada para a prestar cuidados de qualidade.

Não me restam dúvidas que todas as experiências e aprendizagens que permitiram o desenvolvimento das competências no âmbito da especialização em EMC serão imprescindíveis para continuar o meu percurso profissional, visando a melhoria da qualidade dos cuidados que presto.

Efetivamente, a realização do PIS foi um desafio em cada etapa, tendo sido determinante no desenvolvimento de muitas das Competências de Especialista em EMC e nas Competências de Mestre.

Com o decorrer do projeto, a temática da Dor tornou-se progressivamente mais apelativa, tendo para tal também sido contributiva a formação realizada na área da Dor pela UD do Hospital onde realizei o estágio, que explorou todas as vertentes da temática. Creio que a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica, ainda assim, é uma área que merece mais investimento do ponto

de vista da investigação em Portugal. Pela pesquisa bibliográfica realizada, em Portugal são muito poucos os estudos direcionados para a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica.

A abordagem desta temática, também me permitiu aprofundar conhecimentos no âmbito da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. A Teoria do Conforto de Kolcaba centra-se no conforto como um resultado holístico, que depende da intervenção do enfermeiro, que deve em primeira instância identificar as necessidades de conforto.

Analisando a problemática trabalhada neste projeto, a presença de dor é prejudicial para o conforto holístico e requer medidas de conforto para o seu alívio. Tal remete para o alívio em contexto físico que Kolcaba define na sua teoria, mas também tem inerente a componente psicológica e sociocultural que Kolcaba também explora. Sendo a dor um problema comum nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, incapaz de verbalizar, torna-se necessário que a mesma seja avaliada de forma objetiva pelo enfermeiro, através de um instrumento de heteroavaliação cientificamente validado. Assim, requer-se uma avaliação correta que permita ao enfermeiro intervir de modo a atingir o conforto. Dadas as repercussões que a dor não controlada pode ter no organismo, é fundamental o seu controlo para promover a recuperação e evitar o agravamento da situação clínica, e para tal é necessária uma avaliação sistematizada da dor.

Efetivamente, à medida que aprofundei conhecimentos relativos a esta teoria, correlacionei a minha prática clínica com os pressupostos da teoria. A mesma foi a base fundamental para a sustentação do projeto, permitindo orientar e suportar desde a conceção do projeto, até às ações desenvolvidas em termos da prática de Enfermagem com vista à resolução do problema identificado.

Também Patrícia Benner, com o seu Modelo de Desenvolvimento de Competências, foi importante no desenvolvimento do projeto, por me permitir compreender o estadió de desenvolvimento da equipa e, desta forma, delinear as estratégias para assegurar uma intervenção eficiente junto da equipa de Enfermagem.

Como se verificou, uma parte bastante significativa do tempo de Estágio I e II foi atribuída à formação na área da dor, por ter surgido essa oportunidade e coincidir com a área temática do PIS. No Estágio III, procurei manter o investimento atribuído a cada projeto de modo a conseguir atingir os objetivos propostos, sendo que neste sentido, considerei muito satisfatórios os estágios realizados no GCL-PPCIRA e na Comissão de Gestão de Risco, bem como as atividades desenvolvidas pelo *Critical ESS* no âmbito da urgência/emergência, trauma, catástrofe e cuidados pré-hospitalares em parceria com a Corporação de Bombeiros Sapadores de Setúbal.

Assim, as experiências decorrentes dos Estágios proporcionaram-me o desenvolvimento de aprendizagens e competências que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional e têm sido úteis na prática profissional, pois ajudam-me a melhorar a prestação de cuidados e, conseqüentemente, a concorrer para a melhoria da qualidade dos cuidados, quer no que concerne à minha responsabilidade individual, quer no seio de uma equipa multidisciplinar com quem posso partilhar estas aprendizagens e experiência, objetivando um melhor desempenho de todos em prol das pessoas cuja prestação de cuidados é da nossa responsabilidade. Na minha opinião, o CEMEC proporcionou-me a abertura para novas ideias, novos modos de pensar e repensar a prática.

Considero que atingi os objetivos delineados para os Estágios e, após a reflexão realizada, sinto-me mais capacitada para definir a continuidade do meu percurso profissional. Também atingi os objetivos a que me propus para a construção deste relatório, descritos na introdução.

De referir que em termos de aspetos facilitadores durante os estágios a orientação por parte da Sra. Enfermeira Orientadora, e por parte das Professoras Alice Ruivo e Armandina Antunes, bem como a receptividade da equipa de enfermagem para com o PIS. Como aspetos dificultadores a dificuldade que tive em gerir o tempo entre o horário do trabalho, as horas de estágio e os dias de aulas, bem como com as horas de formação, por haver uma sobreposição de horários.

Devo referir também que a fase de execução, implicou uma alteração do planeamento inicial, o que senti como um constrangimento pessoal por não ter sido possível cumprir com o cronograma, mas por outro lado, não deixou de se tornar numa situação de aprendizagem em termos da adaptação às adversidades. Porém, visto que darei continuidade ao projeto, poderei realizar as auditorias, trabalhar os resultados e considerar novas formas de intervenção, para a melhoria contínua da qualidade, dando resposta às necessidades/sugestões da equipa de Enfermagem.

Em suma, tratou-se de um caminho, que nem sempre foi fácil, mas que permitiu o meu crescimento pessoal e profissional, abrindo-me a mente para novos horizontes e perspetivas. Espero continuar a crescer profissionalmente, buscando continuamente na prática clínica atingir a excelência do cuidar, tornando-a um hábito.

## 7. BIBLIOGRAFIA

---

### 7.1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Flávia Pacheco de; FERREIRA, Márcia de Assunção – Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 64(2). Março-abril 2011.
- BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70, Lda., 1995. ISBN 972-44-0898-1.
- BATALHA, Luís *et al.* – Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 9 – março de 2013.
- BENNER, Patricia – *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. 1ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- CANÁRIO, Rui – *Aprendizagens e Quotidianos Profissionais*. In RODRIGUES, Ângela *et al.* – *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados*. 1ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2007. ISBN: 978-972-8930-35-6.
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTE, José; FILLION, Françoise – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. 1ª Edição, Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FREIRE, Adriano – *Estratégia - Sucesso em Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo, 1997. ISBN 972-22-1829-8.
- GERMANO, Ana *et al.* – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- HUTIN, Yvan *et al.* – Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. *Bulletin of World Health Organization*. ISSN 0042-9686. Vol. 81, n.º 7, 2003.
- KOLCABA, Katherine – *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. [s.l.]: Springer Publishing Company, 2002. ISBN 9780826116338.
- LIMA, Deolinda – *Neuroanatomia da dor*. In RICO, Toscano; BARBOSA, António – *Dor: Do neurónio à pessoa*. 1ª Edição, Lisboa: Permanyer Portugal, [s.d.]. ISBN: 972-733-013-4.
- MACHADO, Humberto – *Manual de Anestesiologia*. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-972-757-870-2.
- MARC, Edmond; GARCIA-LOCQUENEUX, Jacqueline – *Guia de Métodos e Práticas em Formação*. 1ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget, 1995. ISBN: 972-8329-62-8.

- MATHEUS, Maria Clara Cassuli – O trabalho em equipe: um instrumento básico e um desafio para a Enfermagem. *Revista da Escola Superior de Enfermagem de São Paulo*. ISSN 0080-6234. Vol. 29, nº1., 1995; pp. 13-25.
- MEIGNANT, Alain – *A Gestão da Formação*. 2ª Edição, Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2003. ISBN: 972-20-1608-3.
- NASCIMENTO, Carla – *Docentes de Enfermagem: Necessidades de Formação em Supervisão Clínica*. In RODRIGUES, Ângela et al. – *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados*. 1ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2007. ISBN: 978-972-8930-35-6.
- NUNES, Lucília – Esboço de clarificação de alguns tipos de normas. *Nursing*. Novembro, 1999. Nº 139. pp. 44-46.
- NUNES, Lucília – *Ética: Raízes e Florescências, Em Todos os Caminhos*. 1ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2009. ISBN: 978-972-8930-47-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. OE, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- POCINHO, Margarida – *Metodologia de Investigação e Comunicação de Conhecimento Científico*. 1ª Edição, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-916-7.
- PUNTILLO, Kathleen *et al.* – Evaluation of Pain in ICU Patients. *Chest*, Abril de 2009. Vol. 135, n.º 4.
- QUEIROZ, Ana Albuquerque – *Investigar para compreender*. 1ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2007. ISBN: 978-972-8930-38-7.
- SALE, Diana – *Garantir da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. 1ª Edição, Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1998.
- SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet – *Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN: 972-8383-52-5.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. ISBN: 972-8383-74-6.
- VISON, Judith A. – Nursing's Epistemology Revisited in Relation to Professional Education Competencies. *Journal of Professional Nursing*. Janeiro/fevereiro 2000. Vol. 16, n.º 1. Pp 39-46.

## 7.2. REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- AMERICAN SOCIETY OF CRITICAL CARE NURSES – *Assessing Pain in the Critically Ill Adult*. [s.l.], 2013.  
Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/assessing-pain-critically-ill-adult.pdf> (28/03/2014, 09h35).
- BUCKLEYA, Patricia; ANDREWS, Tom – Intensive care nurses' knowledge of critical carefamily needs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2011. N. ° 27.  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt> (15/07/14, 19h20).
- CARPER, Barbara – Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Aspen Publishers, Inc.* [s.l.]. 1978. pp23-32.  
Disponível em: [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf) (12/03/14, 23h19).
- Circular Normativa N°: 09/DGCG. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral de Saúde, 2003.  
Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx> (14/03/2014, 10h15).
- Circular Normativa N°:11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direção-Geral da Saúde, 2008.  
Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>. (14/03/2014, 10h05).
- DECLARAÇÃO DE MONTREAL – *Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right*. [s.d.]  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt/> (10/06/2014, 23h50)
- DEODATO, Sérgio – Supervisão De Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem. *Percursos*. ISSN: 1646-5067. N.º 18. 2010. pp. 3-7. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n18.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf). (17/11/2014, 16h05).
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Carta dos Direitos do Doente Internado*. [s.d.].  
Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado-pdf.aspx>. (22/12/2014, 17h03).
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa, 2013.  
Disponível em: <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>. (14/03/2014, 10h35).

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa, 2001. ISBN 972-9425-95-7.  
Disponível em: [http://www.aped-dor.com/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Plano\\_Nacional\\_de\\_Luta\\_Contra\\_a\\_Dor.pdf](http://www.aped-dor.com/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf). (09/06/2014, 15h25).
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Orientação nº 021/2011, 2011.  
Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=20464> (16/07/14, 9h10).
- Ficha Informativa sobre Direitos Humanos N.º 2 – *Carta Internacional dos Direitos Humanos*. [s.l.], [s.d.].  
Disponível em: [http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha\\_Informativa\\_2.pdf](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf) (10/06/2014, 23h00)
- FERREIRA, Maria Manuel Frederico – *Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias*. 1ª Edição. Coimbra, 2012. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/rc/> (30/09/2015, 23h55)
- International Association of the Study of Pain – *Classification of Chronic Pain*. Seattle, Maio, 2012. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> (09/03/2014, 23h30).
- JUNIOR, Antonio Paulo *et al.* – Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Medicine Journal*, 2008.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v126n4/03.pdf> (14/03/2014, 12h30).
- KASTRUP, M. *et al.* – Key Performance Indicators in Intensive Care Medicine. A Retrospective Matched Cohort Study. *The Journal of International Medical Research*, 2009.  
Disponível em: <http://imr.sagepub.com/content/37/5/1267.full.pdf> (27/04/2014, 21h20).
- LARRABEE, June; ROSSWURM, Mary Ann - A Model for Change to Evidence-Based Practice. *The Journal of Nursing Scholarship*. ISSN 1527-6546. Volume 31(4), Fourth Quarter 1999. Pp. 317-322.  
Disponível em: <http://bmhlibrary.info/ld18026059.pdf> (05/05/14, 14h30).
- MENDES, GORETI - A Dimensão Ética do Agir e as Questões da Qualidade Colocadas Face aos Cuidados de Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN: 0104-0707 (versão online). Vol. 18, n.º 1. 2009. Pp. 165-169.  
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>. (14/07/14,21h45).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Testamento Vital*. Portal da Saúde, [s.l.], 2014.  
Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/testamento+vital/testamento+vital.htm> (29/04/2015, 22h00).

- NATÁRIO, Adriano *et al.* – *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.  
Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> (08/04/2014, 11h30).
- NUNES, Lucília - Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. [s.l.]: II Congresso Ordem dos Enfermeiros, 2006. pp. 1-12.  
Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_Co mLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_Co mLN.pdf) (22/03/14, 14h30).
- NUNES, Lucília – Competências Morais dos Profissionais de Enfermagem: «Cinco estrelas» Revisitadas. Leiria-Pombal, 2013. [s.l.].  
Disponível em:  
[http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20p rofissionais%20de%20enfermagem\\_LN%20Out%202013.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20p rofissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf). (23/03/14, 12h04).
- NUNES, Lucília – *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem, 2013. ISBN 978-989-98206-1-6.  
Disponível em:  
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%2 0academica%20em%20enfermagem.pdf>. (04/05/2014, 23h10).
- NUNES, Lucília *et al.* – *3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia de Curso, 1º Semestre*. Setúbal, 2013.  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (01/03/14, 21h30).
- NUNES, Lucília – Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 2008. 16(1): 41-50.  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt/> (disponibilizado pela autora). (04/03/2015, 21h45).
- NUNES, Lucília; MARTINS, Lurdes; LOPES, Joaquim – *Guia de Curso do 3º Semestre*. Setúbal, 2014.  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (03/11/14, 19h00).
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice; LOPES, Joaquim – *Guia do Curso 2º Semestre*. Setúbal, 2014.  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (01/03/14, 21h30).

- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Setúbal, 2014.  
Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (07/04/14, 12h00).
- NUNES, Lucília – Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Responsabilidade Profissional: VIII Seminário de Ética*. 2008. ISSN 1646-2629.  
Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_29\\_Maio\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_29_Maio_2008.pdf).  
(14/07/2014, 22h45).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa, 2009.  
Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>  
(04/03/2015, 22h30).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. 2001. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> (14/03/14, 16h19).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – PPQCE. 2010.  
Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/PadroesdeQualidade.aspx>.  
(14/03/14, 15h28).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, 2010.  
Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx> (10/03/14, 15h00).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, 2010.  
Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx> (10/03/14, 15h00).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. 2011.  
Disponível em:

- <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>  
(14/03/14, 16h30).
- PARECER N. °06/2013 – *Pronuncia sobre Programa Prevenção e Controlo de Infeções, Resistência aos Antimicrobianos*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ordem dos Enfermeiros. 2013. pp. 1-3.  
Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC\\_Parecer\\_6\\_2013\\_ProgramaPrevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_antimicrobianos.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf) (09/05/15, 17h45)
  - PAYEN, Jean.-François *et al.* – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 2001. Vol. 29, n.º12.  
Disponível em:  
<http://www.consensusconference.org/data/upload/consensus/1/pdf/787.pdf> (17/03/14, 10h30).
  - RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília – Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. *Percursos*, 2010. ISSN 1646-5067.  
Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf) (10/03/14, 9h35)
  - SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. [s.d.], [s.l.].  
Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao\\_dor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf)  
(14/03/2014, 10h25).
  - YOUNG, Jeanne *et al.* – Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2006. N.º 22, 32-39.  
Disponível em:  
<http://www.consensus-conference.org/data/upload/consensus/1/pdf/1670.pdf> (17/03/14, 11h00).

### 7.3. OUTRAS REFERÊNCIAS

- ROCHA, Maria *et al.* – *Manual de Integração*. Lisboa, 2014.
- <http://pt.kioskea.net/contents/581-diagrama-de-gantt>
- Frase em: <http://pensador.uol.com.br/> (09/06/2014, 15h00).

# APÊNDICES

# APÊNDICE I

- QUESTIONÁRIO -



## QUESTIONÁRIO

O presente questionário surge no âmbito da realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), integrado no Estágio I e II do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A área temática que se pretende abordar é a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica.

Este PIS está a ser desenvolvido por mim, Joana Mestrinho, sob a orientação da Sra. Enfermeira Maria e da Professora Doutora Alice Ruivo.

As questões colocadas são na sua maioria questão fechadas, apenas duas permitem múltiplas respostas (embora só deva responder a essas questões, quem for orientado para tal, de acordo com as respostas). Na questão 2 e 3 poderá responder a ambas. O preenchimento do questionário não demorará mais de 10 minutos.

Asseguramos que o anonimato das suas respostas será garantido. Os questionários serão anónimos e distribuídos a todos os membros da equipa de enfermagem do serviço. Após o preenchimento dos questionários poderá depositá-los no local apropriado para o efeito, na sala de trabalho do serviço.

Agradecemos desde já a sua colaboração, indispensável para elaboração deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Mestrinho

963686405

1. Tempo de experiência profissional:

Menos de 1 ano                       2 – 3 Anos                       Mais de 4 Anos

1 – 2 Anos                       3 – 4 Anos

2. Qual o seu tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível III<sup>1</sup>?

Menos de 1 ano                       2 – 3 Anos                       Mais de 4 Anos

1 – 2 Anos                       3 – 4 Anos

3. Qual o seu tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível II<sup>2</sup>?

Menos de 1 ano                       2 – 3 Anos                       Mais de 4 Anos

1 – 2 Anos                       3 – 4 Anos                       Nenhuma

4. Antes de iniciar funções neste serviço, tinha conhecimento da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS)?

Sim       Não

Se respondeu negativamente passe à questão nº. 5. Se respondeu afirmativamente, responda à questão seguinte e prossiga depois para o restante questionário:

4.1. Como teve conhecimento da escala BPS? (Pode assinalar mais de uma opção)

Foi instituída no meu serviço anterior

Formação específica na área da dor

---

<sup>1</sup> Nível III – “Corresponde aos Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivistas, e em presença física nas 24h; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (NATÁRIO *et al*, 2003; pp. 8).

<sup>2</sup> Nível II – “Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acessos a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (...) pelo que deve garantir a articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso a médico permanente com preparação específica” (NATÁRIO *et al*, 2003; pp. 8).

Outro.

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Considera importante obter formação na área da avaliação da dor à pessoa em situação crítica?

Sim  Não

6. Sente necessidade de ter formação relativamente à aplicação da escala BPS?

Sim  Não

7. Sente necessidade de ter formação relativamente à interpretação da escala BPS?

Sim  Não

8. A escala BPS surge no sistema de registo informático com horário pré-definido (cada 8 horas). Tem por hábito proceder ao registo da avaliação da dor com recurso ao uso da escala BPS, além deste horário, sempre que avalia que a pessoa tem dor?

Sim  Não  Às vezes

Caso tenha respondido Não ou **Às vezes** na questão anterior, responda à questão seguinte:

8.1. Quais os fatores, na sua perspetiva, que considera que afetam a realização do registo sistemático? (Pode assinalar mais de uma opção)

Falta de tempo

Esquecimento

Distração

Outro.

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada.

# APÊNDICE II

- ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO -

## ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

Total de questionários respondidos: 24

Total de elementos da equipa: 28

O diferencial entre elementos da equipa e número de questionários respondidos deve-se ao facto de um dos elementos se apresentar de licença de maternidade, outros dois elementos de férias e o outro elemento encontra-se envolvido no projeto.

### 1. Tempo de experiência profissional:

Tempo	Menos de 1 Ano	1 – 2 Anos	2 – 3 Anos	3 – 4 Anos	Mais de 4 Anos
Resultados	0	0	2	1	21

Tabela 1: Tempo de experiência profissional

■ Menos de 1 ano ■ 1-2 anos ■ 2-3 anos ■ 3-4 anos ■ Mais de 4 anos

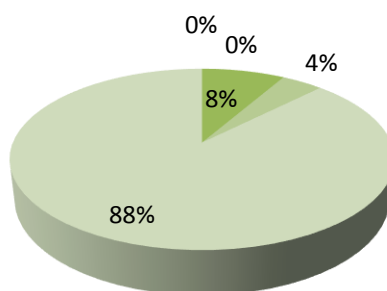


Gráfico 1: Tempo de experiência profissional (n=24)

### 2. Qual o seu tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível III?

Tempo	Menos de 1 Ano	1 – 2 Anos	2 – 3 Anos	3 – 4 Anos	Mais de 4 Anos
Resultados	13	1	2	2	6

Tabela 2: Tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível III

■ Menos de 1 ano ■ 1-2 anos ■ 2-3 anos ■ 3-4 anos ■ Mais de 4 anos

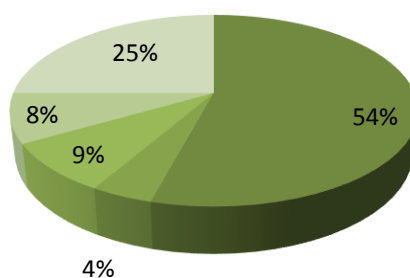


Gráfico 2: Tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível III (n=24)

3. Qual o seu tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível II?

Tempo	Nenhuma	Menos de 1 Ano	1 – 2 Anos	2 – 3 Anos	3 – 4 Anos	Mais de 4 Anos
<b>Resultados</b>	2	7	1	2	1	11

Tabela 3: Tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível II

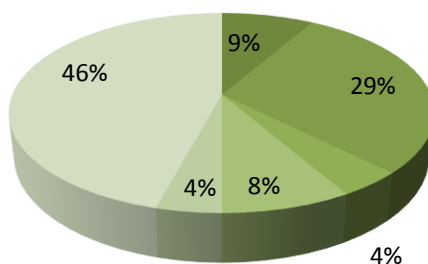
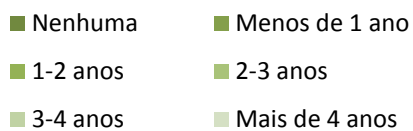


Gráfico 3: Tempo de experiência profissional na prestação de cuidados intensivos de nível II (n=24)

4. Antes de iniciar funções neste serviço, tinha conhecimento da Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS)?

	Sim	Não
<b>Resultados</b>	13	11

Tabela 4: Número de enfermeiros que conhece a Escala BPS

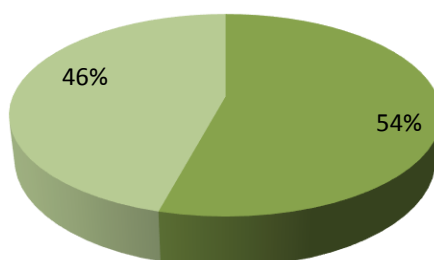


Gráfico 4: Percentagem de enfermeiros que conhece a Escala BPS (n=24)

4.1. Como teve conhecimento da Escala BPS? (Pode assinalar mais de uma opção) – Apenas válida a questão para quem respondeu Sim na questão n.º 4.

	Instituída no meu serviço anterior	Formação específica na área da Dor	Outro <sup>1</sup>
<b>Resultados</b>	9	4	2

Tabela 5: Como obteve conhecimento da Escala BPS

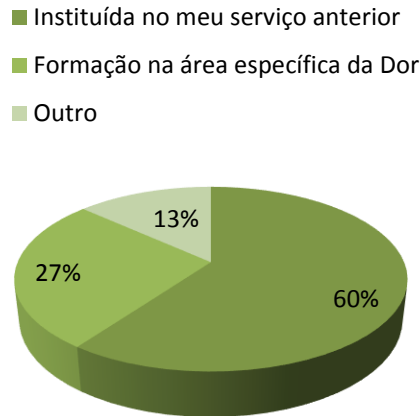


Gráfico 5: Como obteve conhecimento da Escala BPS (n=13)

5. Considera importante obter formação na área da avaliação da dor à pessoa em situação crítica?

	Sim	Não
<b>Resultados</b>	24	0

Tabela 6: Número de enfermeiros que considera importante a formação na avaliação da Dor

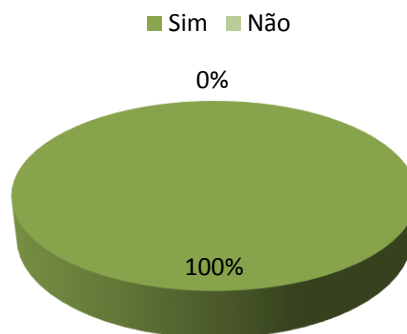


Gráfico 6: Percentagem de enfermeiros que considera importante a formação na avaliação da Dor (n=24)

<sup>1</sup> Outro: formação académica e pós-graduação

6. Sente necessidade de ter formação relativamente à aplicação da Escala BPS?

	Sim	Não
Resultados	15	9

Tabela 7: Número de enfermeiros que sente necessidade de formação na aplicação da Escala BPS

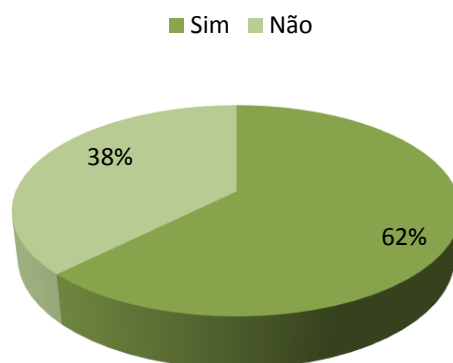


Gráfico 7: Percentagem de enfermeiros que sente necessidade de formação na aplicação da Escala BPS (n=24)

7. Sente necessidade de ter formação relativamente à interpretação da Escala BPS?

	Sim	Não
Resultados	17	7

Tabela 8: Número de enfermeiros que sente necessidade de formação na interpretação da Escala BPS

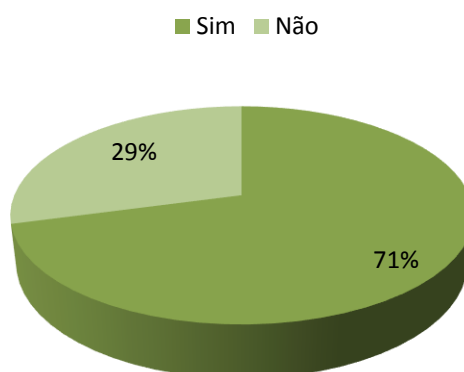


Gráfico 8: Percentagem de enfermeiros que sente necessidade de formação na interpretação da Escala BPS (n=24)

8. A Escala BPS surge no sistema de registo informático com horário pré-definido (cada 8 horas). Tem por hábito proceder ao registo da avaliação da dor com recurso ao uso da Escala BPS, além deste horário, sempre que avalia que a pessoa tem dor?

	Sim	Não	Às vezes
<b>Resultados</b>	9	0	13

Tabela 9: Número de enfermeiros que regista a avaliação da Dor com recurso à Escala BPS fora do horário preconizado

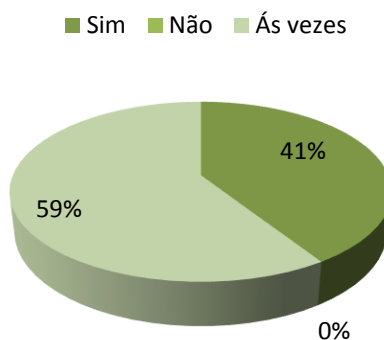


Tabela 9: Percentagem de enfermeiros que regista a avaliação da Dor com recurso à Escala BPS fora do horário preconizado (n=24)

- 8.1. Quais os fatores, na sua perspetiva, que considera que afetam a realização do registo sistemático? (Pode assinalar mais de uma opção) - questão aplicável apenas a quem respondeu **Não** ou **Às vezes**.

	Falta de tempo	Esquecimento	Distração	Outro <sup>2</sup>
<b>Resultados</b>	8	4	3	2

Tabela 9: Fatores que afetam a realização do registo sistemático

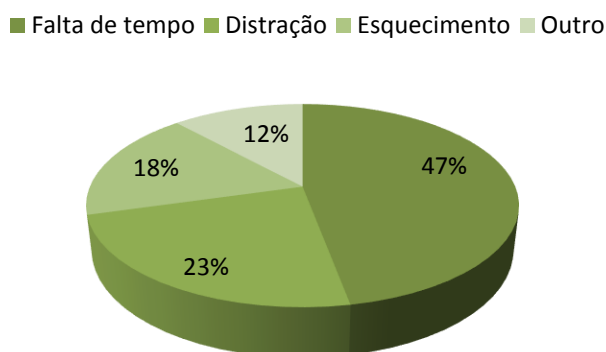


Gráfico 9: Fatores que afetam a realização do registo sistemático (n=17)

<sup>2</sup> "Doente bem analgesiado, sem dor" | "Por não ter espaço para registar que intervenções foram realizadas"

Analisando:

As três primeiras questões colocadas permitem, à luz do modelo de Patrícia Benner (2001), ter a noção do nível de aquisição e desenvolvimento de competências em que se encontra a equipa de Enfermagem.

Na primeira questão verifica-se que 88% da equipa tem quatro ou mais anos de exercício profissional, revelando-se assim uma equipa experiente, pois de acordo com os postulados de Patrícia Benner o “conhecimento...deriva do tempo de prática de uma disciplina aplicada”, sendo que por experiência se entende “um processo ativo de refinamento e alteração de teorias, noções e ideias pré-concebidas quando confrontadas com situações concretas” (TOMEY & ALLIGOOD, 2002; pp 194-195). Da mesma forma, se poderia aferir que a maioria da equipa se encontrará ao nível de proficiente e perito. Porém, ao se questionar o tempo de experiência em cuidados intensivos de nível III, verifica-se que apenas 25% se encontram ao nível de proficiente e perito, sendo que a maioria da equipa se enquadra entre o iniciado/iniciado avançado (pelo facto de as entradas terem sido faseadas e não em simultâneo) no que diz respeito a este tipo de prestação de cuidados.

Em relação à terceira questão verifica-se que a mais de metade da equipa de enfermagem é detentora de experiência em cuidados intensivos de nível II. A comparação entre os valores das Tabela 2 e Tabela 3 permitem aferir que a maioria dos profissionais da equipa tem mais experiência na prestação de cuidados intensivos de nível II, verificando-se um total de 11 elementos com experiência superior a 4 anos. Numa outra análise pode-se afirmar a existência de proficientes e peritos maioritariamente na prestação de cuidados intensivos de nível II em comparação com os proficientes e peritos em cuidados intensivos de nível III.

Assim, sendo a equipa de enfermagem constituída na sua maior parte por elementos iniciados/iniciados avançados, tendo por base o descrito no modelo de Patrícia Benner. Pode-se concluir que existe necessidade de instituir regras, objetivos e normas para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados intensivos de nível III.

Na questão 4 verifica-se que 54% dos elementos da equipa de enfermagem são conhecedores da Escala BPS. A maioria teve conhecimento da escala por ter sido instituída no seu anterior serviço (uma unidade de cuidados intensivos de nível III), e os restantes tiveram conhecimento por formações específicas na área da dor ou em contexto de formação académica pós-graduada.

Quando questionados acerca da importância de obter formação na área da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, todos os inquiridos respondem afirmativamente. Porém, na questão 6 e 7, referentes à necessidade de formação em relação à Escala BPS, 62% consideram sentir necessidade de formação na aplicação e 71% na interpretação. Comparando com os resultados na questão 4, apesar de haver já conhecimento na escala, pode-se aferir que a equipa sente necessidade formação adequada em termos a aplicação e interpretação da Escala BPS, o que conduziu a que se obtivessem resultados favoráveis à realização de formação neste âmbito

Na última questão, objetivou-se compreender, na perspetiva do inquirido, se a dor é avaliada apenas de acordo com o horário programado no sistema informático, ou se existe preocupação em registá-la de modo sistemático (sempre que a pessoa tem dor, sempre após se intervir para aliviar a dor, sempre que se realizam procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos). De acordo com os resultados, 41% respondeu que “Sim” e 59% que “Às vezes”. A principal razão apontada pelos que responderam “Às vezes” é a falta de tempo, seguida do esquecimento. Duas pessoas, que representam 12% dos respondentes, referiram ainda outros motivos: “Doente bem analgesiado, sem dor” e “Por não ter espaço para registar que intervenções foram realizadas”. Analisando a primeira citação, ao se afirmar que a pessoa está bem analgesiado e sem dor é porque efetivamente faz-se uma avaliação, além do horário

preconizado, presumivelmente por se considerar que é necessária, mas não é registada. A segunda citação pressupõe a necessidade de se modificar o programa informático onde são realizados os registos, de modo a dar visibilidade às intervenções para alívio da dor e/ou desencadeadoras de dor, como complemento do registo através da Escala BPS. Numa perspetiva de continuidade dos cuidados, poderá ser vantajoso ponderar alterações no registo informático para complementar o registo da dor.

# APÊNDICE III

- ANÁLISE DOS PROCESSOS – PLANO E RESULTADOS -

## ANÁLISE DE PROCESSOS - PLANO<sup>1</sup> E RESULTADOS

Responsável: Joana Mestrinho

Período de análise: 2 semanas

Local: UCI

Objetivo: compreender se a avaliação da dor na pessoa em situação crítica é realizada de forma sistematizada e uniformizada.

Crítérios de inclusão: todas as pessoas em situação crítica submetidas a sedação e VMI.

Crítérios de exclusão: todas as pessoas em situação crítica que verbalizem dor; quando for suspensa a sedação e a VMI.

Unidades de análise: registo da Dor com a Escala BPS (por turno de acordo com horário padronizado – 8/8h e/ou em procedimentos invasivos/iatrogénicos); critérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS; registo do nível de sedação (através da Escala Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS –, adotada pela UCI); registo das ações realizadas se BPS > 4.

Para melhor compreensão da Escala RASS<sup>2</sup>, apresenta-se a mesma em seguida:

Pontos	Termo	Descrição
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+ 3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+ 2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Os processos selecionados, que vão de encontro aos critérios estipulados, representam 53% do total de pessoas internadas durante o período de análise de processos clínicos.

<sup>1</sup> Plano elaborado com base em Fortin *et al.* (2009)

<sup>2</sup> JUNIOR *et al.*, 2008

## PROCESSO 1

Dias de ventilação/sedação: 2.

Crítérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

Dia	Registo da Dor com Escala BPS	Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)	Ações realizadas se BPS > 4
1	Turno da Noite – <u>BPS 2</u> Turno da Manhã – <b>BPS 5</b> Turno da Tarde – BPS 3	Turno da Noite – RASS -5 Turno da Manhã – RASS -3 Turno da Tarde – RASS -4	Turno da Manhã – Aumentada a sedação e analgesia (no turno da Tarde suspende sedação e aumenta analgesia)
2	Turno da Noite – BPS 3	Turno da Noite – RASS -2	

Tabela 1: Registos referentes ao Processo 1

## PROCESSO 2

Dias de ventilação/sedação: 5.

Crítérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: fármacos relaxantes musculares, tetraplegia):

Sim, administração de relaxantes musculares durante os dois primeiros dias.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Sim.

Dia	Registo da Dor com Escala BPS	Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)	Ações realizadas se BPS > 4
1	Turno da Tarde – BPS 3	Turno da Tarde – RASS -5	Não aplicável
2	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Tarde – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 3	Turno da Noite – RASS -5 Turno da Manhã – RASS -5 Turno da Tarde – RASS -5	Não aplicável
3	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – <b>BPS 3 4 6*</b> Turno da Tarde – BPS 3	Turno da Noite – RASS -3 Turno da Manhã – RASS -3 Turno da Tarde – RASS -3	Turno da Manhã – em registos de enfermagem descrita avaliação da dor aquando dos cuidados de higiene, após suspensão da curarização e tentativa de desmame da sedação e analgesia, mantendo-se avaliações de BPS > 4 até ao turno seguinte. Fez toma única de metamizol, ficou com esquema de paracetamol; foi

			aumentada a sedação e a analgesia com remifentanil que já tinha instituída.
<b>4</b>	Turno da Noite – <b>BPS 4</b> Turno da Manhã – <b>BPS 4 5 6</b> Turno da Tarde – <b>BPS 7 5</b>	Turno da Noite – RASS +2 Turno da Manhã – RASS +2 Turno da Tarde – RASS +2	Turno da Manhã – suspende remifentanil, nada descrito em registos de enfermagem; mantém analgesia apenas com paracetamol. Turno da Tarde e da Noite – nenhuma descrição em registos de enfermagem; mantém analgesia apenas com paracetamol.
<b>5</b>	Turno da Noite – <b>BPS 6</b> Turno da Manhã – <b>BPS 5</b>	Turno da Noite – RASS +1 Turno da Manhã – RASS +1 Turno da Tarde – sem sedação	Turno da Noite – nenhuma descrição em registos de enfermagem; mantém analgesia apenas com paracetamol. Turno da Manhã – procedeu-se à suspensão da sedação e extubação; mantém analgesia apenas com paracetamol.

Tabela 2: Registos referentes ao Processo 2

### PROCESSO 3

Dias de ventilação/sedação: 1.

Crítérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

<b>Dia</b>	<b>Registo da Dor com Escala BPS</b>	<b>Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)</b>	<b>Ações realizadas se BPS &gt; 4</b>
<b>1</b>	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Tarde – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 3	Turno da Noite – RASS +2 Turno da Manhã – RASS +2 Turno da Tarde – RASS +2	Turno da Noite – registos de enfermagem descrevem que a pessoa esteve agitada e taquicárdica; Turno da Manhã – descrito em registo que se mantém agitada e taquicárdica, pelo que inicia propanolol e

oxazepam; suspende a sedação e a analgesia com remifentanilo, inicia paracetamol e metamizol em esquema.

Tabela 3: Registos referentes ao Processo 3

## PROCESSO 4

Dias de ventilação/sedação: 8.

Crítérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

<b>Dia</b>	<b>Registo da Dor com Escala BPS</b>	<b>Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)</b>	<b>Ações realizadas se BPS &gt; 4</b>
<b>1</b>	Turno da Tarde – BPS 5	Não aplicável. Sem sedação durante o internamento.	Nada descrito em registos de enfermagem.
<b>2</b>	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 3 Turno da Tarde – BPS 3		
<b>3</b>	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 3 Turno da Tarde – BPS 4		Nada descrito em registos de enfermagem.
<b>4</b>	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 3 Turno da Tarde – BPS 4		Nada descrito em registos de enfermagem. Inicia analgesia com paracetamol em esquema.
<b>5</b>	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 5 Turno da Tarde – BPS 4		Nada descrito em registos de enfermagem
<b>6</b>	Turno da Noite – BPS 4 Turno da Manhã – BPS 3 Turno da Tarde – BPS 3		Nada descrito em registos de enfermagem
<b>7</b>	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 6 Turno da Tarde – BPS 4		Nada descrito em registos de enfermagem
<b>8</b>	Turno da Noite – BPS 4 Turno da Manhã – BPS 4 Turno da Tarde – BPS 3		Nada descrito em registos de enfermagem

Tabela 4: Registos referentes ao Processo 4

## PROCESSO 5

Dias de ventilação/sedação: 1.

CrITÉrios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

Dia	Registo da Dor com Escala BPS	Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)	Ações realizadas se BPS > 4
<1	Turno da Noite – BPS 3	Turno da Noite – RASS -4	

Tabela 5: Registos referentes ao Processo 5

Nota importante: utilizada Escala Numérica em simultâneo com a Escala BPS

## PROCESSO 6

Dias de ventilação/sedação: 2.

CrITÉrios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

Dia	Registo da Dor com Escala BPS	Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)	Ações realizadas se BPS > 4
1	Turno da Tarde – BPS 5	Turno da Tarde – RASS -1	Nada descrito em notas de enfermagem; pessoa analgesiada com remifentanil, e inicia paracetamol e metamizol em esquema.
2	Turno da Noite – BPS 3 Turno da Manhã – BPS 3	Turno da Noite – RASS -1 Turno da Manhã – RASS 0	

Tabela 6: Registos referentes ao Processo 6

## PROCESSO 7

Dias de ventilação/sedação: 1.

CrITÉrios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

Dia	Registo da Dor com Escala BPS	Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)	Ações realizadas se BPS > 4
<1	Turno da Noite – BPS 3	Turno da Noite – RASS -4	Não aplicável.

Tabela 7: Registos referentes ao Processo 7

## PROCESSO 8

Dias de ventilação/sedação: 1.

Crítérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS (ex.: curarização, tetraplegia): Não.

Registo da Dor em procedimentos invasivos/iatrogénicos: Não.

Dia	Registo da Dor com Escala BPS	Nível de sedação (de acordo com registos escrito – Escala RASS)	Ações realizadas se BPS > 4
1	Turno da Noite – BPS 3	Turno da Noite – RASS -1	Nada descrito em notas de enfermagem.
	Turno da Manhã – BPS 7	Turno da Manhã – RASS -1	
	Turno da Tarde – BPS 3	Turno da Tarde – RASS -1	

Tabela 8: Registos referentes ao Processo 8

Analisando:

Através da análise pode-se verificar que em oito processos, apenas em um existe registo da Dor em procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos, acompanhado por um registo das ações realizadas, no Processo 2, mas em apenas um dos turnos em que se verifica a situação.

Verifica-se também o registo da Dor na pessoa submetida a administração de fármacos relaxantes musculares, desde que inicia até que termina a perfusão do medicamento. A utilização de fármacos relaxantes musculares na pessoa em situação crítica é um dos critérios que inviabiliza a aplicabilidade da escala.

Também se constata múltiplos scores superiores a 4 em vários processos, associados na maioria das situações a baixos níveis de sedação ou a sedação nenhuma. Da mesma forma não existe nenhum registo que fundamente o score ou se foram realizadas intervenções para o alívio da dor, verificando-se que a reavaliação só é realizada no turno seguinte, correspondendo ao horário programado no sistema informático.

Realizando os cálculos em percentagem (o total de situações verificadas pelo total de oportunidades observadas), verifica-se que em apenas 9,25% das oportunidades observadas foi realizado um registo de avaliação da Dor fora do horário programado, associado a procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos. Quando se verificam scores superiores a quatro, em 90,9% das oportunidades observadas não existem registos que sejam explícitos do episódio de dor, nem das intervenções realizadas para o alívio da dor.

Conclui-se que o registo da Dor na pessoa em situação crítica com recurso à Escala BPS é realizado na maioria das situações apenas de acordo com o horário programado no sistema informático. Quando se verificam scores superiores a 4, não existe na maioria das situações registos que sejam explícitos das intervenções realizadas para o alívio da dor e também é raro o registo da reavaliação da dor durante o turno.

# APÊNDICE IV

- NORMA DE PROCEDIMENTO: “AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:  
APLICAÇÃO DA ESCALA *BEHAVIORAL PAIN SCALE*” -

## **NORMA DE PROCEDIMENTO**

### **1. DEFINIÇÃO**

Procedimento de Enfermagem de carácter autónomo que consiste na avaliação da dor na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

### **2. OBJETIVOS**

#### **Geral**

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com Dor, especificamente à pessoa sedada e submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI)

#### **Específicos**

- Uniformizar a avaliação da dor na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI;
- Assegurar a correta avaliação da dor para possibilitar o tratamento e controlo eficaz da dor.

### **3. ÂMBITO**

Aplica-se a todas as pessoas em situação crítica, sedadas e submetidas a VMI que vivenciam experiências de dor no decurso do internamento, relacionadas com diversos processos patológicos, pós-operatório, procedimentos invasivos e outros.

### **4. RESPONSABILIDADE**

A avaliação da Dor é da responsabilidade dos profissionais de saúde. De acordo com a Circular Normativa Nº 09/DGCG, emitida pela Direção Geral de Saúde em 2003, *“O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”*.

O Enfermeiro, no que diz respeito às suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, e do desenvolvimento profissional, tem responsabilidade nesta área, tendo a dor como foco na qual centra a sua atenção, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente no âmbito da satisfação do cliente, no bem-estar e no autocuidado. Os Enfermeiros são os profissionais de

saúde que se encontram numa posição privilegiada em relação à pessoa, quer pela proximidade, quer pelo tempo de contato, que lhes permite intervir e promover o controlo da dor. Da mesma forma, têm o dever de advogar a alteração do plano de tratamento, quando este se revela inadequado (OE, 2008).

## 5. PRINCÍPIOS

### 5.1. DOR

A Dor é um **fenómeno fisiológico, da responsabilidade do sistema nociceptivo**, que tem uma **função vital** enquanto sinal de alarme. Incorre em sofrimento e diminuição da qualidade de vida da pessoa, bem como em complicações multisistémicas e desenvolvimento de dor crónica se não for controlada e tratada a dor aguda (DGS, 2008; AACN, 2013).

A International Association for the Study of Pain (IASP) define dor como uma *“experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”* (in MACHADO, 2013).

A dor é **subjetiva**, pois cada pessoa atribuí-lhe um significado que deriva da sua experiência pessoal perante situações dolorosas. O mesmo estímulo desencadeador de dor em pessoas diferentes terá intensidades diferentes. A dor é também **multidimensional**, pois a “experiência nociceptiva (...) transcende largamente a componente física”, sendo que a mesma pessoa com o mesmo estímulo nociceptivo pode sentir dor de intensidades diferentes, de acordo com o seu estado psicológico (MACHADO, 2013).

A dor classifica-se em aguda ou crónica:

- **Dor aguda** - limitada no tempo, é desencadeada por lesão tecidual que desaparece após a resolução da lesão. Ocorre em situações de traumatismos, processos patológicos e intervenções invasivas;
- **Dor crónica** - duração superior a três meses; tem origem num processo patológico ou lesão que se prologam no tempo devido a fatores patogénicos e físicos. Fatores emocionais, cognitivos e ambientais podem contribuir para a persistência da dor, sobretudo quando o sistema nervoso se encontra “sensibilizado”. Neste caso, a dor já não tem função protetora, é considerada uma doença de acordo com o descrito pela IASP (MACHADO, 2013).

A dor também é classificada consoante o mecanismo fisiopatológico:

- **Dor nociceptiva** - tem origem numa lesão real ou potencial de tecidos não neurais, que ativam nociceptores; pode ainda subdividir-se em somática (dor bem localizada com origem em ossos, músculos e articulações) e em dor visceral (origem nos órgãos do tórax, abdómen e pelve, habitualmente de difícil localização, dor profunda tipo cólica);
- **Dor neuropática** - deriva da lesão direta ou doença do sistema somatossensitivo, verificando-se alterações neurológicas na região afetada (MACHADO, 2013).

Não obstante, a dor pode ter origem em ambos os mecanismos fisiopatológicos (MACHADO, 2013).

A abordagem da pessoa com Dor, dada a pluralidade de mecanismos em causa na origem e persistência da dor, implica igualmente uma diversidade de técnicas de tratamento, e requer uma abordagem multidisciplinar (BASTOS, 2005).

O controlo da dor deve envolver intervenções dirigidas à sua prevenção e tratamento (OE, 2008). Quando se antevê a ocorrência de dor ou se identifique a sua presença deve-se intervir com o objetivo do alívio ou diminuição da dor para níveis aceitáveis pela pessoa. A OE (2008) estabelece, entre outras, as seguintes recomendações: *“Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa”*; *“Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração”*; *“Envolver a pessoa/cuidador principal/família na definição e reajustamento do plano terapêutico”*; *“Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”*; *“Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica”*. As intervenções não farmacológicas são classificadas em físicas (ex.: termoterapia, massagem), cognitivo – comportamentais (ex.: relaxamento) e de suporte emocional (ex.: toque terapêutico) (OE, 2008).

A dor aguda não tratada acarreta múltiplas consequências, nomeadamente:

- Provoca a resposta de stresse no organismo. Múltiplas alterações são desencadeadas nesta resposta ao stresse, envolvendo vários sistemas, tais como o neuro endócrino, o metabólico, humoral e imune. Essas alterações (como por exemplo: inflamação, hiperglicemia, catabolismo, hiperalgesia, alterações hidroeletrólíticas) visam recuperar o equilíbrio do organismo.

Quando esta situação se prolonga e intensifica torna-se contraproducente, incorrendo num agravamento clínico e aumenta o tempo de recuperação da pessoa;

- Ativa o sistema nervoso simpático, sendo que a hiperatividade simpática acarreta consequências para o organismo, tais como: o aumento do risco de isquemia do miocárdio (sobretudo em caso de patologia pré-existente); a redução da motilidade gastrointestinal e, conseqüentemente, íleo paralítico. Da mesma forma, a dor aguda, no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais, dificulta a tosse o que promove a redução dos fluxos e volumes pulmonares originando complicações respiratórias;
- Promove a ansiedade, as perturbações do sono, bem como torna propícia a desmotivação e as dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais. A pessoa com dor também apresenta menor predisposição e capacidade para iniciar programas de reabilitação, o que incorre num aumento do tempo de internamento;
- A dor aguda não controlada é um fator de risco para o desenvolvimento da dor crónica (MACHADO, 2013).

A avaliação da dor é realizada, sobretudo, através do autorrelato por se considerar ser o método mais fiável. Porém a comunicação em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) encontra-se muitas vezes comprometida pela necessidade de procedimentos/intervenções médicas para tratamento da doença, sobretudo devido à necessidade de entubação endotraqueal e medicação, acompanhada por estados alterados de consciência (KWEKKEBOOM & HERR, 2001; HAMIL-RUTH AND MAROHN, 1999; TITTLE & MCMILLAN, 1994; PUNTILLO, 1990 *in* YOUNG *et al.*, 2006). Assim, a avaliação da dor fica dependente da observação dos profissionais (PUNTILLO, 1997 *in* YOUNG *et al.*, 2006), nomeadamente da avaliação e interpretação subjetiva da equipa de enfermagem (DASTA *et. al.*, 1994; TITTLE & MCMILLAN, 1994 *in* YOUNG *et al.*, 2006). Não obstante, a família poderá ter um papel fundamental na avaliação da dor nestas situações. Dada a relação de proximidade com a pessoa, pode facultar informação relativamente a comportamentos que poderão ser sugestivos de dor (nível C<sup>1</sup>) (PUNTILLO *et al.*, 2009; AACN, 2013).

---

<sup>1</sup> Nível C – evidência através de estudos qualitativos, revisões sistemáticas de estudos qualitativos, descritivos e correlacionais ou ensaios clínicos randomizados com resultados inconsistentes (AACN, 2013).

Um estudo retrospectivo sobre os principais indicadores de desempenho dos cuidados prestados nas UCI demonstrou que a falta de registo estruturado na avaliação da dor está relacionada com a mortalidade nestas unidades, influenciando igualmente a duração da necessidade de VMI e de duração do internamento nas UCI (KASTRUP *et al.*, 2009). Neste sentido, a AACN recomenda práticas com base na evidência, sendo uma delas a realização da avaliação da Dor em pessoas em situação crítica, incapazes de verbalizar, utilizando uma escala comportamental validada, como a escala BPS (nível B<sup>2</sup>) (AACN, 2013).

## 5.2. ESCALA *BEHAVIORAL PAIN SCALE* (BPS)

Um dos instrumentos desenvolvidos para a avaliação da dor na pessoa em situação crítica, incapaz de verbalizar a dor devido à sedação e entubação orotraqueal, foi a *Escala Behavioral Pain Scale* (BPS) por Payen *et al.* (2001).

Os indicadores definidos na escala são a **expressão facial**, os **movimentos dos membros superiores** e a **adaptação ao ventilador** (PAYEN *et al.*, 2001; BATALHA *et al.*, 2013).

Cada indicador possui quatro itens de avaliação, com pontuação de 1 a 4, pelo que a pontuação varia entre 3 pontos (sem dor) e 12 pontos (dor máxima), com tempo estimado para o seu preenchimento entre 2 a 5 minutos (PAYEN *et al.*, 2001).

A Escala BPS, foi validada para a população portuguesa por Batalha *et al.* (2013) (Anexo 1). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), num estudo realizado em 2011 recomenda, de acordo com as conclusões, que a “*dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale*” (SPCI, [s.d.]).

## 6. ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO

A. A avaliação e registo da Dor, enquanto 5º sinal vital, deve ser realizada de forma contínua e regular (DGS, 2003). Deve ser realizada a avaliação da dor: no primeiro contacto com a pessoa; antes, durante e após a realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos (ex.: aspiração de secreções, mobilizações no leito), após a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas em complementaridade às primeiras (de ressaltar que uma vez que a pessoa está submetida a sedação, apenas as

---

<sup>2</sup> Nível B – estudos controlados com resultados consistentes que suportam uma ação, intervenção ou tratamento específicos (AACN, 2013).

intervenções do foro físico, como a massagem e os agentes térmicos por exemplo, são passíveis de serem implementadas); e sempre que se justifique.

- B. O registo da avaliação da Dor com recurso à Escala BPS deve ser realizado no processo informático (programa *Critical Care*®). A descrição do episódio de dor e das intervenções farmacológicas e não farmacológicas implementadas e respetiva avaliação devem ser descritas em notas de Enfermagem.
- C. A aplicação da Escala BPS invalida a aplicação das outras escalas de avaliação da dor utilizadas no serviço.
- D. **Crítérios de exclusão** para aplicação da escala:
- Utilização de fármacos relaxantes musculares (ex.: cisatracúrio, rocurónio);
  - Condição física da pessoa (ex.: astenia);
  - Tetraplegia;
  - Utilização de contensão física para segurança da pessoa (LI, PUNTILLO, MIASKWSKI, 2008, *in* BATALHA *et al.*, 2013);
  - Patologia neuromuscular (BATALHA *et al.*, 2013).
- E. Scores superiores a 4 significam a presença de dor, pelo que se deve intervir dado que a escala não permite quantificar a intensidade da dor. A escala objetiva quantificar a resposta a um estímulo nociceptivo, permitindo o ajuste da analgesia (PAYEN *et al.*, 2001).
- F. Envolver a família no procedimento: averiguar história de dor e/ou expressões faciais ou outros comportamentos sugestivos de dor.

## 7. MATERIAL

- Computador com programa *Critical Care*®
- Escala BPS

## 8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

8.1. AVALIAÇÃO DA DOR COM RECURSO À ESCALA BPS	
AÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
<p>1) Avaliar a dor com recurso à Escala BPS no momento da admissão (se sedado e sob VMI) ou logo após ser sedado e submetido a VMI;</p> <p>2) Avaliar a dor pelo menos uma vez por turno, preferencialmente no primeiro contacto com a pessoa, e sempre que necessário;</p> <p>3) Avaliar a dor antes (5-10 minutos<sup>3</sup>), durante e depois (15 minutos<sup>3</sup>) de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a necessidade de administração de analgesia com o médico responsável pela pessoa antes de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos.</li></ul> <p>4) Implementar intervenções farmacológicas e em complementaridade intervenções não farmacológicas para o alívio da dor se score <b>superior a 4</b> na Escala BPS;</p>	<p>1) Permite iniciar o plano de cuidados de enfermagem e o plano terapêutico em equipa multidisciplinar.</p> <p>2) Permite o registo sistemático da dor;</p> <p>3) Assegura a intervenção e promoção do controlo da dor;</p> <p>4) Assegura a intervenção e promoção do controlo da dor, através de intervenções autónomas e interdependentes;</p>

<sup>3</sup> (SPCI, [s.d.]).

<p>5) Avaliar a eficácia das intervenções de acordo com o tempo de ação dos fármacos e/ou vias de administração (até 30 minutos<sup>3</sup>) (as intervenções não farmacológicas, sendo utilizadas em complemento das farmacológicas devem ser avaliadas em simultâneo). Se insuficientes ponderar ajustar ou implementar novas intervenções;</p> <p>6) Envolver a família no procedimento: averiguar história prévia de dor; averiguar junto dos familiares as expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar a presença de dor.</p> <p>7) Realizar registo da Escala BPS no processo informático (em Índice/Escalas). Em notas de Enfermagem proceder ao registo/descrição dos episódios de dor, intervenções implementadas e respetiva avaliação, e história de dor e/ou expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar a presença de dor que sejam relatados pela família.</p>	<p>5) Promove o controlo da dor e bem-estar da pessoa;</p> <p>6) Promove a satisfação da família e o controlo da dor do doente;</p> <p>7) Assegura a continuidade dos cuidados.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 9. BIBLIOGRAFIA

### Referências bibliográficas:

- BASTOS, ZEFERINO – *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*. Permanyer, 2005. ISBN: 972-733-178-5.
- BATALHA, Luís *et al.* – *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 9 – março de 2013.
- KASTRUP, M. *et al.* – *Key Performance Indicators in Intensive Care Medicine. A Retrospective Matched Cohort Study*. The Journal of International Medical Research, 2009.
- MACHADO, Humberto – *Manual de Anestesiologia*. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-972-757-870-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. OE, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- PAYEN, Jean-François *et al.* – *Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral pain scale*. *Critical Care Medicine*, 2001. Vol. 29, n.º12.
- PUNTILLO, Kathleen *et al.* – *Evaluation of Pain in ICU Patients*. *Chest*, Abril de 2009. Vol. 135, n.º 4.
- YOUNG, Jeanne *et al.* – *Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2006. N.º 22, 32-39 .

### Referências eletrónicas:

- AMERICAN SOCIETY OF CRITICAL CARE NURSES – *Assessing Pain in the Critically Ill Adult*. [s.l.], 2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/assessing-pain-critically-ill-adult.pdf> [28 de maio de 2014, 9h35].
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa Nº: 09/DGCG. 2003. Disponível em: [http://www.apir.pt/images/documentos/dor\\_5\\_sinal\\_vital/Circular\\_Dor\\_5\\_Sinal\\_Vital.PDF](http://www.apir.pt/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF) (14/03/2014, 10h15).
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Plano Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD. 2008. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf> (14/03/2014, 10h05).
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. [s.d], [s.l.] Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao\\_dor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf) (14/03/2014, 10h25).

## ANEXO I













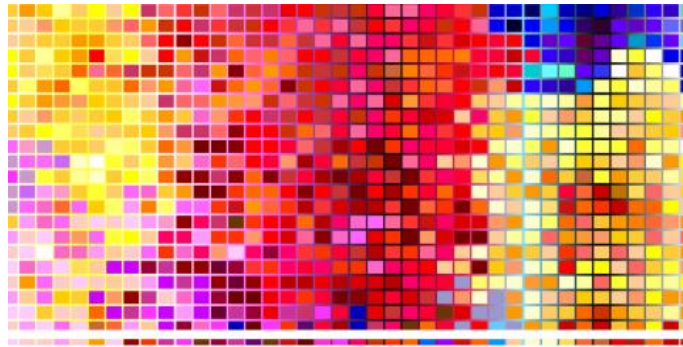
Indicador	Item	Pontuação	
Expressão facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3	
	Careta = esgar facial	4	
Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1	
	Parcialmente fletidos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

Figura 1: Escala BPS traduzida e validada para português (Batalha *et al.*, 2013)

# APÊNDICE V

- SESSÃO DE FORMAÇÃO: “AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA” -



## AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Joana Mestrinho | Orientação por Professora Armandina Antunes e Sr.ª Enf.ª Mª do Céu Rocha

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

3.º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

fppt.com

### SUMÁRIO

- Resultados do Questionário e da Análise de Processos
- Responsabilidade profissional
- Dor: definição, classificação, foco de enfermagem, consequências da dor não tratada
- Avaliação da Dor com a Escala BPS
- Norma de Procedimento



### RESULTADOS ESPERADOS

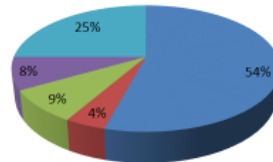
- Enunciar os objetivos da realização do procedimento;
- Aplicar todos os critérios de exclusão para a aplicação da Escala BPS;
- Aplicar pelo menos 4 orientações referentes à norma de procedimento – “Avaliação da Dor: utilização da Escala *Behavior Pain Scale*”;
- Aplicar pelo menos 5 ações referentes à norma de procedimento – “Avaliação da Dor: utilização da Escala *Behavior Pain Scale*”.



## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO I

- Tempo de experiência profissional – cuidados intensivos nível III (n=24)

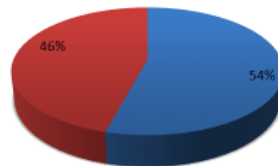
■ Menos de 1 ano ■ 1-2 anos ■ 2-3 anos ■ 3-4 anos ■ Mais de 4 anos



## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO II

- Conhecimento da Escala BPS (prévio ao início de funções na UCIMC) (n=24)

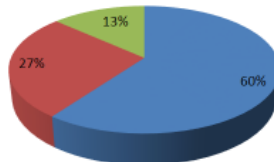
■ Sim ■ Não



## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO III

- Como obtiveram conhecimento da escala (n=13)

■ Instituída no meu serviço anterior ■ Formação na área específica da Dor  
■ Outro



## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO IV

- Necessidade de formação (n=24)



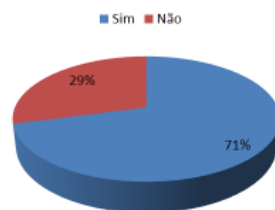
## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO V

- Necessidade de formação: quanto à aplicação da Escala BPS (n=24)



## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO VI

- Necessidade de formação: quanto à interpretação da Escala BPS (n=24)



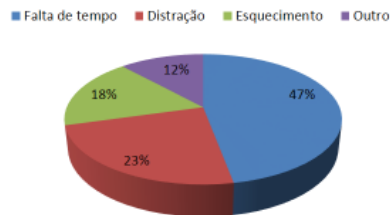
## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO VII

- Proceder ao registo da dor além do horário estipulado (n=24)



## RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO VIII

- Fatores que dificultam o registo sistemático (n=17)



## ANÁLISE DE PROCESSOS I

- **Periodo de observação:** 2 semanas
- **Local:** SMI-UCIMC
- **Objetivo:** observar o modo como é aplicada e interpretada a Escala BPS, pela equipa de Enfermagem, nas pessoas em situação crítica, sedadas e submetidas a VMI.



## ANÁLISE DE PROCESSOS II

- **Crítérios de inclusão:** todas as pessoas em situação crítica submetidas a sedação e VMI.
- **Crítérios de exclusão:** todas as pessoas em situação crítica que verbalizem dor; quando for suspensa a sedação e a VMI.



## ANÁLISE DE PROCESSOS III

- **Unidades de análise:**
  - Registo da Dor com a Escala BPS (por turno de acordo com horário padronizado – 8/8h e/ou em procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos);
  - Crítérios de exclusão que invalidam a aplicação da Escala BPS;
  - Registo do nível de sedação (através da Escala Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS);
  - Registo das ações realizadas se BPS > 4.



## ANÁLISE DE PROCESSOS IV

- Os processos seleccionados representam **53% do total de pessoas internadas** durante o período de observação, o que equivale a um total de **8 processos**.



## ANÁLISE DE PROCESSOS V

- Em 8 processos:
  - Apenas em **1** existe **registo** da Dor em **procedimentos invasivos** e/ou **potencialmente dolorosos**.
  - Apenas **1 registo das ações** realizadas, em 1 turno.
  - **Registo da Dor** na pessoa submetida a administração de **fármacos relaxantes musculares**.



## ANÁLISE DE PROCESSOS VI

- **Múltiplos scores superiores a 4** em diferentes processos, associados na maioria das situações a **baixos níveis de sedação ou a nenhuma sedação**.
- Não foi realizado **nenhum registo** para **fundamentar o score** ou se foram realizadas **intervenções para o alívio da dor**, verificando-se que a avaliação só é registada no turno seguinte, correspondendo ao horário programado no sistema informático.



## ANÁLISE DE PROCESSOS VII

- Conclui-se que:
  - O registo da Dor com recurso à Escala BPS é realizado é sempre realizado no horário programado em sistema informático (8/8h).
  - Em apenas 9,25% das oportunidades observadas foi verificado um registo de avaliação da Dor fora do horário programado, associado a procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos.



## ANÁLISE DE PROCESSOS VII

- Quando se verificam scores >4, em 90,9% das oportunidades observadas não existem registos que sejam explícitos do episódio de dor, nem das intervenções realizadas para o alívio da dor.



## RESPONSABILIDADE I

Circular Normativa Nº 09/DGCG (DGS, 2003) declara que:

*“O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”.*



## RESPONSABILIDADE II



(OE, 2008)



## DOR: DEFINIÇÃO

Define-se como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão*”

(IASP, cit. por MACHADO, 2013).



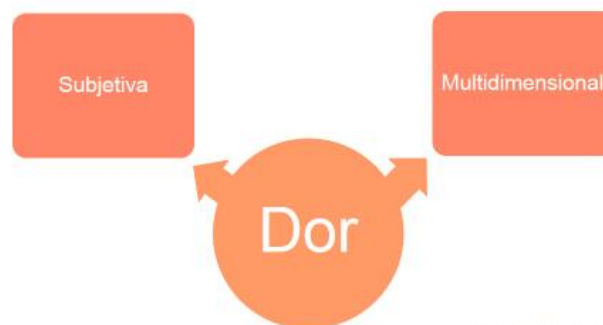
## DOR: DEFINIÇÃO II



(DGS, 2008; AACN, 2013)



## DOR: DEFINIÇÃO III



(MACHADO, 2013)



## DOR: CLASSIFICAÇÃO I

### Aguda vs Crónica

- Aguda: limitada no tempo, é desencadeada por lesão tecidual que desaparece após a resolução da lesão.
- Crónica: duração superior a três meses; origem num processo patológico ou lesão que se prologam no tempo devido a fatores patogénicos e físicos. Fatores emocionais, cognitivos e ambientais podem contribuir para a persistência da dor.

### Mecanismo Fisiológico

- Nociceptiva: origem numa lesão real ou potencial de tecidos não neurais, que ativam nociceptores; subdivide-se em somática dor e em dor visceral.
- Neuropática: deriva da lesão direta ou doença do sistema somatossensitivo, verificando-se alterações neurológicas na região afetada.

(MACHADO, 2013)



## DOR: FOCO DE ENFERMAGEM I

A OE (2008) estabelece, entre outras, as seguintes recomendações:

- “Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objectivos da pessoa”;
- “Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a selecção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração”;

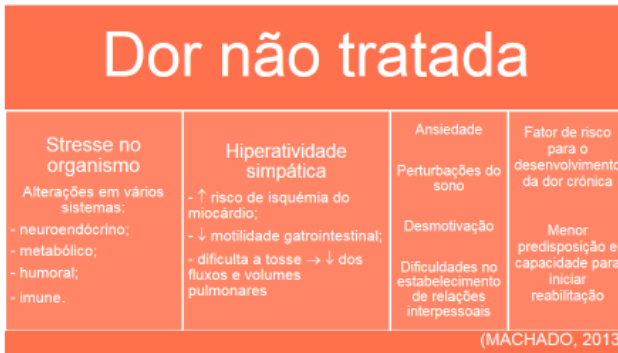


## DOR: FOCO DE ENFERMAGEM II

- “Envolver a pessoa/cuidador principal/família na definição e reajustamento do plano terapêutico”;
- “Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”;
- “Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica”.



## CONSEQUÊNCIAS I



## CONSEQUÊNCIAS II

- Um **estudo retrospectivo** sobre os principais indicadores de desempenho dos cuidados prestados nas UCI demonstrou que a **falta de registo estruturado na avaliação da dor está relacionada com a mortalidade** nestas unidades, **influenciando** igualmente a **duração da necessidade de VMI** e de **duração do internamento** nas UCI (KASTRUP *et al*, 2009)

## AVALIAÇÃO DA DOR I



1) KIRKORZBOOM & HERR, 2001; HAMELL, RUTH AND MARCHI, 1999; TITTLE & MCELLAN, 1994; PUNTILLO, 1990 cit. por YOUNG *et al*, 2006  
2) PUNTILLO, 1997 cit. por YOUNG *et al*, 2006  
3) SARTI *et al*, 1994; TITTLE & MCELLAN, 1994 cit. por YOUNG *et al*, 2006  
4) PUNTILLO *et al*, 2005; AGÓN, 2013

## AVALIAÇÃO DA DOR II

- A AACN (2013) recomenda **práticas com base na evidência**, sendo uma delas a realização da **avaliação da Dor em pessoas em situação crítica**, incapazes de verbalizar, utilizando uma escala comportamental validada, como a **escala BPS (nível B)**



## ESCALA BPS I

- Escala BPS
  - Desenvolvida por Payen *et al.* (2001)
  - Permite avaliar a dor na pessoa em situação crítica, incapaz de verbalizar a dor devido à sedação e intubação orotraqueal;
  - Indicadores: a **expressão facial**, os **movimentos dos membros superiores** e a **adaptação ao ventilador**.

(PAYEN *et al.*, 2001; BATALHA *et al.*, 2013)



## ESCALA BPS II

- Cada indicador possui quatro itens de avaliação, com pontuação de 1 a 4.
- A pontuação varia entre 3 pontos (sem dor) e 12 pontos (dor máxima).
- Tempo de preenchimento entre 2 a 5 min.
- Validada para a população portuguesa por Batalha *et al.* (2013).
- Recomendada pela SPCI.

(PAYEN *et al.*, 2001); (SPCI, [s.d.])



## ESCALA BPS III

- **Critérios de exclusão :**

- Utilização de fármacos relaxantes musculares (ex.: cisatracúrio, rocurônio);
- Condição física da pessoa (ex.: astenia);
- Tetraplegia;
- Utilização de contenção física para segurança da pessoa;
- Patologia neuromuscular;

(LI, PUNTILLO, MIASKWSKI, 2008, cit. por BATALHA *et al.*, 2013)



## ESCALA BPS IV

Escala BPS traduzida e validada para português



## NORMA

### Objetivo Geral

- Promover a **melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com Dor**, especificamente à pessoa sedada e submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI)

Norma



## BIBLIOGRAFIA I

### Referências Bibliográficas:

- BATALHA, Luis et al. – *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 9 – Março de 2013.
- KASTRUP, M. et al. – *Key Performance Indicators in Intensive Care Medicine. A Retrospective Matched Cohort Study*. The Journal of International Medical Research, 2009.
- MACHADO, Humberto – *Manual de Anestesiologia*. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-972-757-870-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. OE, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.



## BIBLIOGRAFIA II

- PAYEN, Jean.-François et al. – *Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale*. *Critical Care Medicine*, 2001. Vol. 29, n.º12.
- PUNTILLO, Kathleen et al. – *Evaluation of Pain in ICU Patients*. *Chest*, Abril de 2009. Vol. 135, n.º 4.
- YOUNG, Jeanne et al. – *Use of a Behavior Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2006. N.º 22, 32-39.

### Referências eletrónicas:

- AMERICAN SOCIETY OF CRITICAL CARE NURSES – *Assessing Pain in the Critically Ill Adult*. [s.l.], 2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/assessing-pain-critically-ill-adult.pdf> [28 de Maio de 2014, 9h35].



## BIBLIOGRAFIA III

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. [s.d], [s.l.] Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao\\_dor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf) (14/03/2014, 10h25).



# APÊNDICE VI

- ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO -

## ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

N = 26

### Resposta global às suas expectativas

	Total de Respostas
0 – Nada	0
1 – Parcialmente	0
2 – Satisfatoriamente	18
3 – Excedeu as expectativas	8

Tabela 1: Resposta global às suas expectativas

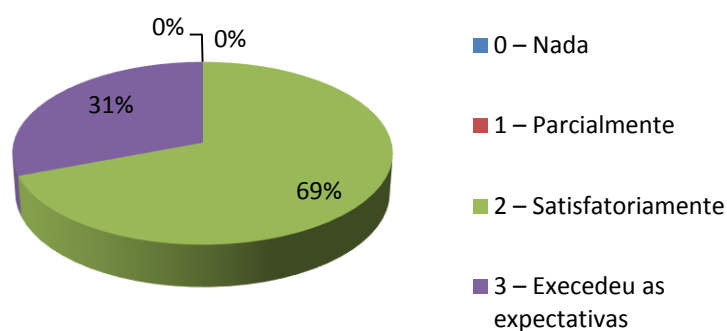


Gráfico 1: Resposta global às suas expectativas

### Interesse da temática abordada

	Total de Respostas
0 – Nada	0
1 – Parcialmente	0
2 – Satisfatoriamente	11
3 – Excedeu as expectativas	15

Tabela 2: Interesse da temática abordada

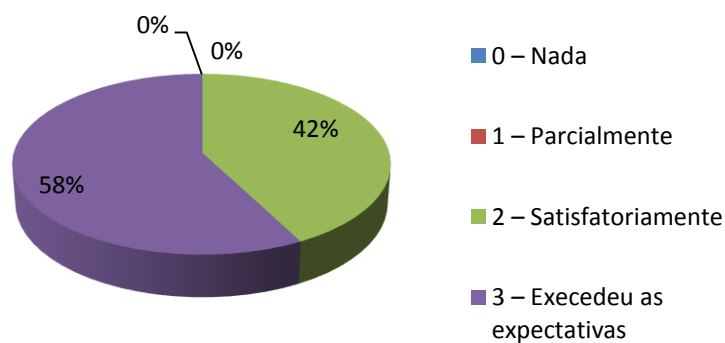


Gráfico 2: Interesse da temática abordada

Conformidade dos conteúdos com os objetivos anunciados

	Total de Respostas
0 - Nada	0
1 - Parcialmente	0
2 - Satisfatoriamente	12
3 - Excedeu as expectativas	14

Tabela 3: Conformidade dos conteúdos com os objetivos anunciados

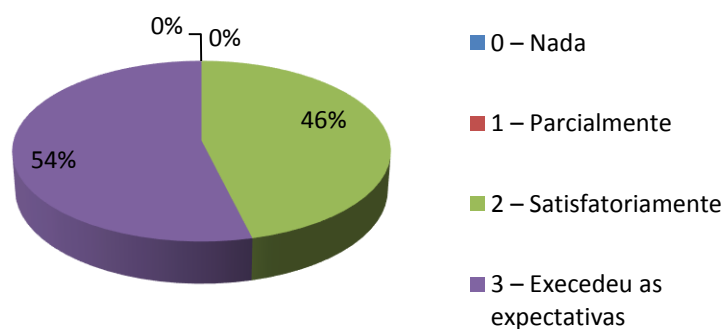


Gráfico 3: Conformidade dos conteúdos com os objetivos anunciados

### Motivação para a adesão ao projeto

	Total de Respostas
0 – Nada	0
1 – Parcialmente	1
2 – Satisfatoriamente	9
3 – Excedeu as expectativas	16

Tabela 4: Motivação para a adesão ao projeto

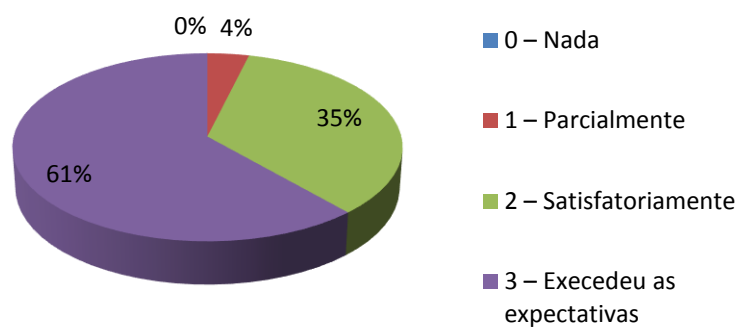


Gráfico 4: Motivação para a adesão ao projeto

### Metodologia utilizada na sessão de formação

	Total de Respostas
0 – Nada	0
1 – Parcialmente	0
2 – Satisfatoriamente	17
3 – Excedeu as expectativas	9

Tabela 5: Metodologia utilizada na sessão de formação

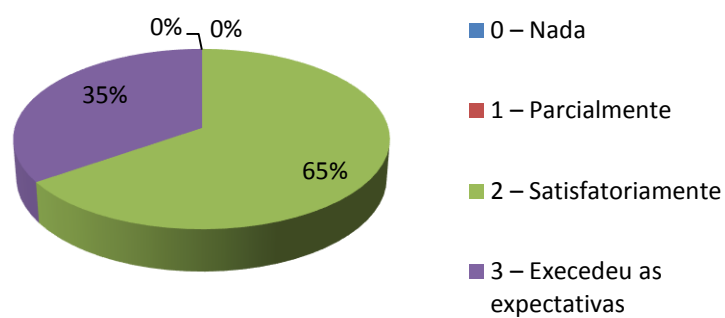


Gráfico 5: Metodologia utilizada na sessão de formação

### Exposição/contributos do formador

	Total de Respostas
0 – Nada	0
1 – Parcialmente	0
2 – Satisfatoriamente	12
3 – Excedeu as expectativas	14

Tabela 6: Exposição/contributos do formador

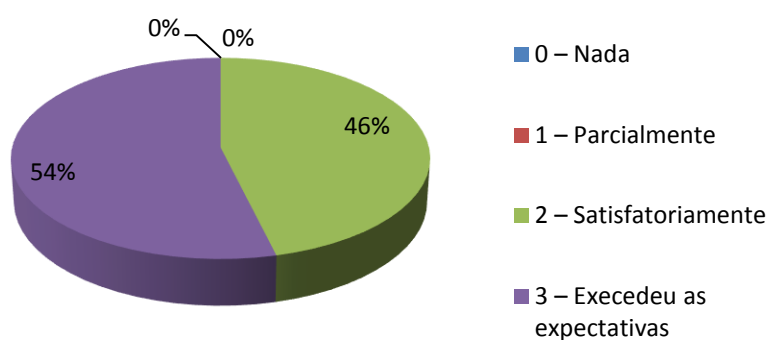


Gráfico 6: Exposição/contributos do formador

## Organização da sessão

	Total de Respostas
0 – Nada	0
1 – Parcialmente	0
2 – Satisfatoriamente	13
3 – Excedeu as expectativas	13

Tabela 7: Organização da sessão

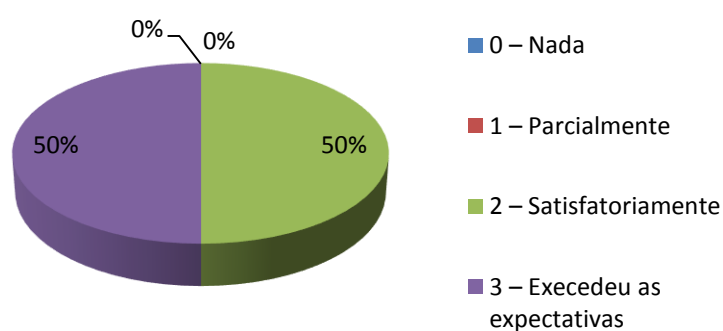


Gráfico 7: Organização da sessão

## Pontos fortes

- Sessão objetiva que permitiu clarificar uma avaliação mais criteriosa e correta acerca do 5º sinal vital.
- Interesse e exposição da temática
- Especificidades para aplicação da escala BPS
- O poder de síntese, a pertinência dos conteúdos abordados, a capacidade de resposta/esclarecimento de dúvidas
- Formação direcionada para a prática de enfermagem que permite uma melhor avaliação da dor por parte da equipa de enfermagem
- Pertinência do tema; importante para compreendermos que a avaliação da dor não está a ser realizada do melhor modo
- Pertinência do tema; exposição clara e assertiva; visualização da escala

- Pertinência do tema; capacidade de exposição e argumentação
- Temática abordada; esclarecimento de dúvidas; esclarecimento da aplicação da escala em cuidados intensivos
- Domínio do conteúdo programático por parte de quem realizou o projeto
- A temática abordada é sem dúvida um ponto forte, que necessitava de ser abordada neste serviço. A metodologia utilizada na sessão de formação também é um ponto forte, pela objetividade e organização com que foi exposta
- Importância da temática
- Permite avaliar de forma mais correta a dor no doente
- Formação muito interessante e de grande utilidade para a minha prática diária; exposição bem preparada pela formadora, tendo cativado a atenção dos formandos

#### Pontos fracos

- Poderiam ter sido apresentados alguns casos práticos, a título de exemplo, para comparar a aplicação da escala entre elementos da equipa e discutir critérios que não estivessem em conformidade

#### Sugestões

- Realização desta sessão de formação à entidade médica
- Realização periódica de formação na Dor
- Quadro síntese para uniformização da avaliação da dor
- Elaboração de um protocolo de atuação mediante a manifestação de dor, algo que dê alguma independência à equipa de enfermagem, exemplo: fluxograma
- Elaboração de uma proposta de alteração do sistema informático em uso para registo das avaliações, intervenções e resultados associados ao diagnóstico de dor
- Realização da formação a outros profissionais envolvidos no controlo da dor (exemplo: médicos e internos)

# APÊNDICE VII

- DOCUMENTO DE AUDITORIA -

Documento de Auditoria

Observador:

Período de observação: de \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

Processo:

Número de Observações		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10					
Dia/Turno																																		
Unidades de Observação		C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N	C	N	N
1	O enfermeiro aplica a escala se não se verificarem critérios de exclusão.																																	
2	O enfermeiro avalia e regista a dor na pessoa em situação crítica submetida a sedação e VMI no momento da admissão ou logo após a pessoa ter sido submetida a sedação e VMI.																																	
3	O enfermeiro avalia e regista a dor pelo menos uma vez por turno (preferencialmente no primeiro contacto com a pessoa).																																	
4	O enfermeiro avalia e regista a dor antes, durante e depois de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, de acordo com os tempos recomendados.																																	



Observações		Total de observações: ____				
Aplicação da Escala BPS		C	NC	NA	Observações	IC por cada Unidade de Observação Total de respostas em conformidade/Total de observações aplicáveis x 100 = (IQ) de ____%
1	O enfermeiro aplica a escala se não se verificarem critérios de exclusão.					
2	O enfermeiro avalia e regista a dor na pessoa em situação crítica submetida a sedação e VMI no momento da admissão ou logo após a pessoa ter sido submetida a sedação e VMI.					
3	O enfermeiro avalia e regista a dor pelo menos uma vez por turno (preferencialmente no primeiro contacto com a pessoa).					
4	O enfermeiro avalia e regista a dor antes, durante e depois de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, de acordo com os tempos recomendados.					
5	O enfermeiro implementa e regista as intervenções farmacológicas e em complementaridade intervenções não farmacológicas (se aplicáveis) para o alívio da dor sempre que se verifica score superior a 4 na Escala BPS.					

6	O enfermeiro avalia e regista a eficácia das intervenções farmacológicas de acordo com o tempo de ação dos fármacos e vias de administração, até ao tempo máximo de 30 minutos.					
7	O enfermeiro envolve a família no procedimento: averigua história prévia de dor; averigua junto dos familiares as expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar a presença de dor e regista em notas de enfermagem.					
8	O enfermeiro elimina outras escalas quando aplica a escala BPS.					
<b>Total</b>						<b>IC total</b> Total de respostas em conformidade/Total de observações aplicáveis x 100 = (IQ) de ____%

# APÊNDICE VIII

- ARTIGO -

---

## O Silêncio da Dor: Avaliação da Dor na pessoa em situação crítica

---

Joana Mestrinho<sup>1</sup>  
Armandina Antunes<sup>2</sup>

**RESUMO:** No âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e aquisição do grau de Mestre preconizou-se a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço, com base na metodologia de projeto. A temática central do projeto foi a Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica, submetida a sedação e a ventilação mecânica invasiva e, por isso, incapaz de verbalizar a dor, o que torna a avaliação da mesma, nestes casos, um desafio para os enfermeiros. O principal objetivo do projeto foi promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com dor numa unidade de cuidados intensivos. Para tal, foi realizada formação à equipa de Enfermagem no âmbito da avaliação da dor com recurso à escala *Behavioral Pain Scale*, traduzida e validada para português por Batalha e colaboradores (2013) e recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Também foi elaborada uma norma de procedimento neste âmbito, de modo a uniformizar a prática e assegurar a correta avaliação da dor, para garantir o tratamento e controlo eficaz da mesma.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos, Avaliação da Dor, Escala *Behavioral Pain Scale*, Trabalho de Projeto.

**ABSTRACT:** Within the Specialization in Medical-Surgical Nursing and acquisition of the Master degree it was determined the execution of an Intervention Project in Service, based on the project methodology. The central theme of the project was Pain Assessment in People in Critical Situation's submitted to sedation and invasive mechanical ventilation, and therefore unable to verbalize pain, which makes the evaluation, in these cases, a challenge for nurses. The main objective of this project was encourage improvements in the quality of care provided to the person in critical condition with pain. To acquire this objective, it was performed formation in the assessment of pain using the Behavioral Pain Scale, translated and validated for Portuguese by Batalha and collaborators (2013) and recommended by the Portuguese Society of Intensive Care. It was also created a standard procedure in order to standardize the practice and ensure the correct assessment of pain and to guarantee an effective treatment and control.

**KEYWORDS:** Medical-Surgical Nursing, Skills, Intensive Care Unit, Pain Assessment, Behavioral Pain Scale, Work Project.

---

<sup>1</sup> Enfermeira de Cuidados Gerais no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Serviço de Medicina Intensiva. Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (joana.mestrinho@gmail.com).

<sup>2</sup> Professora Equiparada a Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Enfermeira Chefe no Centro Hospitalar Lisboa Central (armandina.antunes@ess.ips.pt).

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) e aquisição do grau de Mestre, realizaram-se os módulos de Estágio I, II e III, inseridos no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). Durante a realização dos módulos de estágio objetivou-se a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), que foi desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto. Os três estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O PIS desenvolveu-se no âmbito da Avaliação da Dor à Pessoa em Situação Crítica, submetida a sedação e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e, por esse motivo, incapaz de verbalizar a dor. Tal situação torna-se um desafio para os enfermeiros, pois não é possível a utilização dos instrumentos de avaliação que privilegiam o autorrelato. Tal implica a utilização de outros instrumentos, nomeadamente instrumentos de avaliação comportamental da dor. Para a população portuguesa está traduzida, validada e recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) a utilização da Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS).

O presente artigo objetiva dar a conhecer o PIS desenvolvido neste contexto. Desta forma, encontra-se estruturado em quatro partes: enquadramento conceptual; as duas partes subsequentes correspondem às fases da metodologia de projeto, diagnóstico e planeamento, e execução e avaliação; e por fim apresenta-se uma breve conclusão.

### 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Dor é um fenómeno fisiológico, da responsabilidade do sistema nociceptivo, que tem

uma função vital enquanto sinal de alarme. Incorre em sofrimento e diminuição da qualidade de vida da pessoa, bem como em complicações multisistémicas e desenvolvimento de dor crónica se não for controlada e tratada a dor aguda (DGS, 2008; AACN, 2013). A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define Dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (in MACHADO, 2013; pp. 668).

Importa compreender as consequências da Dor aguda<sup>3</sup> não tratada. Na realidade, a Dor aguda é um dos principais fatores que provoca a resposta de stresse no organismo. Múltiplas alterações são desencadeadas nesta resposta ao stresse, envolvendo vários sistemas, tais como o neuroendócrino, o metabólico, humoral e imune. Essas alterações (como por exemplo: inflamação, hiperglicémia, catabolismo, hiperalgesia, alterações hidroeletrólíticas) visam recuperar o equilíbrio do organismo. Quando esta situação se prolonga e intensifica torna-se contraproducente, incorrendo num agravamento clínico e atraso na recuperação da pessoa (MACHADO, 2013).

Dado que a Dor ativa o sistema nervoso simpático, a hiperatividade simpática acarreta consequências para o organismo, tais como: o aumento do risco de isquémia do miocárdio; alteração do fluxo regional e trombose venosa profunda; retenção urinária; a redução da motilidade gastrointestinal e, conseqüentemente, íleo paralítico. Da mesma forma, a Dor aguda, no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais, dificulta a tosse o que promove a redução dos fluxos e volumes pulmonares originando complicações respiratórias, tais como atelectasia, hipoxemia e aumento da retenção de secreções. O controlo ineficaz da Dor também promove a ansiedade, o medo, as

---

<sup>3</sup> limitada no tempo, desencadeada por lesão tecidual, que desaparece após a resolução da lesão, considerando-se por isso que a dor tem uma função protetora (MACHADO, 2013).

perturbações do sono, bem como torna propícia a desmotivação e as dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais. A pessoa com Dor também apresenta menor predisposição e capacidade para iniciar programas de reabilitação, o que incorre num aumento do tempo de internamento. Por outro lado, a Dor aguda não controlada é um fator de risco para o desenvolvimento da dor crónica (MACHADO, 2013; SWEARINGEN & KEEN, 2001).

Posto isto, verifica-se a importância do controlo da dor. Efetivamente, na Declaração de Montreal ([s.d.]) defende-se a dignidade de todas as pessoas, declarando que o tratamento da Dor não pode ser negligenciado.

Por sua vez, a Direção Geral de Saúde (DGS), afirma na Circular Normativa n.º9 que o “controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”, sendo que o “sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes”, o que requer que a “avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde (...) [seja] feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003; pp.1).

Neste seguimento, importa ressaltar a existência do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) emanado pela DGS. Um dos eixos de intervenção preconizados incide sobre a Dor em grupos específicos, constituindo um desses grupos as pessoas em situação crítica, estando definido que devem ser elaboradas “orientações

técnicas sobre avaliação da dor no doente crítico” (DGS, 2013; pp. 4).

De facto, a avaliação da Dor é um verdadeiro desafio quando a pessoa está impossibilitada de verbalizar a sua dor, tratando-se de uma situação recorrente na pessoa em situação crítica.

A *American Society of Critical Care Nurses* (AACN) afirma que um número muito significativo de pessoas em situação crítica experiencia Dor durante o internamento, quer na prestação de cuidados, quer em repouso (AACN, 2013). Um estudo retrospectivo sobre os principais indicadores de desempenho dos cuidados prestados nas UCI demonstrou que a falta de registo estruturado na avaliação da Dor está relacionada com a mortalidade nestas unidades, influenciando igualmente a duração da necessidade de VMI e de duração do internamento nas UCI (KASTRUP *et al.*, 2009). Neste sentido, a AACN recomenda práticas com base na evidência, sendo uma delas a realização da avaliação da Dor em pessoas em situação crítica, incapazes de verbalizar, utilizando uma escala comportamental validada, como a escala BPS (nível B<sup>4</sup>), em que reforçam a necessidade de formação das equipas nesta área em termos da aplicação da escala e interpretação dos seus resultados (AACN, 2013). Da mesma forma, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), num estudo realizado em 2011 em 61 UCI's, no âmbito do Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD) recomenda, de acordo com as conclusões do estudo, que a “dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale*” (SPCI, [s.d.]).

Não obstante, além do papel assumido pelos profissionais de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, na avaliação da Dor na pessoa em situação crítica

---

<sup>4</sup> Nível B – estudos controlados com resultados consistentes que suportam uma ação, intervenção ou tratamentos específicos (AACN, 2013).

também a família poderá ter um papel fundamental. Dada a relação de proximidade com a pessoa, pode facultar informação relativamente a comportamentos que poderão ser sugestivos de dor (nível C<sup>5</sup>) (PUNTILLO *et al.*, 2009; AACN, 2013).

Importa, assim, compreender a Escala BPS, nomeadamente a sua aplicação e interpretação.

A Escala BPS foi desenvolvida para a pessoa em situação crítica, incapaz de verbalizar a dor devido entubação orotraqueal e sedação, por Payen *et al.* (2001). O estudo realizado para a sua validação demonstrou que é um indicador sensível para dor (PAYEN *et al.*, 2001). Os indicadores definidos na escala são a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador (PAYEN *et al.*, 2001; BATALHA *et al.*, 2013). Cada indicador possui quatro itens de avaliação, com pontuação de 1 a 4, pelo que a pontuação varia entre 3 pontos (sem dor) e 12 pontos (dor máxima), com tempo estimado para o seu preenchimento entre 2 a 5 minutos (PAYEN *et al.*, 2001).

Interpretando a escala, quando o valor obtido for superior a 4 significa presença de dor, pelo que se deve intervir dado que a escala não permite quantificar a intensidade da dor. A escala objetiva quantificar a resposta a um estímulo nociceptivo, permitindo o ajuste da analgesia (PAYEN *et al.*, 2001).

Dada a tipologia dos indicadores, importa perceber que existem situações que influenciam a aplicabilidade da escala por serem impeditivas do tipo de comportamentos considerados em um ou mais dos indicadores, tais como: utilização de fármacos relaxantes musculares; condição física da pessoa;

tetraplegia; utilização de contenção física para segurança da pessoa (LI, PUNTILLO, MIASKWSKI, 2008, *in* BATALHA *et al.*, 2013) e patologia neuromuscular (BATALHA *et al.*, 2013).

A escala BPS, foi validada para a população portuguesa por Batalha *et al.* (2013) (ver Anexo I). Na tradução e validação da Escala BPS para a língua portuguesa, Batalha *et al.* (2013) conseguiram resultados coincidentes com os de outros estudos, o que lhes permitiu concluir que a versão portuguesa da Escala tem boas propriedades psicométricas, sendo válida e fiável para a aplicação nas pessoas incapazes do autorrelato, por se encontrarem sedadas e submetidas a VMI (BATALHA *et al.*, 2013).

## 2. DIAGNÓSTICO E PLANEAMENTO DO PIS

O PIS foi realizado “de acordo com a metodologia de projeto (...) em torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio” (NUNES, RUIVO & LOPES, 2014; pp 4).

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO E DA EQUIPA

O serviço onde foi realizado o PIS trata-se de uma UCI, inaugurada em 2013, com abertura progressiva do número de vagas e entrada faseada de enfermeiros.

Esta UCI encontra-se vocacionada para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica do foro médico e cirúrgico, sendo constituída por onze unidades de internamento, distribuídas da seguinte forma: cinco unidades de internamento de nível II<sup>6</sup> e seis unidades de nível III<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Nível C – evidência através de estudos qualitativos, revisões sistemáticas de estudos qualitativos, descritivos e correlacionais ou ensaios clínicos randomizados com resultados inconsistentes (AACN, 2013).

<sup>6</sup> Nível II – “Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acessos a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (...) pelo que deve garantir a articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso a médico permanente com preparação específica” (NATÁRIO, 2003; pp.8).

<sup>7</sup> Nível III – “Corresponde aos Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivistas, e em presença física nas 24h; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (NATÁRIO, 2003; pp.8).

A equipa de Enfermagem desta UCI assume um papel central na execução do PIS, pois as ações planeadas foram centradas em si, nomeadamente, na sua formação, com vista a melhorar os cuidados à pessoa em situação crítica com Dor. Esta é constituída por 28 enfermeiros, sendo consideravelmente jovem, com uma média de idades de 33 anos.

## 2.2. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A identificação da problemática foi realizada, numa primeira fase, através da realização de uma entrevista não dirigida à Sra. Enfermeira Responsável pelo serviço. Decorrente desta entrevista surgiu a temática da Dor, uma vez que é uma área que ainda não havia sido trabalhada no seio da equipa de Enfermagem. Trata-se de uma necessidade devido à dificuldade inerente em avaliar a Dor na pessoa incapaz de a verbalizar.

No serviço, o programa informático onde são efetuados os registos tem já na sua predefinição a Escala BPS.

Assim, numa segunda fase do diagnóstico, para estimar junto da equipa de Enfermagem se a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica constituía uma necessidade efetiva, foi construído e distribuído um questionário. Dos 28 elementos da equipa de Enfermagem, 24 enfermeiros responderam ao questionário. Os resultados revelaram que: a equipa de Enfermagem é constituída na sua maior parte por elementos iniciados<sup>8</sup>/iniciados avançados<sup>9</sup>, com 54% da equipa com menos de 1 ano de experiência em cuidados intensivos de nível III; 54% dos elementos da equipa são conhecedores da escala BPS, sendo que a maioria teve conhecimento da

escala por ter sido instituída no seu anterior serviço, e os restantes tiveram conhecimento por formações na área da dor ou em contexto de formação académica pós-graduada; todos os inquiridos consideram pertinente a formação no âmbito da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica; 62% consideram sentir necessidade de formação na aplicação da escala BPS e 71% para a interpretação. Comparando resultados, apesar de haver já conhecimento da escala, pode-se aferir que a equipa sentia necessidade de formação em termos a aplicação e interpretação da mesma, o que conduziu a que se obtivessem resultados favoráveis à realização do PIS.

De salientar ainda que, na perspetiva do inquirido, quando se questionou se a dor é avaliada apenas de acordo com o horário programado no sistema informático, ou se existe preocupação em registá-la de modo sistemático, 41% respondeu que “Sim” e 59% que “Às vezes”. A principal razão apontada pelos que responderam “Às vezes” é a falta de tempo, seguida do esquecimento.

Pode-se concluir, dado o nível de desenvolvimento da equipa, que existe necessidade de instituir regras, objetivos e normas para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados intensivos de nível III, considerando o descrito por Patrícia Benner (2001). No âmbito da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica verifica-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos da equipa na aplicação e interpretação da escala BPS.

Numa terceira fase, de forma a corroborar esta necessidade/problemática, foi também realizada uma análise estruturada dos processos clínicos, durante um período de duas semanas, com o objetivo de

---

<sup>8</sup> Não tem experiência nas situações com que se depara pelo que é necessária objetividade no desenvolvimento de competências, o que requer a existência de normas e regras que permitam a orientação das suas ações em função dos diversos elementos. Tal situação incorre num comportamento limitado por parte do iniciado, que pode nem sempre ser o mais correto. A dificuldade está em aplicar na situação real o apreendido na teoria. Enfermeiros já experientes, desde que iniciem funções num

serviço para o qual não têm experiência, encontram-se na situação de iniciado (BENNER, 2001).

<sup>9</sup> Já teve oportunidades suficientes de experimentar situações reais que permitam a identificação de fatores significativos que surgem em situações semelhantes. Neste nível de competência a ação dos enfermeiros mantém-se dependente de regras e centra-se, sobretudo, na realização das tarefas que estão instituídas no serviço (BENNER, 2001).

compreender se a avaliação da dor na pessoa em situação crítica era realizada de forma sistematizada e uniformizada.

Os resultados demonstraram que em apenas 9,25% das oportunidades observadas foi realizado um registo de avaliação da Dor fora do horário programado, associado a procedimentos invasivos/potencialmente dolorosos. Quando se verificam scores superiores a quatro, em 90,9% das oportunidades observadas não existem registos que sejam explícitos do episódio de dor, nem das intervenções realizadas para o alívio da dor.

Concluiu-se que o registo da Dor na pessoa em situação crítica com recurso à escala BPS era realizado na maioria das situações apenas de acordo com o horário programado no sistema informático, contrariamente ao que tinha sido respondido pelos inquiridos no questionário, e nem sempre é aplicada a escala BPS de modo adequado, nem se evidencia registo de que haja atuação de acordo com os *scores*.

Desta forma, o **problema diagnosticado** foi a inexistência de uma avaliação da Dor de forma sistemática e uniformizada na pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI, de modo a promover uma avaliação e monitorização da Dor eficiente, que permita a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, convém compreender os problemas parcelares que compõem o problema geral enunciado.

De acordo com a análise dos resultados obtidos com os instrumentos de diagnósticos utilizados, pode-se aferir que os problemas parcelares são: o défice de formação da maioria da equipa de Enfermagem do serviço na avaliação da Dor na pessoa em situação crítica submetida a sedação e VMI com recurso à escala BPS, quer em termos de aplicação como de interpretação dos *scores* da escala; a ausência de norma de procedimento que incremente a uniformização da aplicabilidade da escala BPS, para uma avaliação e registo da Dor sistematizados na pessoa em situação crítica.

Identificado o problema, definiu-se como **objetivo geral**: promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI.

Definiram-se como **objetivos específicos**: elaborar norma de procedimento para a uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI; implementar a referida norma de procedimento e auditar a implementação da mesma.

Posto isto, de modo a refletir e relacionar os pontos fortes e fracos deste projeto, com as principais tendências do seu meio envolvente, bem como as oportunidades e ameaças, e também com o objetivo de encontrar medidas alternativas para a influência destes fatores, procedeu-se à Análise SWOT (*strengths, weakness, opportunities, threats*) (FREIRE, 1997), que se apresenta no Diagrama 1.

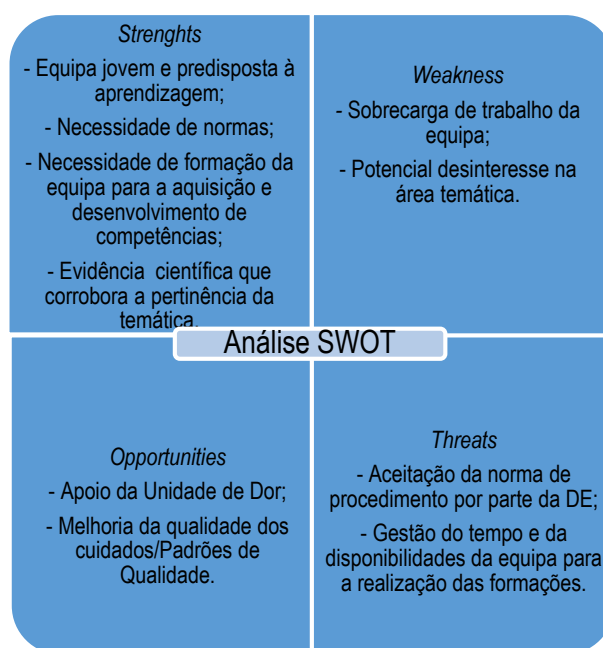


Diagrama 1: Análise SWOT do PIS

Em termos de *Strengths* (forças), sendo a equipa de Enfermagem maioritariamente jovem, com um elevado número de elementos que se encontra a investir na sua formação, depreende-se que existe predisposição para a aprendizagem. Por outro lado, por ser um serviço recente e em que apesar de uma

parte da equipa ser constituída por profissionais com experiência superior a quatro anos, a maioria destes não tem experiência em cuidados intensivos de nível III, o que significa que estão perante uma situação que lhe é nova e, portanto, tal como Patrícia Benner (2001) descreve, encontram-se ao nível de iniciados/iniciados avançados. Por este mesmo motivo, requer-se a criação de normas, regras e objetivos para orientar a equipa. Por conseguinte, também se requer formação na temática. Além do mais, a bibliografia consultada demonstra evidência científica que corrobora a pertinência de se trabalhar esta problemática.

No que diz respeito às *Weakness* (fraquezas), considera-se que a equipa de Enfermagem se encontra sobrecarregada em termos de trabalho devido não só à carga horária, como às formações contínuas que muitos dos elementos se encontram a realizar, o que poderá tornar a disponibilidade para a formação nesta temática reduzida, bem como diminuto o interesse na temática em si. Implica que se encontrem estratégias para motivar e cativar a equipa.

Por outro lado, as *Opportunities* (oportunidades) surgem pela ligação estabelecida e apoio demonstrado pela Unidade da Dor para a realização de projetos. Numa outra análise, existem ganhos para a pessoa, pois objetiva-se a melhoria da qualidade dos cuidados. Efetivamente, se a dor for corretamente avaliada, mais eficaz será o tratamento e controlo da dor, o que concorre para a satisfação do cliente/família, tal como para o seu bem-estar e previnem-se complicações multisistémicas, além de se evitar o desenvolvimento de dor crónica, bem como possibilita, no caso concreto da pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI, um desmame ventilatório e extubação mais precoce (MACHADO, 2013; SWEARINGEN & KEEN, 2001; KASTRUP *et al.*, 2009) e, logo, reduz-se o risco de infeção (menos dispositivos e técnicas invasivas). Por inerência, reduz o tempo de internamento numa unidade de cuidados intensivos e possibilita também uma readaptação

funcional mais precoce. Assim, incorrem-se em ganhos quer para a pessoa e família, nomeadamente em termos do seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, como também em termos económicos quer para a pessoa e família, quer para o Sistema Nacional de Saúde.

Por fim, as *Threats* (ameaças) poderão ser a não aceitação da norma de procedimento por parte da DE. Para ultrapassar essa questão, considerou-se necessária uma boa fundamentação da norma. Além disso, poderá ser difícil gerir a marcação das sessões de formação de modo a conseguir abarcar toda a equipa, dado a sobrecarga de trabalho, sendo que para que não haja dificuldade na gestão de tempo e disponibilidades, se preconizou a realização de pelo menos duas sessões de formação.

### 2.3. ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER

No que diz respeito às atividades e estratégias a desenvolver, as mesmas estão organizadas de acordo com os objetivos específicos, em prol da consecução do objetivo geral.

Assim, no que diz respeito ao objetivo “**elaborar norma de procedimento para a uniformização da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI**”, as atividades e estratégias a desenvolver foram: a frequência de Curso de formação em “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”; a pesquisa de bibliografia e elaboração da norma de procedimento para uniformização da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica. Em relação ao objetivo de “**implementar norma procedimento para uniformização da avaliação da Dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI**” definiram-se as seguintes atividades e estratégias: reuniões periódicas com a Enfermeira responsável, para a organização de sessões de formação referentes à avaliação da Dor à pessoa em situação crítica através da escala BPS; elaboração de plano de sessão de formação; construção da apresentação

para a sessão de formação em Powerpoint®; divulgação e execução das sessões de formação; avaliação das sessões (através de questionário). No que diz respeito ao objetivo de **“auditar a implementação da norma de procedimento para uniformização da avaliação da dor à pessoa em situação crítica, sedada e submetida a VMI”** as atividades e estratégias planeadas foram: a pesquisa bibliográfica e construção da grelha de auditoria; a realização da auditoria interna, com recurso à grelha e observação dos registos de avaliação da Dor, um mês após a execução da última sessão de formação e periodicamente de três em três meses; a análise dos resultados da auditoria interna; a apresentação os resultados da auditoria interna à Sra. Enfermeira Responsável e, posteriormente, à equipa de Enfermagem; a avaliação da necessidade de novas estratégias para correção de falhas na avaliação da dor à pessoa em situação crítica e a execução do relatório.

### 3.EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS

A fase da Execução “materializa a realização” do que foi projetado na fase de planeamento (RUIVO, FERRITO & NUNES 2010; pp. 23).

Desta forma, e correspondendo ao planeado, foi realizada em primeira instância a norma de procedimento, tendo por base a revisão bibliográfica realizada e considerando as recomendações da SPCI e as normas da DGS. Esta foi estruturada com a seguinte ordem: definição, objetivos, âmbito, responsabilidade, princípios, orientações para a execução, material, descrição do procedimento e bibliografia.

Focando o procedimento, que remete para as ações a realizar e respetivas justificações das ações, e analisando o descrito na bibliografia formularam-se as seguintes ações: 1) Avaliar a dor com recurso à Escala BPS no momento da admissão (se sedado e sob VMI) ou logo após ser sedado e submetido a VMI;

2) Avaliar a dor pelo menos uma vez por turno, preferencialmente no primeiro contacto com a pessoa, e sempre que necessário; 3) Avaliar a dor antes (5-10 minutos), durante e depois (15 minutos) de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos (avaliar a necessidade de administração de analgesia com o médico responsável pela pessoa antes de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos); 4) Implementar intervenções farmacológicas e em complementaridade intervenções não farmacológicas para o alívio da dor se score superior a 4 na Escala BPS; 5) Avaliar a eficácia das intervenções de acordo com o tempo de ação dos fármacos e/ou vias de administração (até 30 minutos) (as intervenções não farmacológicas, sendo utilizadas em complemento das farmacológicas devem ser avaliadas em simultâneo). Se insuficientes, ponderar ajustar ou implementar novas intervenções; 6) Envolver a família no procedimento: averiguar história prévia de dor; averiguar junto dos familiares as expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar a presença de dor; 7) Realizar registo da Escala BPS no processo informático (em Índice/Escalas). Em notas de Enfermagem proceder ao registo/descrição dos episódios de dor, intervenções implementadas e respetiva avaliação.

Simultaneamente, foram realizadas reuniões periódicas com a Enfermeira responsável, para a organização das sessões de formação e elaborado o plano de sessão de formação, objetivando-se que pelo menos 50% dos formandos, no final da sessão, fossem capazes de: enunciar os objetivos da realização do procedimento; aplicar todos os critérios de exclusão para a aplicação da Escala BPS; aplicar pelo menos 5 ações referentes à norma de procedimento – “Avaliação da Dor: aplicação da Escala *Behavioral Pain Scale*”.

Considerou-se pertinente que na primeira fase da sessão de formação fossem apresentados os resultados dos questionários e da análise de processos aprofundando, posteriormente, a temática

da dor com enfoque na responsabilidade profissional do Enfermeiro neste âmbito, com vista a motivar a equipa para a importância da avaliação eficaz da dor na pessoa em situação crítica. Neste seguimento, considerou-se que ordem mais lógica para a continuação da formação seria a seguinte: abordagem da dor em termos da sua definição e classificação, objetivando-se rever conteúdos e contextualizar a temática; aprofundamento da temática enquanto foco de Enfermagem; apresentação das consequências da dor não tratada a curto e a longo prazo; aprofundamento dos conhecimentos relativos à avaliação da dor com a escala BPS; e, por último, apresentação da norma de procedimento. Foram realizadas assim 3 sessões de formação para contemplar toda a equipa de Enfermagem.

Cumprindo com o previsto, foram construídos o questionário de avaliação pedagógica da sessão de formação e o instrumento de auditoria.

Após a análise dos dados obtidos com o questionário de avaliação pedagógica, com um total de 26 respondentes, verificou-se um *feedback* positivo em relação à sessão de formação: 69% dos respondentes ficaram satisfeitos com a sessão e os restantes consideram que excedeu as expectativas; 58% considerou que o “Interesse da temática abordada” excedeu as expectativas e os restantes respondentes considerou-o satisfatório; 54% dos respondentes consideraram que a “Conformidade dos conteúdos com os objetivos anunciados” excedeu as expectativas e os restantes 46% responderam que foi satisfatória; quanto à “Motivação para adesão ao projeto” verificou-se que 61% dos respondentes referiu que superou as expectativas, enquanto que 35% considerou que a motivação foi satisfatória e apenas 4% (1 enfermeiro) sentiu que a motivação para a adesão ao projeto foi parcialmente de encontro às suas expectativas; a metodologia utilizada na sessão de formação correspondeu às expectativas da equipa de Enfermagem, com 65% da equipa a considerar satisfatória e os restantes 35% respondeu

que excedeu as expectativas; 54% da equipa considerou que a “Exposição/contributos do formador” superou as expectativas e a restante equipa considerou que foi satisfatória; quanto à “Organização da sessão” a equipa dividiu-se equitativamente, com 50% para cada resposta, considerando que excedeu as expectativas e que foi satisfatoriamente de encontro às expectativas. Em suma, a avaliação da sessão de formação foi bastante positiva.

#### 4. CONCLUSÃO

A realização do PIS foi um desafio em cada etapa, tendo sido determinante no desenvolvimento das competências de Especialista em EMC e nas de Mestre. Efetivamente, considero que a avaliação da Dor na pessoa em situação crítica, é uma área que merece mais investimento do ponto de vista da investigação em Portugal. Pela pesquisa bibliográfica realizada, em Portugal são muito poucos os estudos direcionados para este âmbito.

Analisando a problemática trabalhada, a presença de dor é prejudicial para o conforto holístico. Dadas as repercussões que a dor não controlada pode ter no organismo, é fundamental o seu controlo para promover a recuperação e evitar o agravamento da situação clínica, e para tal é necessária uma avaliação sistematizada da dor. Por este motivo torna-se pertinente este PIS, de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com dor.

Este projeto mantém-se em execução no serviço onde se implementou, prevendo-se a sua avaliação por auditorias, conforme planeado e identificação de novas áreas de investimento sobre esta temática.

## 5. BIBLIOGRAFIA

### 5.1. Referências Bibliográficas

- BATALHA, Luís *et al.* – Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 9 – março de 2013.
- BENNER, Patricia – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 1ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- FREIRE, Adriano – *Estratégia - Sucesso em Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo, 1997. ISBN 972-22-1829-8.
- MACHADO, Humberto – *Manual de Anestesiologia*. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-972-757-870-2.
- PUNTILLO, Kathleen *et al.* – Evaluation of Pain in ICU Patients. *Chest*, Abril de 2009. Vol. 135, n.º 4.
- SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet – *Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN: 972-8383-52-5.

### 5.2. Referências Bibliográficas

- AMERICAN SOCIETY OF CRITICAL CARE NURSES – *Assessing Pain in the Critically Ill Adult*. [s.l.], 2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/assessing-pain-critically-ill-adult.pdf> (28/03/2014, 09h35).
- Circular Normativa Nº: 09/DGCG. *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral de Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx> (14/03/2014, 10h15).
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da*

*Dor*. Lisboa, 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>. (14/03/2014, 10h35).

- KASTRUP, M. *et al.* – Key Performance Indicators in Intensive Care Medicine. A Retrospective Matched Cohort Study. *The Journal of International Medical Research*, 2009. Disponível em: <http://imr.sagepub.com/content/37/5/1267.full.pdf> (27/04/2014, 21h20).
- NATÁRIO, Adriano *et al.* – *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> (08/04/2014, 11h30).
- NUNES, Lucília *et al.* – *3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia de Curso, 1º Semestre*. Setúbal, 2013. Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (01/03/14, 21h30).
- NUNES, Lucília – Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 2008. 16(1): 41-50. Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt/> (disponibilizado pela autora). (04/03/2015, 21h45).
- NUNES, Lucília; MARTINS, Lurdes; LOPES, Joaquim – *Guia de Curso do 3º Semestre*. Setúbal, 2014. Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (03/11/14, 19h00).
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice; LOPES, Joaquim – *Guia do Curso 2º Semestre*. Setúbal, 2014. Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt>. (01/03/14, 21h30).
- PAYEN, Jean-François *et al.* – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 2001. Vol. 29, n.º12. Disponível em:

<http://www.consensusconference.org/data/upload/consensus/1/pdf/787.pdf> (17/03/14, 10h30).

- RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília – Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. *Percursos*, 2010. ISSN 1646-5067. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf) (10/03/14, 9h35)

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. [s.d.], [s.l.]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao\\_dor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf) (14/03/2014, 10h25).

## Anexo I













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

Figura 1: Escala BPS traduzida e validada para português (Batalha *et al.*, 2013)

# APÊNDICE IX

- POSTER: PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS -

# PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

A transmissão de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente da corrente sanguínea, encontra-se relacionada, em parte, com a inadequada preparação e administração de injetáveis;

Realizar a higienização das mãos antes de iniciar a preparação de injetáveis;



Usar sempre técnica asséptica e caso seja necessário usar embalagens de doses múltiplas, a agulha e a seringa utilizadas para aceder ao frasco devem ser esterilizadas; o septo de borracha deve ser desinfetado com álcool a 70%, deixando-se secar ao ar antes de perfurar;

(DOLAN *et al.*, 2010; HUTIN *et al.*, 2003; SIEGEL *et al.*, 2007)

Evitar deixar uma agulha ou outro dispositivo inserido num frasco de medicação para usos múltiplos dado que permite uma propagação direta de microrganismos para entrar no frasco e contaminar o conteúdo;



Deve usar-se, sempre que possível, frascos de dose única para preparação de medicamentos injetáveis;

Caso seja necessário utilizar embalagens para doses múltiplas todo o material injetável (agulha, seringa, ou outros) que acede à embalagem deve estar estéril.

Os injetáveis devem ser preparados em uma área limpa específica;

(DGS, 2013; HUTIN *et al.*, 2003; OMS, 2010; SIEGEL *et al.*, 2007)

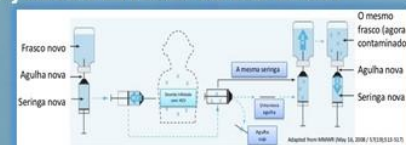
Após a reconstituição de um frasco de dose múltipla, deve rotular-se com:

- ♦ data e hora da preparação;
- ♦ tipo e o volume de diluente;
- ♦ concentração final;
- ♦ data de vencimento;
- ♦ assinatura do profissional.

Para fármacos de dose múltipla que não necessitam de reconstituição, deve rotular-se com:

- ♦ data e hora da primeira perfuração do frasco;
- ♦ assinatura do profissional que perfurou o frasco pela 1ª vez.

O material utilizado na preparação de injetáveis deve ser de uso único.



(DGS, 2013; HUTIN *et al.*, 2003; OMS, 2010; SIEGEL *et al.*, 2007)

# APÊNDICE X

- AVALIAÇÃO DO RISCO E PLANO DE AÇÃO -

## Avaliação do Risco e Plano de Ação

---

### CONTEXTUALIZAÇÃO

No âmbito do Estágio III procurei desenvolver conhecimentos e competências no que diz respeito à gestão do risco. Primeiramente procurei realizar um estágio nesta área. Tive oportunidade de realizá-lo na Comissão de Gestão do Risco de um Centro Hospitalar da região de Lisboa. Tal estágio permitiu a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos na Unidade Curricular de Enfermagem no 1º Semestre.

Antes mesmo de iniciar o estágio, tinha já realizado uma avaliação dos riscos na UCI, onde me encontro a realizar o Estágio III. Efetivamente, existem duas áreas distintas para prestação de cuidados de nível III<sup>1</sup> e nível II<sup>2</sup>, e que estruturalmente são distantes, sendo difícil a comunicação entre a equipa no caso de ocorrer uma situação de urgência (Ver imagens). Na área designada para a prestação de cuidados de nível II está apenas 1 enfermeiro (que poderá ficar responsável por 4 pessoas no máximo), enquanto que na área de prestação de cuidados de nível III estão 4 enfermeiros (dada a situação da pessoa o rácio de enfermeiro por pessoa será de 1:1 ou de 1:2). O médico intensivista que fica de banco tem de circular pelas duas áreas, sendo que quando está num dos locais, não tem de todo qualquer perceção do que ocorre no outro local. Porém está sempre também um médico interno, que dá apoio.

Desta forma, torna-se imperativo que exista um meio de comunicação eficaz, caso ocorra uma situação de urgência, nomeadamente, na área destinada à prestação de cuidados de nível II, onde só está um enfermeiro. Sendo igualmente importante para o médico intensivista, de modo a puder deslocar-se prontamente, caso não esteja no local onde está a ocorrer a situação. Neste sentido, procurou-se perceber o funcionamento do sistema de alerta já existente, pois era do desconhecimento da equipa.

Seguem-se as imagens que demonstram o espaço físico do serviço:

---

<sup>1</sup> Nível III – “Corresponde aos Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de Cuidados Intensivos que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivistas, e em presença física nas 24h; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (NATÁRIO *et al*, 2003).

<sup>2</sup> Nível II – “Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acessos a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (...) pelo que deve garantir a articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso a médico permanente com preparação específica” (NATÁRIO *et al*, 2003).



Imagem 1: Área de prestação de cuidados de nível III

A área de prestação de cuidados de nível III é constituída por uma sala com 4 camas e 2 quartos individuais.

A estrutura do serviço é semelhante a um T, como pudemos ver nas imagens seguintes.



Imagem 2 e 3: Corredor



Imagem 4: Continuação do Corredor que dá acesso à área de prestação de cuidados de nível II



Imagem 5: Área de prestação de cuidados de nível II

## AVALIAÇÃO DO RISCO

Data: 23/01/12

Local: UCI

Avaliado por: Joana Mestrinho (A)

Fator de Risco <sup>3</sup>	Riscos	Pessoas expostas	Consequências					Probabilidades					Risco		
			A	B	C	D	E	Média	A	B	C	D		E	Média
Ausência de conhecimento relativamente à utilização do sistema de alerta em caso de urgência interna (sistema de alarme por campainha, instalado no serviço, que permite o alerta em caso de urgência quer na sala de cuidados intermédios, quer na sala de cuidados intensivos, que estruturalmente se encontram distantes, dificultando a comunicação e o pedido de ajuda em caso de urgência/emergência).	Aumento do tempo de resposta em situação de urgência	Pessoas internadas na unidade	5						3						Nível 15

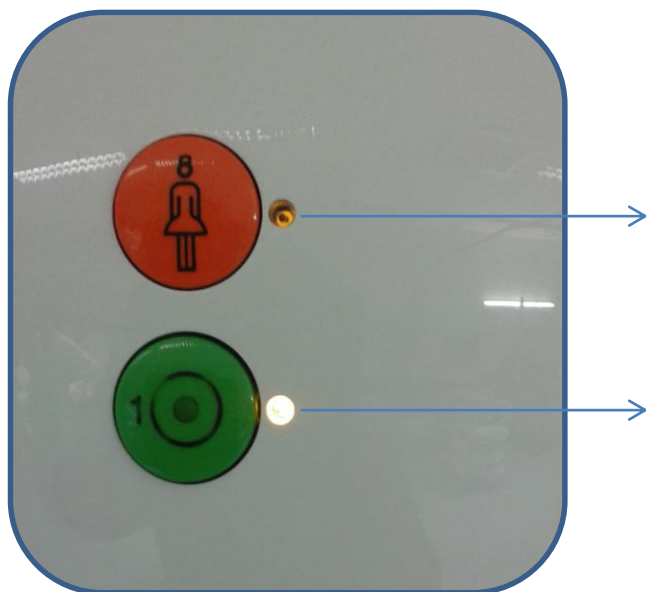
## PLANO DE AÇÃO

Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)	Responsáveis	Prazo	Monitorização
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de um documento com as instruções para o uso correto do sistema de alerta.</li> <li>Formação da equipa multidisciplinar em relação ao funcionamento do sistema de alerta.</li> <li>Realização de simulacros, às 4 equipas, a cada 6 meses (devem ser realizados por diferentes elementos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeira Maria</li> <li>Joana Mestrinho</li> </ul>	Imediato	Realizado em Janeiro 2015

<sup>3</sup> Atividade, área, materiais, equipamentos, outros.

Evidências (fotografias/procedimentos/outros documentos)	Legenda				
Ver imagens acima.	CONSEQUÊNCIA		PROBABILIDADE		Nível de Risco
	1	Baixa	1	Muito Improvável	1 a 3 Risco Baixo
	2	Ligeira	2	Improvável	4 a 6 Risco Moderado
	3	Moderada	3	Provável	8 a 12 Risco Elevado
	4	Severa	4	Muito Provável	15 a 25 Risco Muito Elevado
	5	Catastrófica	5	Quase Certo	

## INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO



Carregar neste interruptor em situação de urgência.

Este interruptor deve estar sempre ligado; permite que o alarme seja audível em todos os locais.

Imagem 6: Interruptores

- Existem 3 interruptores no serviço: 1 no gabinete médico, 1 na sala 1 (área de prestação de cuidados de nível III), 1 na sala 3 (área de prestação de cuidados de nível II) todos devem estar ligados para que quando acionado o alarme o mesmo seja audível.
- Para silenciar o alarme pressionar o interruptor verde uma vez; deverá ser acionado logo de seguida pressionando outra vez.
- Se ligado o interruptor verde, por cima de cada sala fica acionada uma luz verde (ver imagem); quando o alarme é acionado, uma luz vermelha fica ligada em simultâneo, assinalando o local onde foi acionado o alarme.



Imagem 7: Luz que indica que o interruptor verde foi acionado.

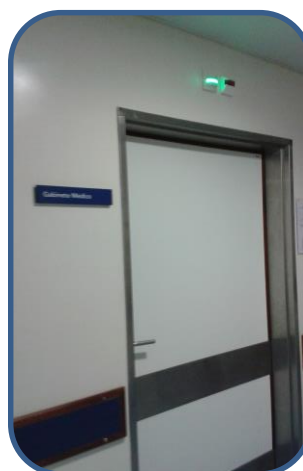


Imagem 8: Gabinete médico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NATÁRIO, Adriano *et al.* – *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> (08/04/2014, 11h30).
- RAMOS, Susana – *Segurança e Gestão do Risco: Cuidados de Enfermagem*. 2013, [s.l.]. (documentos fornecidos para aporte teórico da Unidade Curricular de Enfermagem no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da ESS-IPS).