



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Avaliação da Dor No Doente Crítico Não Comunicante Verbal

Liliana Ramos Palma Guerreiro

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 13 de Novembro de 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Avaliação da Dor No Doente Crítico Não Comunicante Verbal

Liliana Ramos Palma Guerreiro

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas

Presidente do Júri: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Setúbal, 13 de Novembro de 2024

*“Todo o mundo é capaz de dominar uma dor, exceto
quem a sente”*

William Shakespeare

O Meu Agradecimento

À Professora Doutora Maria do Céu Marques por todo o apoio e orientação que me proporcionou ao longo deste percurso. Todos os insights e sugestões foram valiosos para o aprimoramento e sucesso deste relatório.

Ao enfermeiro orientador Tiago Beato, pelo incentivo, disponibilidade e por me encorajar a explorar novas perspetivas e abordagens na pessoa em situação crítica.

À equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP], por me proporcionarem um ambiente de trabalho acolhedor, partilhando os seus conhecimentos e experiências.

Não posso deixar de agradecer à minha família, amigos e colegas de curso, que sempre estiveram a meu lado, principalmente ao meu amigo Daniel Martins por me ajudar na análise e tratamento dos dados do projeto, às minhas amigas Lia Torres e Salomé Almeida por me ajudarem a manter o foco e o fio condutor na construção deste relatório e à minha colega de estágio e amiga Ana Isabel Vieira pelo suporte emocional, encorajamento e apoio, foste sem dúvida a minha principal fonte de força durante toda esta caminhada.

A todos vocês, o meu mais sincero agradecimento.

Sem o apoio de cada um, esta conquista não seria possível.

Espero que este relatório de estágio possa contribuir para o avanço da enfermagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados, na abordagem da dor do doente crítico não comunicante verbal internado na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI].

RESUMO

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo efetuar uma análise crítico-reflexiva detalhada e fundamentada do percurso formativo teórico-prático e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem.

O Projeto de Intervenção Profissional Major desenvolvido, que intitula este relatório, é descrito com recurso à metodologia de projeto, assente na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e baseado no Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee.

Com o seu desenvolvimento e implementação, procurou-se aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, com base na evidência científica atual no que concerne à utilização de instrumentos de avaliação comportamental, válidos e confiáveis para a avaliação da dor, de forma a promover a melhoria do conforto da pessoa em situação crítica, internada nos cuidados intensivos. Foi neste sentido que foi testada a eficácia da escala Critical Care Pain Observation Tool [CPOT] como uma alternativa válida à escala Behavioral Pain Scale [BPS].

De um modo geral, neste relatório foi possível demonstrar e fundamentar de que forma foram adquiridas e desenvolvidas as competências anteriormente supracitadas, tendo sido considerados atingidos os objetivos traçados.

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

ABSTRACT

This Internship Report aims to carry out a detailed and well-founded critical-reflexive analysis of the theoretical-practical training process and its contribution to the acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Situation Critical and Master in Nursing.

The Professional Intervention Major Project developed, which is the title of this report, is described using the project methodology, based on Katharine Kolcaba Comfort Theory and based on June Larrabee's Model for Changing Evidence-Based Practice.

With its development and implementation, it was sought to increase the quality and safety of the care provided, based on the current scientific evidence regarding the use of valid and reliable behavioral assessment instruments for pain assessment in order to promote the improvement of the comfort of the critically ill person hospitalized in intensive care.

It was in this sense that the efficacy of the Critical Care Pain Observation Tool [CPOT] was tested as a valid alternative to the Behavioral Pain Scale [BPS].

In general, with this report it was possible to demonstrate and justify how the skills mentioned above were acquired and developed, and the objectives set were considered achieved.

Keywords: Intensive Care; Pain Assessment; CPOT; BPS; Nursing Care; Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Atendimento Permanente

APA - American Psychological Association

BIS - Bispectral Index

BPS – Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

DGS – Direção Geral da Saúde

DOP – Departamento de Tratamento de Dados

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC: PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

EEMC: PSC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EF – Estágio Final

EEG - Eletroencefalograma

EOT – Entubação Orotraqueal

GCL – PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

HER + - Health Event and Risk Management

HP – Hospital Privado

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - International Trauma Life Support

MMPBE - Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

NAS – Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIA – Pressão Intra Abdominal

PICCO - Pulse Contour Cardiac Output

PIM – Projeto de Intervenção Major

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

RE – Relatório de Estágio

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SUG – Serviço de Urgência Geral

TISS-28 - Therapeutic Intervencion Scring System-28

TSR – Técnica de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UH – Unidade Hospitalar

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	18
1.1. UNIDADE HOSPITALAR	18
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	18
1.3. ESPAÇO FÍSICO, RECURSOS MATERIAIS E FUNCIONAMENTO	19
1.4. RECURSOS HUMANOS	21
1.5. GESTÃO DOS CUIDADOS.....	21
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	23
2.1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	24
2.1.1- Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI	24
2.1.2- Abordagem das escalas de observação comportamental - BPS e CPOT	27
2.1.3- A importância do conforto e alívio da dor, assente na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	30
2.1.4- Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências.....	31
2.2- METODOLOGIA DE PROJETO	33
2.2.1- Diagnóstico de situação	33
2.2.2- Definição de Objetivos	38
2.2.3- Planeamento e Execução	39
2.2.4- Avaliação e Divulgação dos Resultados	55
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	60
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário de Diagnóstico de Situação	113
APÊNDICE II - Consentimento Informado.....	116
APÊNDICE III – Resumo do Artigo Científico	118
APÊNDICE IV – Infografia da escala CPOT	121
APÊNDICE V – Plano de Sessão da Formação em Serviço.....	123
APÊNDICE VI – Poster “Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe”	126

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Escala CPOT	129
ANEXO II - Escala BPS.....	131
ANEXO III – Parecer Favorável do Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor	133
ANEXO IV - Parecer Favorável do Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética.....	135
ANEXO V – Resposta do DOP	137
ANEXO VI – Parecer Favorável dos autores do estudo de validação e tradução para português da escala CPOT	140
ANEXO VII – Declaração de autorização do Exmo. Diretor Clínico da UCIP	142
ANEXO VIII – Certificado do curso de Suporte Básico de Vida	144
ANEXO IX – Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida.....	146
ANEXO X – Certificado do curso International Trauma Life Support.....	148
ANEXO XI – Certificado de participação no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC	150
ANEXO XII – Certificado de participação no Congresso de Enfermagem Intensiva do CHUC	152

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Para si constitui uma dificuldade a avaliação da dor no doente crítico, ventilado/sedado?	35
Gráfico 2. Considera que consegue realizar sempre a avaliação da dor num doente ventilado/sedado?	35
Gráfico 3. Na sua opinião, é pertinente a realização de formação em serviço sobre esta temática?	35
Gráfico 4. Perante o doente crítico incapaz de comunicar e classificar a sua dor. Que escalas escolheria para esse efeito?	36
Gráfico 5. Considera a escala BPS, um instrumento de avaliação completo na monitorização da dor do doente crítico?	36
Gráfico 6. Conhece a escala CPOT enquanto ferramenta de avaliação da dor em doentes críticos, sedados e/ou inconscientes, sob VMI ou não?	37
Gráfico 7. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT	47
Gráfico 8. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT em repouso	47
Gráfico 9. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT durante intervenções de enfermagem específicas.....	48
Gráfico 10. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT 20 minutos após os procedimentos	48
Gráfico 11. Aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI em repouso	49
Gráfico 12. Aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI em repouso	49
Gráfico 13. Aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI durante intervenções de enfermagem específicas.....	49
Gráfico 14. Aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI durante intervenções de enfermagem específicas.....	49
Gráfico 15. Aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI 20 minutos após os procedimentos.....	51

Gráfico 16. Aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI 20 minutos após os procedimentos.....	51
Gráfico 17. Apresentação em gráfico boxplot da aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI 20 minutos após os procedimentos	51
Gráfico 18. Apresentação em gráfico boxplot da aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI 20 minutos após os procedimentos	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT37

Tabela 2 - Análise do questionário de avaliação da sessão de formação pelos formandos.....58

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio [RE] surge como parte integrante da Unidade Curricular [UC] Relatório, do VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EEMC:PSC], a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este documento descreve todo o percurso formativo, refletindo de forma fundamentada acerca do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EEEMC: PSC], bem como as competências de Mestre em Enfermagem, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de EEEMC: PSC.

Define-se como EE “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a:4744). Assim, independentemente da sua área de atuação, o exercício da sua prática profissional, encontra-se assente em competências comuns que visam o caminho para a excelência dos cuidados tendo em conta a responsabilidade profissional, ética, jurídica, legal e de gestão de qualidade.

A análise crítico-reflexiva do presente relatório incide sobre as atividades desenvolvidas no Estágio Final [EF], uma vez que, apesar do plano de estudos envolver dois momentos de estágio, foi-me concebida creditação, com reconhecimento e validação de competências na UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrada no 1º ano do curso de Mestrado, por apresentar uma experiência profissional de treze anos, oito dos quais num Serviço de Urgência Geral [SUG].

Assim, o EF decorreu na UCIP de um Hospital Privado [HP] português, de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, sob orientação clínica de um EEEMC-PSC e orientação pedagógica da professora Doutora Maria do Céu Marques.

O presente estágio, constitui um importante meio para o desenvolvimento e integração global de competências e conhecimentos aplicados à prática clínica e o facto de ser desenvolvido numa UCIP considerada de nível III, destinada ao tratamento de pacientes em situações de doença aguda que apresentem falência iminente de uma ou mais funções vitais, dá

relevância às competências do EEMC-PSC, pois é nisso que se centra a sua prática. A vigilância, monitorização contínua e terapêutica avançada, preconizam cuidados de elevada qualidade, na área do atendimento à pessoa em situação crítica, com vista a dar resposta às necessidades existentes, manutenção das funções básicas da vida, prevenção de complicações e diminuição da incapacidade (OE, 2018).

O percurso formativo foi suportado por um quadro de referência alicerçado no modelo teórico de Katharine Kolcaba e pelo Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE] de June Larrabee, com recurso à metodologia de projeto, a qual através de “(...) pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo et al., 2010:2). Para isso, foi elaborado primeiramente um projeto de estágio, no qual foram traçadas as atividades a desenvolver e os indicadores de execução, com o objetivo de fazer o paralelismo entre os objetivos do estágio e planear o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem.

Seguidamente foi elaborado um Projeto de Intervenção Major [PIM], assente numa necessidade/ problemática identificada no contexto clínico, intitulado “Avaliação da Dor no Doente Crítico Não Comunicante Verbal”, bem como a elaboração de um artigo científico que aguarda publicação, sobre a mesma temática, contudo direcionado à análise da eficácia da escala CPOT, utilizada como instrumento de avaliação da dor nesta população.

De facto, quando o doente é incapaz de comunicar verbalmente a sua dor, indicadores observáveis, comportamentais e fisiológicos tornam-se fulcrais para a avaliação da dor, pelo que a utilização de instrumentos de avaliação comportamental, válidos e confiáveis constitui uma necessidade. Foi neste sentido que foi testada a eficácia da escala CPOT, recentemente validada em Portugal e ainda pouco difundida a sua utilização nas UCI's portuguesas, como uma alternativa válida e fiável à escala BPS utilizada no serviço e neste projeto como validade convergente.

A apresentação da escala CPOT à equipa de enfermagem da UCIP pretendeu validar a sua pertinência e adequação como ferramenta para avaliação da dor no âmbito da prestação de cuidados.

Com o desenvolvimento e implementação do PIM, procurou-se aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, com base na evidência científica atual no que concerne à avaliação e monitorização da dor e à melhoria do conforto da pessoa em situação crítica [PSC] internada nos cuidados intensivos.

Desta forma e atendendo a tudo o que foi referido anteriormente, definiu-se como objetivo geral deste relatório: Efetuar uma análise crítico-reflexiva detalhada e fundamentada do percurso formativo teórico-prático e o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC: PSC e de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes:

- Apresentar o contexto clínico onde foi desenvolvido o EF;
- Descrever de forma pormenorizada o PIM, de acordo com as várias etapas da metodologia de projeto;
- Fundamentar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas para a obtenção e desenvolvimento de competências.

Este relatório é constituído por três capítulos essenciais, antecedendo-se uma breve nota introdutória de forma a efetuar uma contextualização do mesmo. No primeiro capítulo procede-se a uma apreciação do contexto clínico, correspondente ao EF. No segundo capítulo, é apresentado o enquadramento teórico e concetual que nortearam a implementação do projeto, tendo por base os modelos teóricos escolhidos, de forma a contextualizar a problemática em questão. Este capítulo é também dedicado à fundamentação da pertinência do PIM, efetuando-se uma análise e descrição do mesmo, tendo por base as etapas preconizadas pela metodologia de projeto. O terceiro capítulo, compreende uma análise reflexiva e fundamentada sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem. É neste capítulo que se consegue objetivar e dar a conhecer todo o percurso formativo, fazendo um paralelismo entre os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas. Por fim, segue-se uma conclusão e síntese dos aspetos mais relevantes abordados ao longo deste relatório e as referências bibliográficas.

A redação deste documento teve por base as diretrizes do novo acordo ortográfico português, cumprindo as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al., 2018) tendo por base as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association 7th* [APA 7th].

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O EF decorreu num HP de 19 de Setembro de 2022 a 27 de Janeiro de 2023, num total de 388 horas, divididos em 336 horas presenciais e as restantes de trabalho autónomo e formação.

Tendo em vista uma melhor compreensão dos conteúdos desenvolvidos ao longo deste relatório, considerou-se necessária a realização de uma breve caracterização do contexto clínico, no que toca à missão, valores da Unidade Hospitalar [UH], bem como a descrição do espaço físico, recursos materiais, funcionamento, recursos humanos e gestão dos cuidados da UCIP.

1.1. UNIDADE HOSPITALAR

O HP encontra-se situado na área metropolitana de Lisboa e foi inaugurado em 2001, configurando a saúde privada em Portugal. Esta UH visa uma “prestação de cuidados de saúde de acordo com as melhores práticas, a excelência tecnológica e a mais recente e comprovada evolução científica na prevenção, diagnóstico e tratamento da pessoa com doença, sustentada na obtenção de resultados clínicos, periodicamente monitorizados e reavaliados face aos objetivos e metas definidos” (HP, 2020a:1).

Toda a sua atividade é baseada no respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, competência, desenvolvimento humano e inovação, tal como espelhado no Código de Ética (HP, 2020b).

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

A UCIP dá resposta a doentes do foro médico ou cirúrgico, provenientes do atendimento permanente, bloco operatório central, internamento geral e/ou obstetrícia, hospital de dia, serviços de ambulatório como a imagiologia, exames especiais ou consultas externas e ainda de outras instituições por necessidade de vaga de ventilação ou vigilância/ monitorização permanente. Na área da pediatria a UCIP apenas cede as instalações, sendo a prestação de cuidados assegurada pela equipa de pediatria.

De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina intensiva, as UCI's são classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (Direção Geral de Saúde [DGS], 2003a).

A UCIP do HP, trata-se de uma unidade de nível II e III.

As unidades de nível II,

“Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.” (OE, 2019b:145).

Já as unidades de nível III, correspondem aos

“denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista, por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização, de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável.” (OE, 2019b: 145).

1.3. ESPAÇO FÍSICO, RECURSOS MATERIAIS E FUNCIONAMENTO

A UCIP dispõe de doze camas, sendo onze em *open space* individualizadas com recurso a cortinas e um quarto de isolamento com possibilidade de alternância de pressões e antecâmara.

Cada unidade entendida como o espaço destinado a cada doente, é provida de luz natural e a sala está equipada com um sistema de regulação de fluxo luminoso, podendo variar a intensidade da luz em cada unidade individualmente. Cada unidade está equipada com cama elétrica, com um ventilador, capaz de efetuar ventilação mecânica invasiva [VMI] ou não invasiva, seringas e bombas infusoras, equipamento para monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais, *ambú*, máscara, três rampas de oxigénio e duas de ar comprimido, equipamento de aspiração de secreções, aspirador de alta e baixa pressão e diverso material de apoio aos cuidados. No serviço, existem duas máquinas para realização de terapia de

substituição renal, estas são móveis, pelo que são transportadas para a unidade do doente em caso de necessidade.

Fazem ainda parte do material da UCIP, equipamento para realização de análises gasométricas, sistemas de aquecimento externo, meias compressivas, meias de pressão alternada, múltiplos colchões de alívio de pressão e elevador elétrico de transferência com arnês.

Relativamente aos registos clínicos, médicos e de enfermagem, o programa informático em utilização na UCIP é o PatientCare. Apesar da sala ser em *open space* e permitir o contacto visual entre os doentes e os enfermeiros, está disponível no balcão de apoio, uma central de monitorização, onde os dados captados pelo monitor e pelo ventilador, são transmitidos simultaneamente, permitindo uma vigilância contínua do estado hemodinâmico do doente e migrando automaticamente para o sistema.

A unidade também dispõe de um carro de emergência devidamente equipado, cuja verificação é efetuada diariamente pelo chefe de equipa de enfermagem.

Existem recursos materiais e técnicos para realização de diversas técnicas invasivas de acordo com as necessidades dos doentes (colocação de cateteres venosos centrais ou arteriais, cateter de PICCO, cateter de hemodiálise, broncofibroscopias, traqueostomias percutâneas, entre outros...).

Além da área clínica, a UCIP possui vários espaços que apresentam diferentes utilidades, nomeadamente, gabinetes de armazenamento de material de uso clínico e equipamentos, copa, vestiários, gabinete do diretor do serviço, gabinete da enfermeira coordenadora, gabinete de anestesia, sala de espera para visitas.

A zona limpa e a zona de sujos encontram-se separadas. Os resíduos produzidos são acondicionados em contentores apropriados, situados na sala de sujos, não existindo comunicação com a zona limpa no momento da sua recolha.

Relativamente à circulação no serviço, existem dois circuitos. Um destinado exclusivamente à equipa da UCIP e outros profissionais da UH e um circuito destinado às visitas. Para este último foi criada uma sala de espera, do qual faz parte uma adufa com lavatório e cacifos, onde os familiares podem deixar os seus pertences e colocar os equipamentos de proteção individual, podendo de seguida entrar na zona de internamento do serviço.

1.4. RECURSOS HUMANOS

A UCIP é constituída por uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, nutricionista, fisioterapeuta e administrativa. No que toca à equipa de enfermagem esta é constituída por trinta e um enfermeiros, dos quais, três enfermeiros EEMC, quatro enfermeiros especialistas em Reabilitação e os restantes generalistas. Existe uma enfermeira gestora e uma enfermeira adjunta que colabora na gestão do serviço.

Em cada turno, existe um enfermeiro responsável (preferencialmente especialista), pela distribuição dos doentes, bem como tarefas administrativas de gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos. Este por sua vez também assume a prestação direta de cuidados.

A equipa médica, é constituída por seis médicos, um deles tem a função de diretor do serviço, ficando sempre durante o período das 24h o serviço assegurado por um destes elementos. São os médicos e enfermeiros da UCIP que constituem a Equipa de Emergência Médica Interna [EEMI] que dá apoio a qualquer intercorrência que aconteça no HP.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por onze elementos e existe também uma administrativa exclusivamente para a UCIP durante o horário semanal, sendo na sua ausência, o enfermeiro responsável de turno, que assegura algumas das burocracias necessárias ao normal funcionamento do serviço.

Colaboram também com a UCI diferentes profissionais de outras áreas, dando apoio ao serviço sempre que solicitados.

1.5. GESTÃO DOS CUIDADOS

Na UCIP, o horário de trabalho é rotativo e apesar de dividido por cinco equipas, não existe um roulement fixo. Os turnos são maioritariamente de 12h, das 8h às 20h o turno da manhã e das 20h às 8h o turno da noite. Paralelamente também existem turnos de 8h divididos em manhã (8h – 16h), tarde (15h30 às 23h30 ou das 13h às 20h30) e noite (23h – 8h30).

Geralmente é o enfermeiro chefe de equipa, especialista, que assume a gestão da equipa de enfermagem, realizando no início de cada turno a distribuição dos doentes pelos diversos elementos. A dotação segura para uma UCI nível II é de um enfermeiro para cada dois doentes e para uma UCI nível III é preferencialmente de um enfermeiro, para um doente. Nos casos em que se encontrem internados doentes que necessitem de cuidados de nível I, ou seja, monitorização, normalmente não invasiva, o rácio de enfermeiro/doente será de um para três (OE, 2019b). Assim, cada turno, dependendo da taxa de ocupação e tendo sempre em conta as

dotações seguras, tem no mínimo quatro ou cinco enfermeiros, distribuídos pelos doentes internados sendo cada um responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe são atribuídos, sem que isso constitua um impedimento ao trabalho em equipa. Nos dias úteis, no turno da manhã, acresce a enfermeira coordenadora e a enfermeira de apoio à gestão.

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem, é realizado através dos instrumentos Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) e Nursing Activities Score (NAS).

O TISS-28 avalia 28 itens, subdivididos em sete categorias: atividades básicas, suporte respiratório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2005) e o NAS é constituído por vinte e três itens, subdivididos em sete categorias, onde ao nível da categoria das atividades básicas engloba o controlo e monitorização, colheitas laboratoriais, medicação com exceção de drogas vasoativas, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, cuidados prestados a drenos, apoio e cuidados aos familiares/doentes e atividades administrativas e de gestão (Macedo et al., 2021).

É assim possível, mensurar a carga horária de trabalho de enfermagem, na prestação de cuidados à PSC, atendendo ao seu grau de complexidade/ gravidade e necessidades, nas últimas 24h. O que permite por sua vez uma melhor gestão e distribuição dos recursos humanos nos turnos subsequentes, reduzindo a discrepância entre a exigência dos cuidados prestados por doente. Na UCIP o TISS-28 e o NAS são ambos aplicados pelo enfermeiro responsável pelo doente no turno da manhã, tendo em consideração os dados relativos às últimas 24h.

Nesta unidade é praticado o método individual de trabalho, sob o modelo conceptual de Nancy Roper. O enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados ao doente como um todo, procurando manter asseguradas as doze atividades de vida diárias que podem estar alteradas devido a problemas, potenciais ou reais, em situações agudas ou permanentes.

É importante referir que a UH incentiva os profissionais na atualização e reciclagem de conhecimentos, disponibilizando fóruns de discussão, congressos, seminários, cursos e jornadas aos seus colaboradores. Na UCIP além dos protocolos e normas inerentes ao serviço, existe um plano de formação anual, onde os enfermeiros que integram os grupos de trabalho, se dedicam ao desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, sustentados por evidência científica.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR

Neste segundo capítulo, proceder-se-á ao enquadramento teórico e conceptual que nortearam a implementação do PIM, bem como à apresentação e fundamentação do mesmo, tendo por base as etapas preconizadas pela metodologia de projeto. O PIM surge como um dos objetivos definidos da UC Estágio Final, tendo em vista a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE e de competências específicas do EEEMC: PSC, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

“A Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo et al., 2010:2).

Assim, a definição de um problema real em contexto da prática clínica, constitui o início da concretização de um projeto onde a tomada de decisão não pode ser desagregada da prática baseada na evidência [PBE], devendo-se apostar na melhoria da qualidade dos cuidados, assentes em quadros de referência para o exercício profissional. A PBE é sobretudo uma praxis transformadora, possibilitando a aquisição de conhecimentos, avaliação de condutas e viabilizando uma maior segurança na tomada de decisão (Ruivo et al., 2010; Camargo et al., 2017).

O enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar e priorizar os problemas, recolher e analisar os dados, estabelecer objetivos e planear cuidados de enfermagem fundamentados e individualizados com vista à melhoria da qualidade de vida dos doentes. É importante que sejam criados momentos de avaliação em todo o processo e proceder às respetivas alterações sempre que necessário (Ruivo et al., 2010; OE, 2015a). Esta ação envolve recursos, tempo e esforço, aliado a todo um processo de colheita, interpretação, avaliação e implementação de dados clínicos relevantes para a tomada de decisão dos profissionais, devendo o enfermeiro incorporar os resultados da investigação na sua prática clínica, realçando a importância da investigação, como um instrumento impulsionador da profissão (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020; OE, 2020).

É neste âmbito que surge o presente projeto, com o objetivo de fundamentar a problemática identificada, da importância da avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI, pois a dor pode ser um sintoma subestimado, principalmente nos doentes sob VMI. A natureza subjetiva dos sintomas torna difícil esta avaliação, quando o mesmo está incapacitado de comunicar a sua dor. Existem múltiplas escalas de avaliação da dor, no entanto com finalidades e complexidades diferentes, necessitando de serem selecionadas de acordo com o doente a tratar. É neste sentido que surge a escala CPOT, assente na evidência científica mais recente, como instrumento de avaliação da dor a fim de alcançar uma melhoria nos cuidados, como uma alternativa válida e fiável, à escala BPS atualmente utilizada na UCIP.

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

No presente subcapítulo, pretende-se fazer uma ponte entre a teoria e a prática.

Primeiramente será efetuado o enquadramento conceptual referente à problemática da avaliação da dor, no doente crítico não comunicante verbal internado na UCI, bem como uma abordagem das escalas de avaliação da dor de carácter observacional, BPS e CPOT. Posteriormente, serão descritos os referenciais teóricos que sustentaram o trabalho desenvolvido, tendo sido selecionada a teoria do conforto de Katharine Kolcaba e o MMPBE, de June Larrabee.

Os modelos teóricos desempenham um papel fundamental na prática e no desenvolvimento da profissão, ao conferirem (...) sustentabilidade e especificidade às ações de enfermagem (...)” (Truppel, 2008:26). Estes norteiam a base dos saberes científicos que amparam a PBE, constituindo ferramentas essenciais para os enfermeiros na prestação de cuidados de saúde eficazes, seguros e fundamentados em conhecimentos científicos atualizados de forma a lidarem de forma crítica, com os desafios e complexidade dos cuidados de saúde (Cardoso et al., 2019).

Assim, os modelos teóricos, são fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e como um pilar incontestável para a prática e autonomia profissional (Tomey & Alligood, 2004).

2.1.1. Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI

O internamento numa UCI, constitui uma transição marcante para o indivíduo no seu estado de saúde – doença, uma vez que de uma forma imprevisível e abrupta vê-se privado da sua

saúde e da sua individualidade, encontrando-se numa situação de saúde crítica, ingressando subitamente num ambiente despersonalizado, fragilizado, dependente de pessoas estranhas e ainda sendo submetido a uma panóplia de procedimentos invasivos, onde as suas necessidades mais básicas são asseguradas por dispositivos, que substituem funções tão básicas como a respiração, alimentação, eliminação, etc... (Mata et al., 2021).

O controlo da dor tornou-se num dos maiores desafios que persiste nos cuidados de saúde, pois é um dos sintomas mais experienciados nos doentes hospitalizados. Segundo a International Association for the Study of Pain, a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020). Já a DGS, define desde o ano de 2003 a dor como o 5º sinal vital, acompanhando de forma transversal, a globalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003b). Esta deve ser registada, segundo as suas características, localização e intensidade em conjunto com o registo, dos restantes sinais vitais (Castro et al., 2018).

Importa salientar que a avaliação e monitorização da dor constitui uma das áreas mais relevantes para a prática de enfermagem, integrando um dos focos da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem [CIPE], sendo definida como uma experiência subjetiva, multidimensional e pessoal com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Internacional Council of Nurses [ICN], 2010). Esta envolve aspetos quantitativos, sensoriais e emocionais que induzem a repercussões fisiopatológicas desfavoráveis no estado geral do indivíduo, podendo afetar o nível de consciência, ciclo do sono, metabolismo e todos os sistemas corporais do mesmo, bem como ainda levar a distúrbios psicológicos (Marques et al., 2022).

As UCI's são caracterizadas pela “sofisticação tecnológica, onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, estão destinados à sobrevivência da pessoa em situação crítica.” (Coelho & Pedro, 2022:98). Segundo a OE (2008), durante o internamento na UCI, um dos principais focos do tratamento prende-se no controlo e gestão da dor. Pretende-se dessa forma otimizar o conforto do doente, minimizando as complicações inerentes ao internamento, enquanto se procura a humanização dos cuidados prestados.

Quando se fala em doente crítico, fala-se maioritariamente de dor aguda, não só devido à patologia que motivou o internamento, mas porque numa UCI, diferentes fatores estão envolvidos na indução de dor aos doentes, de modo que não é provável dois indivíduos experienciarem ou reagirem de forma idêntica, ao mesmo estímulo doloroso, pelo que se deve

respeitar a avaliação do doente quando este consegue autoavaliar a sua dor (Nordness et al., 2021). Por outro lado, as observações clínicas e os resultados obtidos através do desenvolvimento de estudos observacionais prospetivos, indicam que em doentes submetidos a VMI e entubação orotraqueal [EOT], a incidência da dor é subestimada e, portanto, não tratada ou tratada de forma inadequada (Kotfis et al., 2017).

O recurso a sedativos, agentes neuromusculares e hipnóticos ou outros fatores que dificultam a comunicação, incluindo alterações do estado de consciência, gravidade do distúrbio subjacente torna estes doentes incapazes de comunicar verbalmente a sua experiência de dor, o que não nega a possibilidade que estejam a sentir dor. (Basiri et al., 2018; Khanna et al., 2018; Pinheiro & Marques, 2019). O medo e a ansiedade vão-se repercutir no seu estado geral, induzindo respostas de stress, que podem causar repercussões clínicas no doente (por exemplo, taquicardia, polipneia, aumento da tensão arterial, sudorese profusa, entre outros...)

Portanto, avaliar a dor em doentes críticos, especialmente não comunicantes verbais continua a ser um desafio para clínicos e investigadores. Estudos recentes, reforçam a vigilância e monitorização sistemática da dor em doentes internados nas UCI's. Várias escalas de avaliação e monitorização da dor têm sido desenvolvidas, no entanto, muitos profissionais desconhecem a sua disponibilidade e aspetos metodológicos para a sua utilização na prática clínica (Hora & Alves, 2020). Estas, além de permitirem identificar a intensidade da dor da PSC, permitem a implementação de intervenções sejam elas interdependentes ou autónomas, farmacológicas ou não farmacológicas, para o seu tratamento (Ferreira et al., 2014; ICN, 2010 citado por Teixeira & Durão, 2016:136).

É fundamental uma avaliação regular da dor durante os procedimentos de enfermagem, a redução da sedação ao máximo por parte da equipa médica e o conhecimento e gestão dos fatores que estão associados a um aumento do risco de dor durante o período temporal que o paciente se encontra internado na UCI, de forma a melhorar o prognóstico do doente, aliviar o stress e o seu sofrimento, diminuir a duração da VMI, assim como as infeções nosocomiais e mortalidade na UCI (Hasegawa, 2017; Olsen et al., 2020; Salamat et al., 2021).

O Programa Nacional de Controlo da Dor salienta que “deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal” (DGS, 2008:8). Assim, quando o doente é incapaz de comunicar e expressar o seu desconforto, indicadores observáveis, comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, adaptação ao ventilador, presença de sons, vocalizações) e fisiológicos (↑ frequência cardíaca, ↑ tensão arterial, ↑ CO₂ expirado, sudorese, palidez, dilatação pupilar, ↑ ou ↓ da frequência respiratória, ↓ da profundidade da ventilação) tornam-se fulcrais para a avaliação da

dor, pelo que a utilização de instrumentos de avaliação comportamental, válidos e confiáveis constitui uma necessidade nesta população de doentes (Urden et al., 2008; Khanna et al, 2018; Nazari et al., 2022).

2.1.2. Abordagem das escalas de observação comportamental - BPS e CPOT

Existem diversas escalas comportamentais para avaliação da dor, mas duas delas mostraram desempenho psicométrico robusto, nomeadamente a escala CPOT e BPS. Estas duas escalas observacionais e comportamentais foram validadas em doentes críticos internados em UCI com diversas condições clínicas: sedados e/ou inconscientes, sob VMI, delirantes ou com lesão cerebral, com o objetivo de padronizar a observação de comportamentos indicativos de dor (Pinheiro & Marques, 2019; Chanques & Gélinas, 2022).

A observação da expressão facial constitui o principal método para avaliação da dor em doentes sob VMI, verificando-se durante procedimentos nociceptivos, aumento dos movimentos faciais: olhos fechados, sobrancelhas franzidas, lacrimejo, pálpebras cerradas, bochechas levantadas e lábios entreabertos. Além disso, o aumento dos movimentos corporais, rigidez e tensão muscular, gemidos ou sons inespecíficos, desadaptação ao ventilador podem ser outros indicadores comportamentais da existência de dor. Com base nestes indicadores, nas escalas de avaliação comportamental, foram determinados scores, com valores mínimo, máximo e ponto de corte que indicam a presença ou ausência de dor, dado que a observação está associada às repostas comportamentais apresentadas pelo doente, como expressão ao estímulo doloroso (Azevedo-Santos & DeSantana, 2018).

Embora existam limitações no uso destes instrumentos, constituem um importante indicador de avaliação da dor na PSC. Enquanto o autorrelato relaciona a dimensão sensorial da dor que se refere à percepção desse sinal por parte de quem a vivencia, nos doentes sem essa capacidade, a ausência de indicadores observáveis, não significa necessariamente ausência de dor, principalmente devido à natureza dos fármacos utilizados nas UCI's, que muitas vezes interferem com o estado hemodinâmico do doente. Portanto instrumentos válidos e específicos devem ser utilizados e os enfermeiros devem ser capazes de mobilizar competências e conhecimentos quando procedem à avaliação e monitorização da dor de um doente crítico (Urden et al., 2008; Azevedo-Santos & DeSantana, 2018).

A escala CPOT, desenvolvida por Celine Gélinas, validada pela primeira vez em 2006 e publicada no American journal of critical care, através do estudo “Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients”, demonstrou ser um dos instrumentos de avaliação

comportamental válido e confiável, projetada para a avaliação da dor do doente crítico, internado na UCI. Em Portugal, a escala CPOT, apesar de já ser conhecida e se encontrar traduzida para português por Marques (2009), apenas foi validada e publicada para a população portuguesa, seguindo os procedimentos recomendados pelas *guidelines* internacionais por Marques et al. (2022), na revista *Healthcare* publicada online na MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute).

A escala CPOT (Anexo I), encontra-se dividida em quatro seções, baseada na soma de quatro itens comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e a adaptação ao ventilador em doentes com EOT, ou a vocalização em doentes não EOT. Cada seção é pontuada de 0 a 2, para uma possível pontuação total variando de 0 (sem dor) a 8 (dor máxima). Uma pontuação > 2 indica presença de dor (Shan et al., 2018; Marques et al., 2022; Nazari et al., 2022).

Existem algumas recomendações relativamente à utilização da escala CPOT, devendo o doente ser observado em repouso durante um minuto e durante procedimentos nociceptivos, de forma a detetar quaisquer alterações de comportamento que sejam indicativos de dor e também no antes e após a administração de analgesia. A classificação atribuída por cada item, deve ser a maior pontuação obtida durante o período de observação. A tensão muscular deve ser avaliada por último, principalmente quando o doente está em repouso, a estimulação resultante do toque, ao realizar flexão e extensão passiva do braço, pode traduzir-se por si só, em reações comportamentais (Gélinas et al., 2006; Gélinas & Arbour 2009; Gélinas, 2010).

Esta ferramenta, sugere que independentemente do estado de consciência, os doentes podem demonstrar comportamentos de dor em resposta a um procedimento nociceptivo. E apesar de não se saber se a resposta comportamental a um estímulo doloroso é acompanhada pela perceção de dor no doente inconsciente, até que haja evidência em contrário, deve-se assumir que o doente sente dor, sempre que exista a ocorrência de resposta comportamental. Esta ferramenta pode ser útil na avaliação da dor em doentes críticos não comunicativos e para avaliar a eficácia do tratamento analgésico e adaptá-lo (Gélinas et al., 2006; Khanna et al., 2018).

Relativamente à escala BPS (Anexo II), esta foi

“desenvolvida em 1997 no Hospital Albert Michallon em Grenoble - França, com base no estudo de Puntillo et al., (1997). Este estudo destacou a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o auto-relato de dor em doentes cirúrgicos” (Batalha et al., 2013:9).

Com base nestes indicadores, Payen et al. (2001) desenvolveram e testaram a escala BPS no estudo de investigação “Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale”, tendo-se verificado boa validade e confiabilidade na população em estudo (Batalha et al., 2013; Pinheiro & Marques, 2019). Esta escala foi das primeiras escalas concebidas para avaliar a dor no doente crítico incapaz de comunicar e autoavaliar a sua dor (Batalha et al., 2013; Rahu et al., 2015). Atualmente é das escalas mais utilizadas, tendo sido testada e validada em diversos idiomas. Em Portugal a sua validação foi efetuada por Batalha et al. (2013) e publicada no artigo de investigação “Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)”, na Revista de Enfermagem Referência.

A escala BPS, é uma escala observacional e avalia três domínios comportamentais: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador. Cada indicador, encontra-se categorizado em quatro descrições do comportamento, onde cada item é pontuado de 1 (sem resposta) a 4 (resposta completa), sendo a pontuação total do score da escala BPS entre 3 (sem dor) a 12 (dor máxima). Um score de 6 ou superior é considerado um reflexo de dor inaceitável (Batalha et al., 2013; Rijkenberg et al., 2017; Azevedo-Santos & DeSantana, 2018; Emsden et al., 2020; Marques et al., 2022). Quanto maior o score obtido, maior a dor experienciada pelo doente (Ahlers et al., 2010).

Apesar de válida e confiável a escala BPS não é uma escala perfeita, pois não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. Existe uma carga subjetiva na avaliação da dor num doente incapaz de avaliar a sua dor, pois “a não existência de dor”, que os enfermeiros consideram como a dor zero, é retratada como uma dor “3”, dado que a pontuação mínima da escala começa em “3” em vez de zero. Já os fármacos utilizados, a condição física do doente, e medidas de contenção física, acabam por influenciar a capacidade de movimentação dos membros. Por outro lado, permanece alguma ambiguidade em relação aos itens do indicador adaptação ao ventilador, os termos da escala “tolera”, “luta”, “maior parte do tempo”, carecem de maior clarificação, quanto à forma como são medidos. Por estas razões, vários autores defendem a necessidade de mais estudos para confirmar a utilidade clínica e propriedades psicométricas desta escala (Batalha et al., 2013; Rahu, et al, 2015).

Importa referir que, apesar de existirem duas versões da escala BPS, uma para doentes entubados e ventilados – Behavioral Pain Scale - Intubated Patient e outra para não entubados - Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patient, apenas a primeira foi alvo de validação e estudo das suas propriedades psicométricas em português, pelo que apenas esta versão se encontra disponível para utilização nas UCI’s portuguesas.

Em Portugal e para além da escala BPS, a validação para português da escala CPOT, surge como uma alternativa válida e confiável em doentes incapazes de autorrelato, estejam eles ventilados mecanicamente ou não. Apesar de apresentarem diferenças no que toca à sua sensibilidade e especificidade, tanto a escala BPS como a escala CPOT foram consideradas pelos profissionais de saúde, ferramentas úteis em contexto de UCI. Além disso, a utilização simultânea de ambas as escalas, pode melhorar a precisão de deteção da dor em comparação ao seu uso individual (Pinheiro & Marques, 2019; Salamat et al., 2021; Marques et al 2022).

2.1.3. A importância do conforto e alívio da dor, assente na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A dor é considerada o 5º sinal vital pelo que, no que diz respeito ao cuidado em enfermagem é um conceito amplamente estudado não só no sentido da sua avaliação e prevenção como no intuito de privilegiar o conforto do doente, “encontrando a sua maior relevância sob a perspetiva do desenvolvimento e concetualização na teoria de Katherine Kolcaba” (Martins et al., 2022:2). Esta teoria, surgiu nos anos 90 e defende que o conforto enquanto resultado, deriva de um processo continuum de ações de enfermagem fundamentadas em princípios científicos e humanísticos centrados na pessoa (Kolcaba 1992; Kolcaba, 2003). Assenta no metaparadigma que envolve quatro conceitos: a enfermagem, o doente, o ambiente e a saúde, centrando-se o conceito de conforto na experiência holística imediata, após a satisfação das necessidades da pessoa alvo a quem se destinam os cuidados, que incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 2003; Tomey & Alligood, 2004).

O papel da enfermagem assenta na promoção de conforto que segundo Kolcaba (2003) não significa a ausência de dor. Confortar é uma das competências do enfermeiro e a sua capacidade de potenciar o conforto traduz-se em melhores outcomes para o mesmo. Pelo que, a partir dessa definição a autora categorizou o conforto em três estados: Alívio, Tranquilidade e Transcendência. Que por sua vez, estão interligados com os quatro contextos que influenciam o estado de conforto: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). Os quatro contextos supracitados, quando combinados com os três estados de conforto dão origem à estrutura taxonómica do conforto (Kolcaba, 1991). Esta estrutura traduz a experiência do indivíduo, de modo que seja possível identificar as suas necessidades de conforto, planeamento/ implementação de intervenções e por fim a reavaliação das mesmas com vista a alcançar o conforto total (Peterson & Bredow, 2009).

Utilizando a Teoria de Conforto de Kolcaba é possível cuidar de forma holística através da implementação de medidas para o alívio do sofrimento e desconforto do doente (Kolcaba, 2003; Mendes et al., 2016). A literatura evidencia que, para a pessoa internada, a dor é um sintoma comum experienciado e motivado pelo ambiente em UCI, relacionado com a privação do contacto com entes queridos ou realização de métodos invasivos de diagnóstico. O que torna premente para a equipa multidisciplinar estar atenta a todos os outros desconfortos que se traduzem além da dor, através da sua avaliação, monitorização e tratamento (Mendes et al., 2016; Berntzen, 2018; Faria et al, 2018; Berntzen, 2020; Tavakoli et al 2022; Moraes & Silva, 2022).

Cuidar da PSC no contexto de UCI, torna-se num processo complexo, uma vez que a presença de dor e a ausência de conforto, podem conduzir a complicações, nomeadamente instabilidade hemodinâmica e ventilatória, pelo que a intervenção do enfermeiro na avaliação e prevenção da dor, não se cinge à alternância de decúbitos ou administração de terapêutica. (Kolcaba, 2003; Urden et al., 2008). Através da compreensão multidimensional da dor, é possível personalizar os cuidados prestados, adequando as intervenções às necessidades de cada doente com consequente melhoria da qualidade de vida, mesmo num ambiente hospitalar hostil, como a UCI (Cardoso et al., 2019; Cardoso et al., 2020; Silva & Nascimento 2023).

2.1.4. Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

Em 1999, Mary Ann Rosswurm e June Larrabee desenvolveram o MMPBE. Este modelo surgiu com o objetivo de orientar enfermeiros e outros profissionais de saúde para desenvolvimento e integração de uma mudança prática baseada na evidência em detrimento do antigo paradigma assente na prática tradicional e baseado na experiência clínica, opinião pessoal e raciocínio fisiopatológico (Larrabee, 2011). Porém, o mesmo foi revisto e foram incorporados conceitos de melhoria contínua de qualidade dando origem a um modelo cujo principal foco é o doente. Neste prevê-se que a mudança na prática contemple a pesquisa de evidência científica recente relacionada com a experiência clínica do enfermeiro, visando não só a melhoria dos cuidados prestados, como a mudança do processo de tomada de decisão e padrões de cuidados que levam à identificação e supressão das necessidades do doente. (Rosswurm & Larrabee, 1999; Larrabee, 2011).

Como modelo teórico, este permitiu na prática de enfermagem um maior destaque do pensamento crítico aliado à investigação que se traduz na integração dos conhecimentos de forma organizada e sistemática (Larrabee, 2011). A implementação do MMPBE em

enfermagem, permitiu uma transição para a PBE, constituindo um modelo teórico flexível que assenta em seis etapas que se encontram interligadas, mas não são necessariamente sequenciais, podendo ser necessário voltar á etapa anterior em função do juízo crítico e avaliação.

Etapa 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática

Traduz-se na identificação e inclusão das partes interessadas no problema, recolha de dados internos sobre a prática atual, efetuando uma comparação entre os dados internos e externos, de forma a validar a necessidade de uma mudança na prática e identificação do problema, relacionando-o com as intervenções e resultados (Larrabee, 2011).

Etapa 2 – Localizar as melhores evidências

Corresponde à identificação das fontes de evidência, revendo os conceitos de pesquisa e delineando as estratégias de busca. Incluem-se os instrumentos necessários à avaliação crítica de estudos e de outras fontes de informação, assim como a metodologia de organização dos dados para a realização da síntese (Larrabee, 2011).

Etapa 3 – Fazer uma análise crítica das evidências

Consiste na aplicação dos instrumentos de avaliação e análise crítica previamente selecionados, avaliar a força e sintetizar as melhores evidências, de forma a avaliar a qualidade, viabilidade, benefícios e os riscos da nova prática (Larrabee, 2011).

Etapa 4 – Projetar a mudança da prática

Engloba a definição da mudança proposta, identificando os recursos necessários, planeando a avaliação do estudo piloto e as estratégias para a implementação do plano delineado e a respetiva avaliação (Larrabee, 2011).

Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática

Inclui a implementação e operacionalização do estudo piloto, avaliação do processo, resultados e custos, com vista ao desenvolvimento de conclusões e recomendações (Larrabee, 2011).

Etapa 6 – Integrar e manter a mudança na prática

A última etapa consiste em comunicar a mudança recomendada às partes interessadas, integrar e implementar a nova prática clínica, monitorizando os indicadores de processo e

resultados, procedendo-se posteriormente à divulgação dos resultados do projeto de mudança (Larrabee, 2011).

A implementação de um modelo para a PBE, é fundamental na promoção da qualidade dos cuidados e no incremento da credibilidade das intervenções (Camargo et al., 2017). Para isso, é necessário que as instituições de saúde criem um ambiente propício para a implementação deste paradigma. Os líderes de enfermagem (gestores e chefias), devem garantir o apoio necessário aos enfermeiros, motivando-os e estimulando-os à investigação, de forma a procurar a melhor PBE (Larrabee, 2011).

A escolha do MMBPE enquanto referencial teórico, permitiu nortear o desenvolvimento de um PIM sustentado pela melhor evidência científica, alicerçado em todas estas etapas anteriormente descritas, focado em cuidados de enfermagem de qualidade, seguros, individualizados e centrados nos melhores resultados para os doentes e para a mudança na PBE, princípios fundamentais para a prática de uma enfermagem especializada.

2.2. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, encontrando-se organizada em cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução e avaliação e divulgação dos resultados.

O presente PIM, irá seguir as etapas de metodologia de projeto, visando a promoção da qualidade e segurança nos cuidados de saúde prestados à PSC, incapaz de comunicar verbalmente a sua dor.

2.2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa da metodologia de projeto e assenta igualmente na primeira etapa do MMPBE. Esta etapa implica a identificação de um problema, determinação das necessidades, definição de prioridades e seleção dos recursos e dos grupos intervenientes, de forma a desenvolver, planear e implementar estratégias direcionadas à resolução do problema que constituiu o ponto de partida para a elaboração do projeto. É uma fase dinâmica, contínua e requer atualizações constantes, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil, que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis, tendo em conta as mudanças, dificuldades e complicações inerentes ao decorrer do projeto (Ruivo et al, 2010).

“Com o intuito de identificar as necessidades de saúde alteradas, é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário e a análise SWOT, entre outros” (Ruivo et al, 2010:16). Assim, foi efetuada uma entrevista de carácter exploratório não estruturada com a enfermeira gestora, enfermeira adjunta e com o enfermeiro orientador, tendo sido detetada uma dificuldade no que toca à avaliação da dor no doente não comunicante verbal, sob VMI ou não, que por alteração do estado de consciência, sedoanalgesia ou degradação clínica se encontra incapaz de autorrelatar a sua dor. Identificada a problemática, detetou-se igualmente a inexistência de um instrumento de avaliação da dor no programa informático *PatientCare*, que respondesse simultaneamente às especificidades dos doentes acima referidos.

Das escalas existentes no programa a que é mais utilizada pelos enfermeiros da UCIP é a escala BPS, no entanto apenas se encontra adaptada unicamente aos doentes sob VMI, o que torna muito limitativa e subjetiva a avaliação da dor nos restantes doentes que não possuem capacidade de verbalização. Logo, esta questão representa um problema na medida em que a inexistência de uma ferramenta que auxilie os enfermeiros a efetuar uma adequada avaliação e monitorização da dor no doente não comunicante verbal, não exprime o real sentimento álgico e individualidade do mesmo.

Desta forma, com o objetivo de ampliar a disponibilidade de instrumentos no que diz respeito a esta temática, surge a proposta de apresentar a escala CPOT à equipa de enfermagem da UCIP de forma a validar a sua pertinência, como uma ferramenta alternativa que engloba numa mesma escala, os doentes com as características acima mencionadas. A escala BPS foi aplicada como validade convergente ou de critério, de forma a efetuar uma comparação sistematizada entre as duas ferramentas.

Assim, de forma a assegurar a caracterização da necessidade identificada e a sua pertinência, foram utilizados como instrumentos de diagnóstico um questionário on-line, via *Google Forms* (Apêndice I) e uma análise SWOT acrónimo para Strengths (forças), Weakness (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Para aplicar o questionário de diagnóstico de situação, foram solicitados à enfermeira coordenadora os emails institucionais dos enfermeiros que compõem a equipa da UCIP e enviados os questionários aos mesmos, de forma a conseguir o maior número de amostra possível. É importante referir que a sua participação neste PIM foi de carácter voluntário, sendo cada participante informado acerca do propósito do projeto e apresentado um consentimento livre e esclarecido (Apêndice II), na primeira secção do questionário, só sendo possível prosseguir, com a aceitação do mesmo. Os dados estatísticos recolhidos foram apresentados sob a forma de gráficos, sendo utilizados

apenas e exclusivamente para uso no estudo. Garantindo-se o anonimato, confidencialidade e privacidade conforme o regulamento geral da proteção de dados.

A segunda secção do questionário correspondeu à elaboração de cinco perguntas dicotômicas e uma de escolha múltipla, com o objetivo de avaliar a pertinência da necessidade identificada, permitindo-nos traduzir a realidade em dados mensuráveis. Dos trinta e um enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem, apenas vinte aceitaram preencher o questionário. Seguem-se abaixo os resultados obtidos, identificando-se os gráficos que o compõem.

Relativamente à primeira questão (Gráfico 1), onde se procura entender se os enfermeiros da UCIP sentem dificuldades na avaliação da dor no doente crítico, ventilado/ sedado, 60% (n=12) responderam que “Sim” e 40% (n=8), responderam “Não”.

Na segunda questão (Gráfico 2), quando se interroga os enfermeiros da UCIP se conseguem realizar sempre a avaliação da dor num doente ventilado/sedado, a resposta foi 50% (n=10) para o “Sim” e 50% (n=10) para o “Não”, o que demonstra que metade da amostra sente dificuldade em efetuar uma avaliação da dor precisa e adequada nestes doentes.

Na terceira questão, procurou-se avaliar a pertinência da realização de uma sessão de formação em serviço, sobre esta temática. Conforme é possível visualizar no gráfico 3, 90% (n=18) da amostra respondeu “Sim” e apenas 10% (n=2) respondeu “Não”, o que indica que da amostra de 20 enfermeiros, a grande maioria considera pertinente a formação nesta temática, vendo a mesma como uma oportunidade de aprendizado contínuo e atualização de conhecimentos, como peça fundamental para a prestação de cuidados de qualidade.

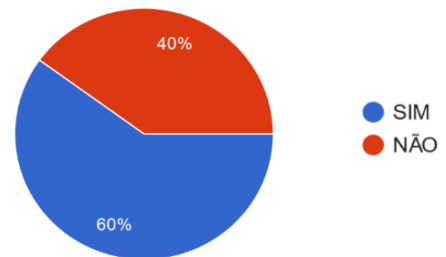


Gráfico 1. Para si constitui uma dificuldade a avaliação da dor no doente crítico, ventilado/ sedado?

Fonte: Google Forms. Elaboração própria

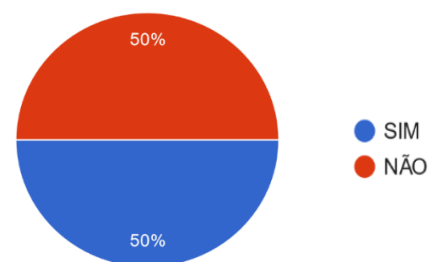


Gráfico 2. Considera que consegue realizar sempre a avaliação da dor num doente ventilado/ sedado?

Fonte: Google Forms. Elaboração própria

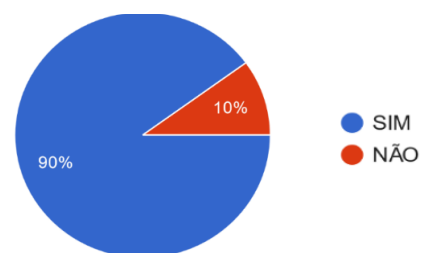


Gráfico 3. Na sua opinião, é pertinente a realização de formação em serviço sobre esta temática?

Fonte: Google Forms. Elaboração própria

Na quarta questão (Gráfico 4), ao confrontar os enfermeiros da UCIP, tendo por base as escalas disponíveis no programa *PatientCare*, acerca de que escalas escolheriam para avaliar a dor de um paciente crítico incapaz de comunicar e classificar a sua dor, 95% (n=19) concordou em utilizar a escala BPS, considerando esta a mais eficaz e adequada para avaliação da dor. Contudo, as suas respostas também recaíram em mais duas escalas, 20% (n=4) na escala de Faces e 30% (n=6) na escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia).

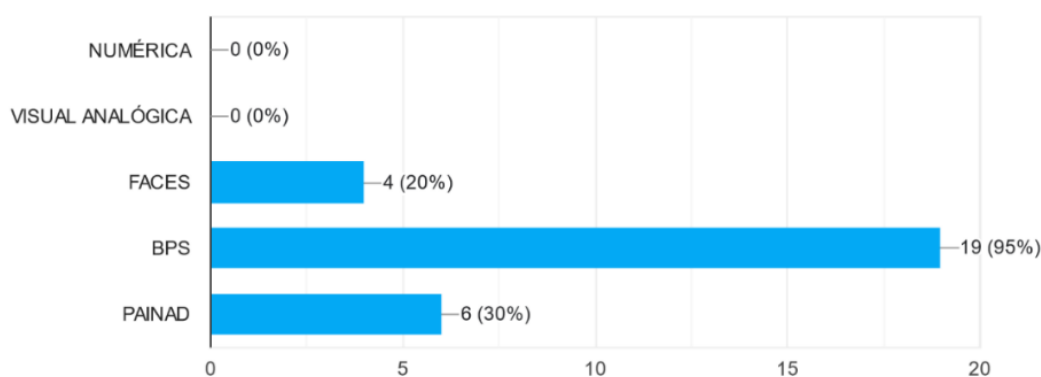


Gráfico 4. Perante o doente crítico incapaz de comunicar e classificar a sua dor. Que escalas escolheria para esse efeito?

Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria

De facto, a avaliação da dor é uma experiência subjetiva e pessoal e esta pode ser influenciada por diversos fatores, o que torna a sua avaliação ainda mais complexa, principalmente em doentes não comunicantes verbais. Alguns enfermeiros sentiram necessidade de utilizar duas escalas, uma vez que a escala BPS utilizada no serviço apenas está adaptada para doentes sob VMI, não contemplando os doentes que vejam comprometida a sua capacidade de comunicação, não tendo necessariamente de estar sob VMI.

Na quinta questão (Gráfico 5), decidiu-se apurar a opinião da equipa de enfermagem da UCIP, acerca da utilização da escala BPS, como um instrumento de avaliação da dor completo. Das respostas obtidas, 40%, respondeu que “Sim” (n= 8) e 60% (n=12), respondeu “Não”, o que vai ao encontro do referido e justificado na questão anterior, pelo facto desta escala tornar muito limitativa e subjetiva a avaliação da dor nestes doentes.

Por último, considerou-se pertinente perceber se os enfermeiros da UCIP já tinham conhecimento da existência da escala CPOT, enquanto ferramenta de

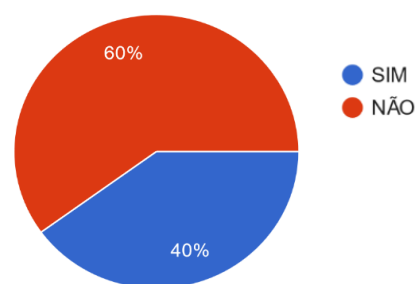


Gráfico 5. Considera a escala BPS, um instrumento de avaliação da dor completo no doente crítico?

Fonte: *Google Forms*. Elaboração própria

avaliação da dor em doentes críticos, sedados e/ou inconscientes, sob VMI ou não. Como é possível observar no gráfico 6, 85% (n=17) desconhece a existência desta escala, enquanto apenas 15% (n=3) já ouviu falar da mesma. Logo estes resultados, vêm reforçar a importância da necessidade identificada no serviço e dar força à divulgação da escala CPOT.

Com o objetivo de sustentar a problemática identificada, foi também utilizada como instrumento de diagnóstico uma análise SWOT.

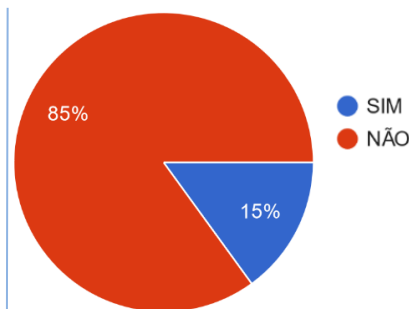


Gráfico 6. Conhece a escala CPOT enquanto ferramenta de avaliação da dor em doentes críticos, sedados e/ou inconscientes, sob VMI ou não?

Fonte: Google Forms.
Elaboração própria

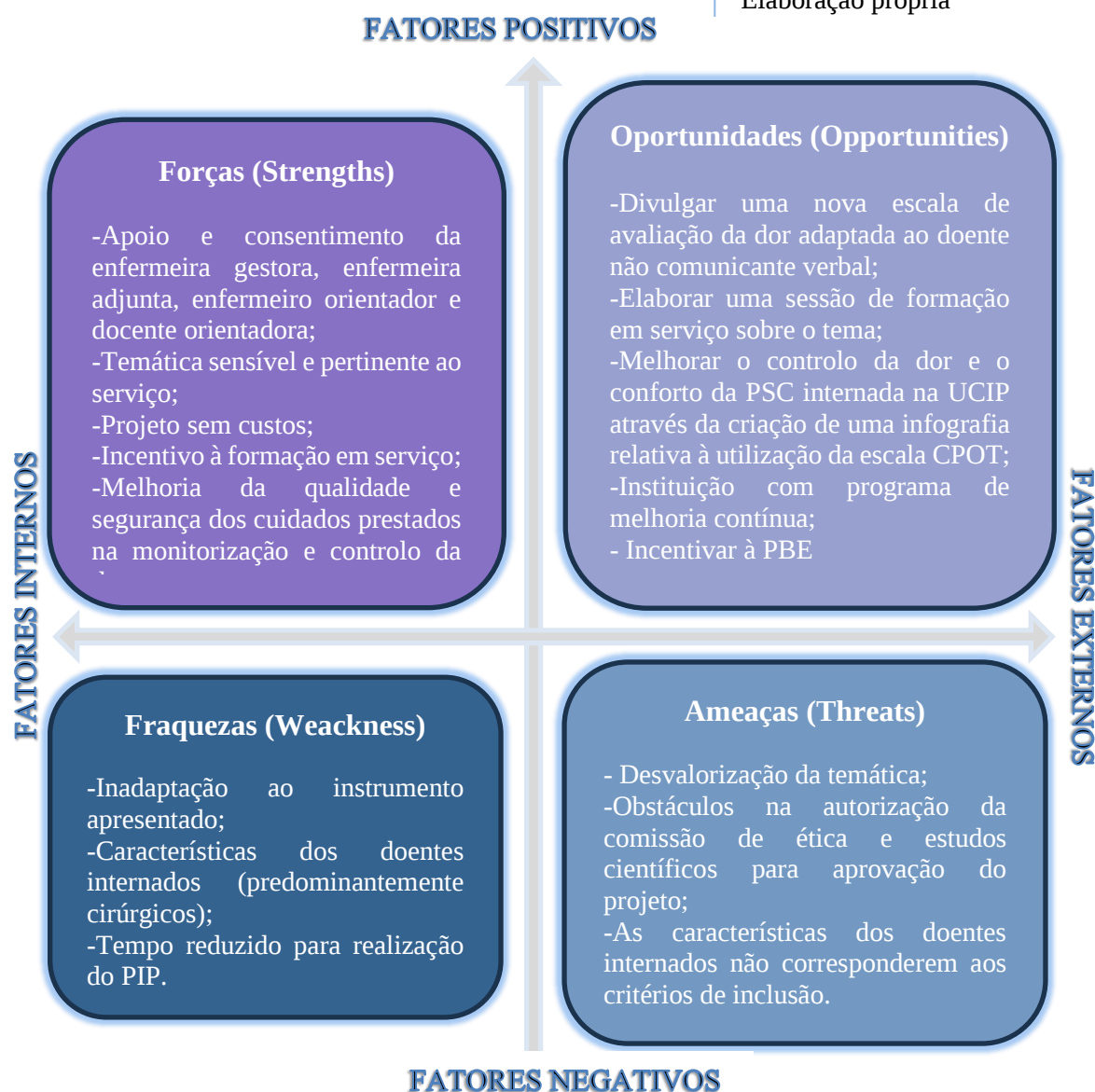


Tabela 1 - Análise SWOT

Fonte: Elaboração própria

Esta é constituída por um quadro, subdividido em 4 quadrantes, com o objetivo de definir as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, permitindo a reflexão e o confronto dos aspetos positivos e negativos, internos e externos identificados, face à problemática em estudo (Ruivo et al., 2010). Para potenciar o sucesso deverá minimizar-se o impacto das fraquezas e ameaças identificadas e tirar o maior partido dos pontos fortes e das oportunidades (Gürel et al., 2017).

Através da análise SWOT foi possível constatar que os fatores positivos se sobrepuseram aos negativos, conferindo maior segurança para prosseguir com o PIM. Esta contribuiu também para avaliar o potencial e pertinência da temática, possibilitando uma definição mais clara dos objetivos, planeamento e execução do PIM.

Posto isto, foi definida a problemática que deu início ao PIM, assente na avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal, direcionando o projeto no sentido de perceber qual a eficácia da escala CPOT na avaliação da dor destes doentes, com vista a uma intervenção mais especializada tal como preconizam os padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na PSC. Segundo os mesmos, no enunciado 4.4., descrito de Bem-estar e o Autocuidado, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE deve procurar maximizar o bem-estar dos doentes, complementando as atividades de vida, onde estes demonstram maior dependência, devendo efetuar o EEEMC uma “gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos - medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor” (OE, 2015b:17242).

2.2.2. Definição de Objetivos

Esta segunda etapa da metodologia de projeto é fundamental para orientar e direcionar todas as atividades que serão realizadas, funcionando como guia orientador dos resultados que se pretendem alcançar. Os objetivos devem ser definidos consoante os diferentes níveis em que se enquadram, partindo a sua formulação do objetivo geral (dá enfoque aos resultados esperados, fornecendo informações sobre o que se espera atingir com a ação major a desenvolver), para os objetivos específicos (mais precisos e operacionalizáveis, correspondendo aos indicadores de conhecimento e aptidões a alcançar, tendo por base o objetivo geral), devendo estes ser claros, concisos, exequíveis e mensuráveis de forma a possibilitarem a sua correta avaliação (Ruivo et al., 2010).

Assim, no desenvolvimento do PIM foi delineado como Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria da avaliação e monitorização da dor, no doente não comunicante verbal, internado na UCI.

E como Objetivos Específicos:

1. Recolher evidência científica sobre a problemática da dor e da utilização da escala CPOT em alternativa à escala BPS, à luz da evidência científica, no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI;
2. Elaborar uma infografia, com a informação mais pertinente e recomendações de utilização da escala CPOT;
3. Aplicar as escalas CPOT e BPS a uma amostra selecionada de doentes não comunicantes verbais, em três momentos de avaliação observacional: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas (cuidados de higiene e conforto; posicionamentos; higiene respiratória; etc...)
4. Identificar as vantagens e desvantagens decorrentes da aplicação das escalas CPOT e BPS na avaliação e monitorização da dor;
5. Desenvolver uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a temática e os resultados do PIM.

2.2.3. Planeamento e Execução

A terceira etapa da metodologia de projeto diz respeito ao planeamento, onde se elabora um plano detalhado do projeto, com vista a atingir os objetivos estabelecidos. Nesta etapa, realiza-se um levantamento dos recursos (humanos, materiais e tecnológicos) necessários à execução do projeto, bem como das possíveis limitações existentes. São igualmente definidas as atividades/ estratégias a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, bem como o respetivo cronograma de atividades, de forma a atingir os objetivos definidos dentro dos prazos previamente estabelecidos (Ruivo et al., 2010).

Por sua vez, a quarta etapa da metodologia de projeto, corresponde à execução, onde se “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo et al., 2010:23). Apesar de mais trabalhosa, esta fase é a mais proveitosa, procedendo-se à execução das atividades traçadas, transformando a investigação em ação e onde “são esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências” (Ruivo et al., 2010:24).

Pela sinergia existente entre estas duas etapas, optou-se por abordá-las em simultâneo, indo as mesmas ao encontro da segunda, terceira e quarta etapas do MMPBE.

Para dar início à intervenção pretendida, foi elaborada e apresentada uma proposta do PIM com o respetivo cronograma de atividades a desenvolver, tendo em conta a duração do estágio

final e questionários previstos, que obteve a validação da docente orientadora, enfermeiro orientador e enfermeira coordenadora do serviço. Após algumas reformulações do mesmo, apresentou-se a proposta de PIM final e os respetivos pedidos de autorização ético-legais requeridos a nível institucional.

Segundo Nunes (2013) “A realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (p.26), sendo também importante ponderar, a necessidade de solicitar autorização ao departamento de proteção de dados.

Assim, os pedidos de autorização concretizaram-se através da apresentação dos seguintes documentos:

- Pedido de autorização institucional ao Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor da Instituição;
- Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética;
- Pedido de autorização ao Departamento de Tratamento de Dados [DOP];
- Pedido de autorização à autora da escala CPOT, Exma. Sr. ^a Dr. ^a Céline Gélinas;
- Pedido de autorização aos autores do estudo de validação e tradução para português da escala CPOT.

Todos os pedidos de autorização supracitados foram deferidos (Anexo III a VII), constando nos mesmos a declaração de autorização do Exmo. Sr. Diretor Clínico da UCIP, ao qual foi apresentado o PIM pessoalmente. Não foi obtida resposta pela autora da escala CPOT, contudo os autores do estudo de validação e tradução da escala para português deram parecer positivo e ainda auxiliaram no esclarecimento de dúvidas durante a fase de execução do projeto.

A pedido do Enfermeiro Diretor, ainda foi necessário pedir autorização ao DOP, que por sua vez, para dar início ao processo de submissão do estudo, solicitou submissão do PIM na plataforma ClipOne da instituição, com devido preenchimento do formulário de submissão do projeto, declaração do diretor do serviço, Curriculum Vitae do investigador principal, protocolo e sinopse do projeto e consentimento informado.

Um dos obstáculos verificados foi a pouca brevidade com que este departamento deferiu o pedido de autorização, levantando consecutivamente constrangimentos com os dados que seriam utilizados pela amostra em estudo, o que a nível temporal, limitou a aplicabilidade das escalas definidas no planeamento, dado a amostra escolhida ter características muito específicas. Após diversas trocas de email 's e reuniões presenciais, o estudo acabou por não necessitar de aprovação do DOP, uma vez que o questionário aplicado à equipa de enfermagem da UCIP foi totalmente anónimo e não foram colhidos dados pessoais ou clínicos da amostra em estudo, sendo garantida toda a sua confidencialidade neste processo. A aplicação dos

instrumentos de avaliação da dor, foi unicamente de cariz observacional e por parte do investigador, sem interferir diretamente com a dinâmica dos cuidados.

Perspetivando o cumprimento dos objetivos estabelecidos para o projeto, estratificou-se as principais atividades a serem desenvolvidas, assim como os recursos necessários e os respetivos indicadores de avaliação, com a finalidade de concretização de cada um dos objetivos específicos traçado, os quais se apresentam seguidamente.

Objetivo Específico 1 - Recolher evidência científica sobre a problemática da dor e da utilização da escala CPOT em alternativa à escala BPS, à luz da evidência científica, no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI

Objetivo Específico 2 - Elaborar uma infografia, com a informação mais pertinente e recomendações de utilização da escala CPOT

Atividades e Estratégias a desenvolver

- Realização de pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicas, acerca da problemática da dor no doente não comunicante verbal e acerca dos instrumentos de avaliação da dor – Escalas BPS e CPOT;
- Elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura [RSL], sobre a eficácia da escala CPOT na avaliação da dor do paciente crítico não comunicante verbal, internado na UCI;
- Discussão e análise da RSL com o enfermeiro orientador e a docente orientadora de forma a obter a sua validação;
- Publicação do artigo científico resultante da RSL, em revista científica (fora do período do estágio final).
- Discussão com a docente orientadora, enfermeiro orientador e enfermeira gestora acerca da estrutura e sugestões de conteúdo a constar na Infografia relativa à utilização da escala CPOT, a ser fornecida ao serviço;
- Elaboração e revisão da proposta de infografia;
- Divulgação da versão final da infografia à equipa de enfermagem da UCIP através de uma sessão de formação em serviço e entrega da mesma à enfermeira chefe para eventual submissão ao conselho de administração.

Recursos humanos: estudante; enfermeiro orientador; docente orientadora, enfermeira gestora, equipa de enfermagem.

Recursos materiais, físicos e tecnológicos: computador, projetor, internet, bases de dados científicas, bibliografia selecionada, sala de reuniões.

Indicadores de avaliação:

- Seleção dos estudos/ artigos científicos, publicações de revistas mais relevantes sobre a temática, de forma a fundamentar a problemática do PIM;
- Elaboração e aprovação de uma RSL assente na temática do projeto;
- Entrega da infografia relativa à utilização da escala CPOT.

De forma a alcançar o primeiro e segundo objetivos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados e motores de busca, acerca da problemática a ser desenvolvida no PIM, que terminou com a realização de uma RSL, da qual resultou um artigo científico, assente na mais recente evidência científica, intitulado “Eficácia da escala CPOT na avaliação da dor do paciente crítico não comunicante verbal, internado na UCI” (Apêndice III – Resumo).

De facto, a PBE envolve um processo de pesquisa, interpretação, avaliação e implementação de dados clinicamente válidos e aceitáveis de forma a traduzir as evidências existentes a serem aplicadas na tomada de decisão (Jensen, 2018). Por sua vez, a RSL evita a duplicação de pesquisas e segue protocolos específicos, abordando questões amplas de forma a produzir uma melhor síntese da evidência científica disponível, conferindo coerência a um grande corpus documental, ao extrair o mais relevante conhecimento disponível sobre uma dada área temática, apresentando as bases de dados que foram consultadas, estratégias utilizadas no processo de seleção e análise de cada artigo (Galvão & Ricarte, 2019; JBI, 2020).

Com base na temática a desenvolver, a RSL, foi realizada assente nos critérios de Joanna Briggs Institute (JBI, 2020) e na mnemónica PICO, formulando-se a seguinte questão de investigação: Qual é a eficácia da escala CPOT (O) na avaliação da dor (I) do paciente crítico não comunicante verbal (P), internado na UCI (C)? A pesquisa foi efetuada no mês de dezembro de 2022 e após formulação da questão de investigação que funcionou como fio condutor a toda a pesquisa, foram definidas as palavras-chave, procedendo-se à validação dos termos utilizados, tendo em conta o vocabulário indexado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Definidas as palavras-chave, foram combinados os operadores booleanos da seguinte forma: “Intensive care unit OR critical care” AND “pain measurement” AND “patient” AND “critical care pain observation tool OR CPOT”.

Para efetuar a pesquisa foram combinadas as palavras-chave em duas bases de dados científicas, a Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On) e Elton Bryson Stephens Company

(EBSCOhostWeb). Definiram-se os critérios de inclusão, onde apenas se elegeram publicações entre 2017 e 2022, em texto integral, referentes apenas à população adulta, que incluíssem doentes adultos internados apenas em UCI's, publicados em inglês e português. Como critérios de exclusão, definiu-se publicações direcionadas a população pediátrica ou grávidas, publicações que bloqueassem acesso ao texto integral, outros idiomas que não o inglês e português, publicações que incluíssem doentes internados noutros serviços hospitalares, estudos que utilizassem outras escalas de avaliação/ estratégias para avaliação da dor e que não fossem ao encontro das características da população em estudo.

Da pesquisa elaborada, foram obtidos 278 artigos na base de dados B-On e 30 artigos na base de dados EBSCOhost. Numa primeira fase, foi efetuada uma triagem dos artigos, eliminando as duplicações, acesso a texto integral negado e tendo em conta os critérios de exclusão definidos que pudessem ser prontamente identificados através da análise do título dos artigos resultantes da pesquisa. Numa segunda fase, após leitura do resumo, foram selecionados os artigos pelas características da publicação e estudo que fossem ao encontro da pergunta de investigação. Numa última fase, os artigos incluídos foram lidos na íntegra, sendo selecionados 2 artigos da base de dados EBSCOhost e 5 artigos da base de dados B-On, totalizando assim, 7 artigos a serem analisados para dar resposta à questão que norteou este estudo.

A RSL realizada, forneceu evidências científicas sobre a eficácia da escala CPOT na avaliação da dor do doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI. A mesma mostrou uma boa validação de critério, validação discriminativa, consistência interna e confiabilidade entre os avaliadores dos diferentes estudos. Os resultados destacaram as vantagens da escala CPOT em particular na validade discriminativa entre procedimentos nociceptivos e não nociceptivos, levando a uma avaliação da dor mais frequente, com uma administração adaptada de analgésicos e sedativos.

Esta escala baseia-se na observação de reações comportamentais e em doentes com consciência gravemente prejudicada, a escala CPOT e o BIS, parecem ser instrumentos confiáveis e válidos, no entanto mais investigações são necessárias em doentes que se encontrem nesta situação clínica.

Com base nas evidências científicas dos estudos analisados, também é possível concluir que, embora o uso da escala CPOT em doentes com disfunção cognitiva seja apropriado, é necessário considerar a existência de hemiparesia e a sua influência nos resultados. Os desafios apresentados prendem-se essencialmente com a avaliação e o tratamento da dor em doentes com delírium. Um espectro mais amplo de doentes precisa ser incluído em pesquisas futuras para validar ainda mais a precisão da escala CPOT.

Sugerem-se novas pesquisas, com desenhos experimentais que abranjam um maior leque de doentes críticos internados com diagnósticos complexos. Não obstante, a escala CPOT revela-se uma ferramenta útil para avaliação e gestão da dor em doentes críticos, incapazes de comunicar verbalmente, devendo ser implementada em todas as UCI's.

Tendo por base toda a pesquisa acima mencionada, suportada pela evidência científica mais atual e pela inexistência de um documento que compilasse toda a informação relevante à utilização da escala CPOT, foi elaborada uma infografia sobre a mesma (Apêndice IV), assente na validação e tradução para português da escala original. O objetivo deste documento foi dar a conhecer e uniformizar a aplicação da escala CPOT pelos elementos da equipa de enfermagem da UCIP.

Objetivo Específico 3 - Aplicar as escalas CPOT e BPS a uma amostra selecionada de doentes não comunicantes verbais, em três momentos de avaliação observacional: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas (cuidados de higiene e conforto; posicionamentos, higiene respiratória; etc...).

Objetivo Específico 4 - Identificar as vantagens e desvantagens decorrentes da aplicação das escalas CPOT e BPS na avaliação e monitorização da dor.

Atividades e Estratégias a desenvolver

- Discussão e validação com a docente orientadora, enfermeiro orientador e enfermeira gestora acerca dos moldes em que se procederá à aplicação da escala CPOT e BPS à amostra selecionada;
- Elaboração e entrega de pedidos de autorização aos responsáveis institucionais, autora da escala CPOT e aos autores do estudo de validação e tradução para português da escala CPOT;
- Definição dos critérios de inclusão e exclusão;
- Seleção da amostragem;
- Seleção dos instrumentos de recolha de dados;
- Aplicação da escala CPOT e BPS a uma amostra de 20 doentes críticos não comunicantes verbais, internados na UCIP em três momentos de avaliação observacional: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas;
- Tratamento dos dados obtidos através da aplicação de ambas as escalas.

Recursos humanos: estudante; enfermeiro orientador; docente orientadora, enfermeira gestora, amostra de 20 doentes internados na UCIP.

Recursos materiais, físicos e tecnológicos: computador, internet, escala CPOT, escala BPS.

Indicadores de avaliação:

- Aplicar as escalas CPOT e BPS a uma amostra de 20 doentes críticos não comunicantes verbais, internados na UCIP, baseada em três momentos de avaliação observacional.
- Avaliar a adequação e propriedades psicométricas de ambas as escalas, através das diferenças obtidas nos scores de dor do mesmo doente, identificando as suas vantagens e desvantagens.

Tendo em conta o desenvolvimento do PIM e identificada a problemática na fase de diagnóstico de situação, após discussão e validação com a docente orientadora, enfermeiro orientador e enfermeira gestora foram definidos os moldes em que se efetuou a aplicação da escala CPOT e BPS. Como já foi referido anteriormente, foi deferido o desenvolvimento do projeto por parte das entidades responsáveis a nível institucional, bem como autorizada a utilização da escala CPOT por parte dos autores responsáveis pelo estudo de validação e tradução para português da mesma.

Assim, baseada numa avaliação observacional, pretendeu-se através da aplicação da escala CPOT e BPS, perceber as diferenças nos scores de dor do mesmo doente, mediante a utilização de cada escala em três momentos: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas (cuidados de higiene e conforto; posicionamentos, higiene respiratória; etc...) e assim avaliar as respetivas propriedades psicométricas, vantagens e desvantagens, na avaliação da dor em doentes submetidos a VMI ou doentes incapazes de comunicar a sua dor.

Definiu-se como critérios de inclusão todos os doentes internados na UCIP sob VMI com sedação moderada e/ou profunda, ou doentes incapazes de comunicar a sua dor por distúrbios comportamentais, doenças crónicas ou degenerativas, degradação clínica ou alteração do estado de consciência por doença súbita ou traumatismo. Como critérios de exclusão definiram-se as crianças, doenças que causem condição de paraplegia ou tetraplegia, gravidez e todos os doentes internados que não preenchessem os critérios de inclusão.

Após definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi selecionada a amostra em estudo, sendo a aplicação das escalas unicamente efetuada pela estudante, de uma forma observacional, sem interferir diretamente com as rotinas e cuidados prestados aos doentes. A equipa de enfermagem teve um papel meramente observador do projeto.

Relativamente aos doentes selecionados para o estudo, foi possível obter uma amostra de vinte doentes - oito sem EOT e doze com EOT. Toda a confidencialidade foi garantida neste

processo, não sendo efetuada qualquer colheita de informação clínica ou de dados relacionados com a identificação dos mesmos. Seguidamente foram selecionados os instrumentos de recolha de dados:

- Versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT)
- Versão Portuguesa da Escala Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT-PT)

Assim, na fase de operacionalização, que decorreu nos meses de Dezembro e Janeiro, mais tardiamente ao esperado, devido ao atraso da resposta do pedido de autorização do DOP, foram aplicadas as escalas CPOT e BPS aos doentes selecionados, em três momentos de avaliação observacional: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas.

Da amostra obtida foi possível efetuar 24 observações dos doentes não comunicantes verbais não EOT e 36 observações dos doentes submetidos a VMI. Foram definidos os scores de correlação da intensidade da dor entre ambas as escalas, para tornar mais fácil a sua comparação no momento de tratamento dos resultados.

Assim, para a escala CPOT, foi definido um score entre **0 – 8**

- 0 a 2 - Sem dor
- 3 a 4 - Dor ligeira
- 5 a 6 - Dor moderada
- 7 a 8 - Dor intensa

E para a escala BPS, foi definido um score entre **3 – 12**

- 3 a 4 - Sem dor
- 5 a 6 - Dor ligeira
- 7 a 9 - Dor moderada
- 10 a 12 - Dor intensa

Na amostra de doentes não comunicantes verbais, não EOT, não foi possível aplicar a escala BPS, dado essa versão não se encontrar traduzida e validada para português. Logo, isto constitui uma limitação no que toca à avaliação/ monitorização da dor pelos enfermeiros da UCIP o que foi comprovado com a aplicação do questionário de diagnóstico de situação, em que 60% dos enfermeiros responderam que a escala BPS não constitui um instrumento de avaliação completo na monitorização da dor no doente crítico.

Assim, como é possível visualizar no gráfico 7 (box plot), foi aplicada a escala CPOT a uma amostra de 8 doentes não EOT, completando-se 24 avaliações à beira do leito, ou seja, um

total de 3 avaliações por cada doente, antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas.

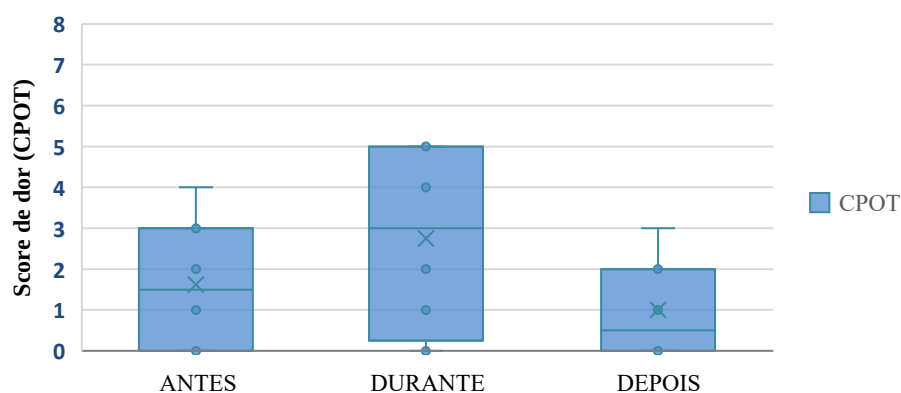


Gráfico 7. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT
Fonte: Elaboração própria

Através da interpretação do mesmo é possível visualizar a distribuição da população pelos diversos scores de dor obtidos, porque o cálculo unicamente da média não nos permitiria visualizar essa relação, omitindo alguns scores de dor acima ou abaixo desse valor. Assim, é possível verificar que, é durante as intervenções de enfermagem específicas que se verifica o maior score de dor, como uma resposta esperada ao aumento da estimulação. Consideramos assim o ponto de corte ideal da escala CPOT > 2 , sendo considerada presença de dor, sempre que o score excedeu esse valor.

Demonstrando os resultados obtidos, ainda com recurso a gráficos individuais correspondentes ao antes, durante e depois das intervenções de enfermagem específicas, é possível verificar:

No gráfico 8, quando o doente se encontra em repouso, pré-procedimento, um total de 62% dos doentes não apresentam dor (score 0 a 2) e 38% apresentaram um score de dor ligeira = 38% (score 3 a 4).

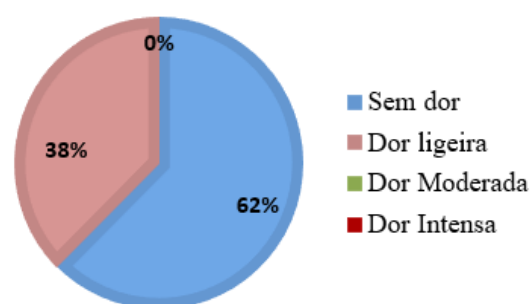


Gráfico 8. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT em repouso
Fonte: Elaboração própria

No gráfico 9, durante as intervenções de enfermagem específicas podemos verificar que 50% dos doentes não apresentaram dor (score 0 a 2); 38% obtiveram score de dor moderada (score 5 a 6) e 12% apresentaram score de dor ligeira (score 3 a 4).

No gráfico 10, correspondente a 20 minutos após os procedimentos, é possível visualizar que 87% dos doentes não apresentaram dor (score 0 a 2) e apenas 13% ainda mantêm um score de dor ligeira (score 3 a 4).

Logo, quando os doentes são incapazes de autorrelatar a sua dor: alterações na expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e vocalização, podem ser utilizadas como indicadores de dor. Doentes que sentem dor durante procedimentos invasivos e de cuidados de enfermagem são mais propensos a desenvolver respostas comportamentais do que aqueles que não sentem dor.

A comparação dos scores obtidos através da aplicação da escala CPOT em repouso pré e pós-procedimento, com o score obtido durante os procedimentos, permitiu analisar a validade discriminante, sendo esta suportada por uma pontuação maior durante os procedimentos, quando comparada com o repouso. A observação dos três momentos, foi efetuada apenas em intervenções de enfermagem específicas, não estando diretamente os procedimentos nociceptivos “pontuais”, de caráter invasivo e doloroso, contemplados neste estudo.

Relativamente aos restantes doentes da amostra, foram selecionados 12 doentes EOT, sob VMI, perfazendo um total de 36 observações, novamente 3 observações por cada doente, antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas. Nesta fase e atendendo às características da amostra, foi possível aplicar ambos os instrumentos de avaliação comportamental, junto do leito de cada doente.

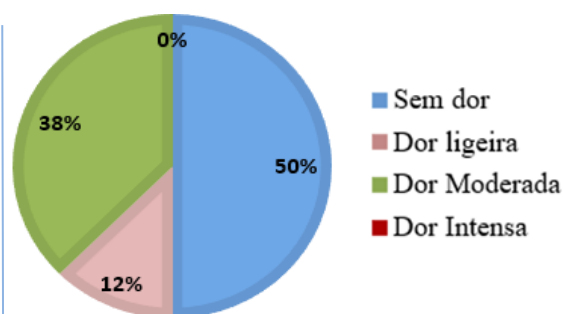


Gráfico 9. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT durante intervenções de enfermagem específicas
Fonte: Elaboração própria

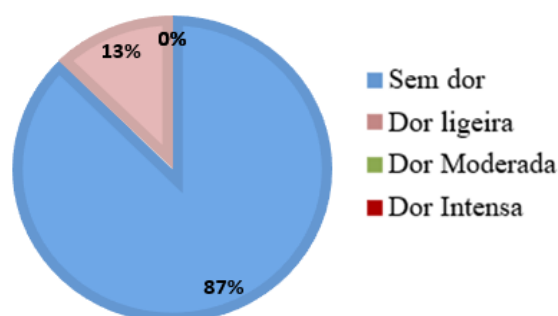


Gráfico 10. Aplicação da escala CPOT em doentes não EOT vinte minutos após os procedimentos
Fonte: Elaboração própria

Desta forma relativamente à escala CPOT e BPS, seguem-se os gráficos relativos aos resultados obtidos nos três momentos supracitados.

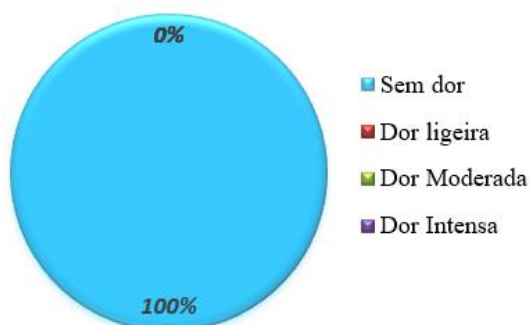


Gráfico 11. Aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI em repouso
Fonte: Elaboração própria

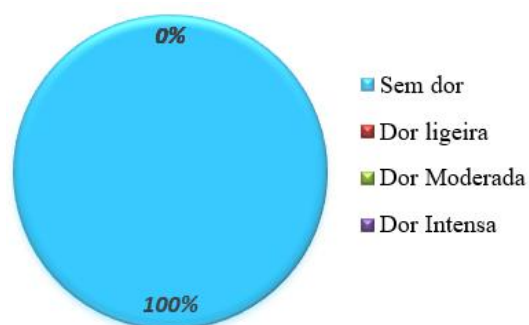


Gráfico 12. Aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI em repouso
Fonte: Elaboração própria

No gráfico 11, é possível verificar que através da aplicação da escala CPOT em doentes sob VMI, em repouso, o total da amostra não apresenta dor (score 0 a 2). Já a mesma conclusão é possível retirar do gráfico 12, onde é possível verificar que em repouso, a amostra total dos doentes sob VMI, não apresenta dor (score 3 a 4) através da aplicação da escala BPS.

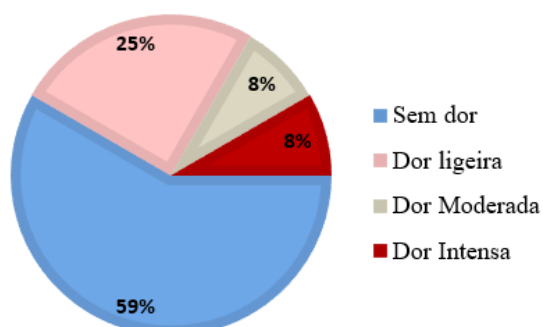


Gráfico 13. Aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI durante intervenções de enfermagem específicas
Fonte: Elaboração própria

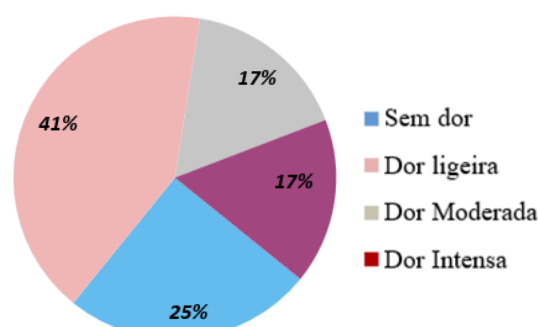


Gráfico 14. Aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI durante intervenções de enfermagem específicas
Fonte: Elaboração própria

Já no gráfico 13, onde se aplica a escala CPOT durante intervenções de enfermagem específicas, 59% dos doentes não apresenta score de dor (score 0 a 2), no entanto 25% da amostra total apresentou um score de dor ligeira (score 3 a 4), 8% apresentou um score de dor moderada (5 a 6) e 8% apresentou um score de dor intensa (score 7 a 8). Comparando estes dados à aplicação da escala BPS, durante os mesmos procedimentos de enfermagem e em simultâneo com a escala CPOT, verificou-se no gráfico 14, que 25% dos doentes não apresenta dor (score 3 a 4), 41% apresenta dor ligeira (score 5 a 6), 17% apresenta dor moderada (score

7 a 9) e 17% dor intensa (score 10 a 12). É importante referir que em ambas as escalas, a não adaptação do doente ao ventilador constituiu um sinal de dor.

Interpretando os gráficos anteriores, é possível concluir que a validade discriminante de ambas as escalas, foi apoiada por pontuações tanto da escala CPOT como da escala BPS, mais elevadas durante as intervenções de enfermagem específicas, quando comparadas às pontuações obtidas durante o período de repouso. Ambos os instrumentos revelam sensibilidade quando aplicados durante intervenções de enfermagem específicas, registando-se aumento dos scores de alguns indicadores que constituem as escalas. Apesar de não ter sido especificado nos gráficos, na escala CPOT, os indicadores onde se verificou um maior aumento do score foi na expressão facial, tensão muscular e sincronização com o ventilador (tosse), já na escala BPS registou-se um aumento dos seus indicadores na expressão facial e adaptação ao ventilador.

É um facto como foi dito anteriormente, que os pacientes podem demonstrar comportamentos de dor em resposta a um procedimento nociceptivo. E apesar de não se saber se a resposta comportamental a um estímulo doloroso, é acompanhada pela percepção de dor, até que haja evidência em contrário, deve-se assumir que o doente sente dor, sempre que exista a ocorrência de resposta comportamental. Assim, o facto de existir uma diferença acentuada dos scores de ambas as escalas quando os doentes são sujeitos a cuidados de enfermagem relacionados com a higiene traqueobrônquica (onde se chegou a obter o score de dor intensa), corrobora a ideia de que a maioria dos doentes sente dor durante os cuidados de enfermagem habituais.

Diferentes itens individuais estão incluídos nas escalas BPS e CPOT. Os movimentos corporais (braços e pernas) estão incluídos na escala CPOT, mas não na BPS. A expressão facial e a *compliance* com o ventilador são registadas em ambas as escalas, embora com scores individuais diferentes. Em comparação com a escala CPOT a medição do score de dor durante as intervenções de enfermagem específicas, mostrou maiores variações quando a escala BPS foi utilizada. Isto pode estar relacionado novamente com a validade discriminante, uma vez que a reação de um doente ao ser acordado após um período longo de repouso por um estímulo externo, pode ser erroneamente interpretada como dor e resultar num aumento do score. Neste aspeto, a escala CPOT tem uma validade discriminante “mais suportada”, uma vez que não aumentou em função de um estímulo não doloroso, como se verificou na escala BPS.

A validade de critério também foi demonstrada neste estudo, com associações significativas dos scores da escala CPOT com o “limiar” da escala BPS como um padrão de referência. Verificando-se assim pontuações de CPOT mais elevadas quando os doentes

apresentavam score BPS > 5 em comparação com aqueles que apresentavam score BPS inferior a esse valor.

Nesta fase, também se verificou que as correlações entre os sinais vitais e os scores de dor obtidos foram baixas, não se apresentando estes, como bons indicadores a utilizar individualmente, pois podem ser influenciados por outros fatores como a ansiedade, sedação ou dificuldade respiratória. Pelo que não foram alvo do presente estudo.

Chegado ao terceiro momento de avaliação da dor, após as intervenções de enfermagem específicas, pode-se verificar através dos gráficos abaixo que tanto na escala CPOT como na BPS, os scores obtidos em ambas coincidem, não apresentando os doentes dor em repouso, 20 minutos após os procedimentos de enfermagem.

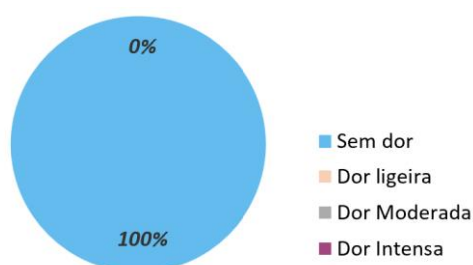


Gráfico 15. Aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI vinte minutos após os procedimentos
Fonte: Elaboração própria

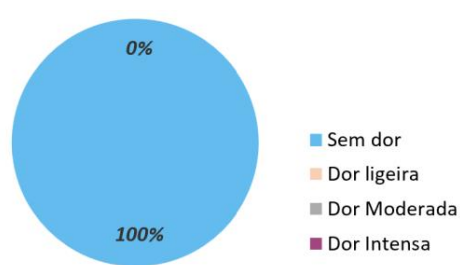


Gráfico 16. Aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI vinte minutos após os procedimentos
Fonte: Elaboração própria

Procedeu-se também à realização de dois gráficos boxplot, para comparar visualmente os resultados obtidos através da aplicação de cada escala, permitindo visualizar a distribuição da população pelos diversos scores de dor obtidos, de forma a não serem omitidos valores abaixo ou acima da média.

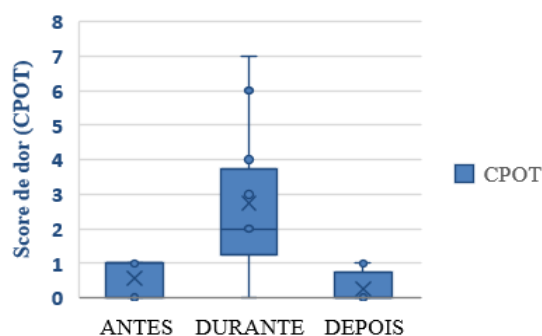


Gráfico 17. Apresentação em gráfico boxplot da aplicação da escala CPOT em doentes submetidos a VMI, vinte minutos após os procedimentos
Fonte: Elaboração própria

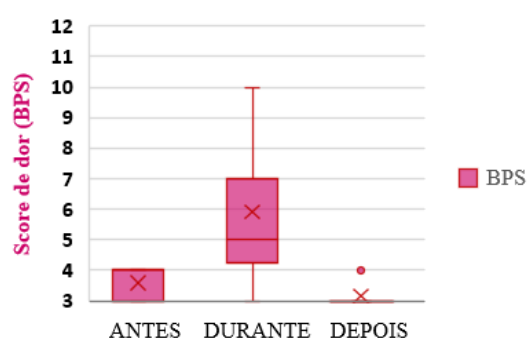


Gráfico 18. Apresentação em gráfico boxplot da aplicação da escala BPS em doentes submetidos a VMI, vinte minutos após os procedimentos
Fonte: Elaboração própria

Apesar de durante as intervenções de enfermagem específicas ocorrerem maiores variações nos scores de dor obtidos através da escala BPS em relação à escala CPOT, o aumento que se verifica, claramente é irrelevante na pontuação, estando praticamente os gráficos ao mesmo nível.

Concluindo, através do tratamento dos dados obtidos, com a aplicação das escalas CPOT e BPS à amostra definida, em três momentos de avaliação observacional, tornou possível responder ao objetivo específico seguinte, onde se identifica as vantagens e desvantagens decorrentes da aplicação de ambas as escalas na avaliação e monitorização da dor, no doente crítico não comunicante verbal.

Foi possível verificar que apesar das semelhanças e diferenças entre estas ferramentas, ambas são adequadas para avaliar a dor em doentes não comunicantes verbais submetidos a VMI. A avaliação da dor foi semelhante em doentes EOT, sugerindo que durante os cuidados de enfermagem independentemente do nível de sedação e analgesia, verifica-se um aumento do score de dor.

Com ambas as escalas, os doentes não sentiram dor em repouso, sentiram dor ligeira a moderada durante os cuidados de enfermagem e quando foram sujeitos a procedimentos invasivos como a higiene traqueobrônquica, sentiram dor intensa. Vinte minutos após os procedimentos de enfermagem e após recuperação do doente, verificou-se novamente dor zero.

A escala BPS é considerada um instrumento destinado à avaliação da dor em doentes críticos, sedados e incapazes de autorrelato, especialmente os doentes submetidos a VMI, sendo a adaptação ao ventilador um dos seus domínios. Já a escala CPOT, para além do domínio destinado a doentes sob VMI, possui o domínio da vocalização, que engloba também doentes extubados, o que não se verifica na escala BPS, pelo que no estudo da amostra inicial de 8 doentes sem EOT, apenas foi possível aplicar a escala CPOT, representando logo uma desvantagem e uma limitação da escala BPS. Alguns autores afirmaram que a escala BPS é a ferramenta mais viável, específica, confiável e sensível na avaliação da dor, no entanto outros autores consideram a escala CPOT, a escala de eleição, pela validade discriminante desta ter sido mais suportada, dado o facto de não aumentar em função de um estímulo não doloroso, ao contrário do que se verificou com a escala BPS no presente projeto e também validado em outros estudos (Pinheiro & Marques 2019; Marques et al., 2022).

Assente também no artigo realizado na sequência da RSL, verificou-se que a escala CPOT mostrou uma boa validação de critério, validação discriminativa, consistência interna e confiabilidade entre os avaliadores dos diferentes estudos. Avaliar as propriedades psicométricas de uma escala, é um processo metódico e rigoroso, sendo as mais importantes

a validade e confiabilidade, que correspondem respetivamente às conclusões resultantes da aplicação de uma escala e à reprodutividade das medidas obtidas a partir da utilização dessa ferramenta (Santos & DeSantana, 2018).

Pode-se dizer então, que ambas as escalas apresentam boas propriedades psicométricas e boa confiabilidade principalmente nos doentes submetidos a VMI. Talvez a sua combinação resulte numa melhor sensibilidade e melhores resultados na avaliação da dor nestes doentes.

Objetivo Específico 5 - Desenvolver uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a temática e os resultados do PIM.

Atividades e Estratégias a desenvolver

- Validação e elaboração da sessão de formação em serviço junto do enfermeiro orientador, enfermeira gestora e docente orientadora;
- Elaboração do plano de sessão relativo à sessão formativa (Apêndice V);
- Calendarização da sessão de formação em serviço;
- Divulgação da calendarização da sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem, através de um cartaz informativo;
- Realização da sessão de formação em serviço, intitulada “Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal”, onde constam: a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário de diagnóstico de situação, a divulgação dos resultados obtidos com a execução do PIM e a infografia realizada, relativa à utilização da escala CPOT;
- Elaboração e aplicação de um questionário de avaliação da sessão de formação em serviço e do formador.

Recursos humanos: estudante; enfermeiro orientador; docente orientadora, enfermeira gestora, equipa de enfermagem.

Recursos materiais, físicos e tecnológicos: computador, videoprojetor, internet, bases de dados científicas, bibliografia selecionada, sala de trabalho, questionários de avaliação da sessão de formação.

Indicadores de avaliação:

- Realização da sessão de formação em serviço e divulgação dos resultados do PIM e da infografia relativa à utilização da escala CPOT a pelo menos 50% dos enfermeiros que integram a equipa da UCIP.

- Análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço e do formador.

De forma a dar resposta ao quinto objetivo, foi planeada e elaborada uma sessão de formação em serviço, com o objetivo de fundamentar a problemática do PIM e apresentar à equipa de enfermagem da UCIP os resultados obtidos com a aplicação das escalas CPOT e BPS e proceder também à divulgação da infografia relativa à utilização da escala CPOT.

Nesse sentido, foi elaborada a sessão de formação em serviço e o respetivo plano sessão, onde foram definidos: a população-alvo, duração da sessão de formação, objetivos gerais e específicos e as diferentes fases de desenvolvimento da sessão, onde constam os conteúdos programáticos, metodologia pedagógica, recursos didáticos e o tempo previsto de duração de cada fase.

A sessão de formação foi calendarizada para a última semana do estágio final, definindo-se como a população-alvo a equipa de enfermagem da UCIP. A divulgação da sessão de formação, efetuou-se com recurso a um cartaz informativo que foi enviado por correio eletrónico institucional pela enfermeira gestora, a todos os elementos da equipa. Assim, foram convocados todos os enfermeiros, para assistir à sessão de formação que decorreu no dia 24 de Janeiro de 2023 às 15h00 na sala de trabalho da UCIP, com possibilidade também de assistência não presencial através da plataforma Google Meet, aos enfermeiros que por razões pessoais não pudessem comparecer presencialmente. Do total dos elementos que constituem a equipa de enfermagem obteve-se uma taxa de adesão de 58% da população-alvo.

Durante a sessão de formação, assegurou-se que os formandos ficaram esclarecidos acerca da problemática da avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal, com base na mais recente evidência científica; ficaram consciencializados da importância da utilização de instrumentos válidos e fiáveis na avaliação da dor nesta população de doentes, nomeadamente as escalas BPS e CPOT. Foram apresentados os resultados obtidos através da aplicação do questionário de diagnóstico de situação preenchido na primeira fase da metodologia de projeto. Ficaram esclarecidos acerca dos objetivos do PIM desenvolvido na UCIP e os resultados obtidos através da aplicação da escala BPS e CPOT à amostra em estudo. Foi dada a conhecer a escala CPOT, bem como as recomendações relativas à sua utilização, através de uma infografia.

No final da sessão, foi dirigido um questionário de avaliação da sessão de formação e do formador aos presentes e aos que assistiram via Google Meet, foi disponibilizado o mesmo via

eletrónica. Este questionário objetivou uma avaliação global da sessão e uma avaliação da formadora, quanto ao seu desempenho, com sugestões de melhoria no final do mesmo.

A metodologia de projeto, constitui um processo contínuo e dinâmico. É importante referir que alguns objetivos foram abordados em simultâneo, dado algumas atividades/ estratégias serem comuns a ambos, pelo que a seu planeamento e execução permitiu dar resposta a cada um desses objetivos, visto serem realizadas no mesmo espaço temporal.

Seguidamente, seguem-se as últimas duas etapas da metodologia de projeto.

2.2.4. Avaliação e Divulgação dos Resultados

A avaliação corresponde à quinta etapa da metodologia de projeto e igualmente à quinta etapa do MMPBE. Esta apresenta-se como um processo dinâmico, que através da análise das várias vertentes envolvidas, permite medir o sucesso do projeto, efetuando uma comparação entre os objetivos inicialmente definidos e os objetivos atingidos. É possível efetuar uma melhoria contínua do projeto ao (re)planear, (re)elaborar; (re)produzir; elaborar novas hipóteses, assim como selecionando novamente os meios e as estratégias de atuação, no sentido de responder à problemática inicial (Ruivo et al., 2010).

De acordo com o exposto, para proceder à avaliação do PIM desenvolvido, proceder-se-á à análise dos objetivos traçados, de acordo com as atividades e estratégias previamente planeadas e tendo em conta os indicadores de avaliação estabelecidos.

Objetivo Específico 1 - Recolher evidência científica sobre a problemática da dor e da utilização da escala CPOT em alternativa à escala BPS, à luz da evidência científica, no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI.

Objetivo Específico 2 - Elaborar uma infografia, com a informação mais pertinente relativa à utilização da escala CPOT.

Indicadores de avaliação:

- Seleção dos estudos/ artigos científicos, publicações de revistas mais relevantes sobre a temática, de forma a fundamentar a problemática do PIM;
- Elaboração e aprovação de uma RSL assente na temática do projeto;
- Entrega da infografia relativa à utilização da escala CPOT.

De forma a sustentar e fundamentar a problemática do PIM, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica aprofundada à luz evidência científica atual, tendo sido elaborada uma RSL que

culminou com a elaboração de um artigo científico acerca da temática, que aguarda publicação em revista científica.

A RSL constituiu o suporte científico e a base para a realização da sessão de formação em serviço e para a construção de um instrumento sob a forma de infografia com as recomendações de utilização da escala CPOT, que posteriormente foi apresentada e disponibilizada à equipa de enfermagem da UCIP. É importante referir que anexada à infografia, foi fornecida também a escala CPOT, disponibilizada pelos autores do estudo de validação para português, no sentido de dar continuidade ao projeto por parte da enfermeira gestora e enfermeiro orientador, uma vez que o tempo de estágio preconizado não seria suficiente, atendendo a todas as burocracias, autorizações e procedimentos inerentes à introdução da escala CPOT no sistema informático BSimple.

Pelo exposto, tendo em conta as estratégias/ atividades delineadas e os indicadores de avaliação definidos, considero ter atingido os objetivos 1 e 2.

Objetivo Específico 3 - Aplicar as escalas CPOT e BPS a uma amostra selecionada de doentes não comunicantes verbais, em três momentos de avaliação observacional: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas (cuidados de higiene e conforto; posicionamentos, higiene respiratória; etc...)

Objetivo Específico 4 - Identificar as vantagens e desvantagens decorrentes da aplicação das escalas CPOT e BPS na avaliação e monitorização da dor.

Indicadores de avaliação:

- Aplicar as escalas CPOT e BPS a uma amostra de 20 doentes críticos não comunicantes verbais, internados na UCIP, baseada em três momentos de avaliação observacional.
- Avaliar a adequação e propriedades psicométricas das escalas BPS e CPOT, através das diferenças obtidas nos scores de dor do mesmo doente, identificando as suas vantagens e desvantagens.

Relativamente aos dois indicadores de avaliação acima referidos, após deferimento institucional e autorização dos autores do estudo de validação e tradução da escala CPOT para português para utilizar a escala recém traduzida, foram definidos os moldes em que se precedeu à aplicação das escalas CPOT e BPS.

Para isso, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, definida a amostra, selecionados os instrumentos de recolha de dados e apresentados os scores de correlação da intensidade da dor entre ambas as escalas, de forma a tornar mais fácil a sua comparação no

momento de tratamento dos resultados. Assim, na fase de operacionalização, que decorreu nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro foram aplicadas as escalas CPOT e BPS a uma amostra de 20 doentes não comunicantes verbais, internados na UCIP, em três momentos de avaliação observacional: antes, durante e depois de intervenções de enfermagem específicas de forma a perceber as diferenças nos scores de dor do mesmo doente, mediante a utilização de cada escala.

Após o tratamento dos dados obtidos e como foi demonstrado na fase de execução, através das conclusões obtidas, foi possível avaliar as vantagens, desvantagens e propriedades psicométricas de ambas as escalas face à avaliação da dor da amostra em estudo. A escala CPOT revela-se uma ferramenta completa e de utilização intuitiva, colmatando algumas lacunas da escala BPS em utilização na UCIP, destacando-se como uma das suas vantagens a validade discriminante entre procedimentos nociceptivos e não nociceptivos, levando a uma avaliação da dor mais frequente, bem como a uma melhor gestão da sedoanalgesia. Importa referir que um espectro mais amplo de pacientes e com diagnósticos mais complexos, precisa ser incluído em projetos futuros para validar ainda mais a precisão da escala CPOT.

Atendendo a tudo o que foi referido anteriormente, os objetivos 3 e 4 foram atingidos com sucesso, tendo sido proposta a parametrização em sistema informático da escala CPOT.

Objetivo Específico 5 - Desenvolver uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a temática e os resultados do PIM.

Indicadores de avaliação:

- Realização da sessão de formação em serviço na última semana de estágio e divulgação dos resultados do PIM e da infografia relativa à utilização da escala CPOT a pelo menos 50% dos enfermeiros que integram a equipa da UCIP.
- Análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação em serviço e do formador.

Relativamente a este objetivo e como foi possível constatar com base nas respostas obtidas no questionário aplicado na fase de diagnóstico de situação, à equipa de enfermagem da UCIP, a grande maioria reconhece a problemática da avaliação da dor no que toca ao doente não comunicante verbal indispensável para a humanização dos cuidados de enfermagem, demonstrando interesse em conhecer a escala CPOT. Desta forma, foi realizada uma sessão de formação em serviço, onde foi apresentado o PIM, divulgados os resultados obtidos através da aplicação das escalas CPOT e BPS e onde foi apresentada a infografia com as recomendações relativas à utilização da escala CPOT.

Um dos indicadores de avaliação tinha como objetivo realizar a sessão de formação a pelo menos 50% dos enfermeiros que integram a equipa da UCIP. No final da sessão de formação contou-se com a presença de 18 enfermeiros, o que equivale a 58% da equipa de enfermagem. Além da adesão por parte da equipa, a sessão de formação teve um bom feedback, com críticas construtivas, tornando possível além da atualização de conhecimentos, a participação ativa, discussão e a troca de experiências entre os profissionais.

No final, foi requerido aos enfermeiros o preenchimento de um questionário de avaliação da sessão de formação em serviço e do formador, facultado pela instituição hospitalar e respeitando as normas do plano de formação interno. O objetivo do mesmo foi efetuar uma apreciação global da sessão de formação através do preenchimento de seis questões numeradas de 1 a 5, onde 1 significa muito insatisfeito e 5, muito satisfeito. As questões incidiram acerca da adequação da formação às necessidades e expectativas, qualidade dos conteúdos, duração da sessão, qualidade dos meios audiovisuais, possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na prática e documentação disponibilizada. Relativamente ao formador, no questionário constaram quatro perguntas, também nos mesmos moldes, de uma escala de 1 a 5, com o objetivo de avaliar o desempenho do formador, no que toca ao domínio do assunto, transmissão de conhecimentos, domínio dos recursos didáticos e relação com os formandos.

Da análise dos resultados obtidos, foi possível constatar que todos os itens apresentados foram classificados com uma pontuação entre 4 e 5, pela maioria dos formandos, tal como é possível verificar na tabela seguinte, o que indica uma apreciação global positiva da sessão de formação, enaltecendo a pertinência dos conteúdos abordados e o desempenho do formador, pelo que se considera a concretização do 5º objetivo com sucesso.

Avaliação	1 Muito Insatisfeito	2	3	4	5 Muito Satisfeito
Avaliação Global					
Adequação da formação às suas necessidades e expectativas	0%	0%	0%	11,1%	88,9%
Qualidade dos conteúdos	0%	0%	0%	0%	100%
Duração da sessão	0%	0%	0%	11,1%	88,9%
Qualidade dos meios audiovisuais	0%	0%	0%	44,4%	55,6%
Possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho	0%	0%	0%	22,2%	77,8%
Documentação disponibilizada	0%	0%	0%	77,8%	22,2%

Avaliação do Formador					
Domínio do assunto	0%	0%	0%	0%	100%
Metodologia de transmissão de conhecimentos	0%	0%	0%	11,1%	88,9%
Utilização e domínio dos recursos didáticos	0%	0%	0%	11,1%	88,9%
Relação do formador com os formandos	0%	0%	0%	22,2%	77,8%

Tabela 2. Análise do questionário de avaliação da sessão de formação pelos formandos
Fonte: Elaboração Própria

A sexta etapa da metodologia de projeto, corresponde no MMPBE também à sexta e última etapa e designa-se, Divulgação dos Resultados. Esta é uma fase elementar para a validação e disseminação de qualquer investigação científica, de forma a conferir visibilidade à profissão, sendo considerada como um “dever ético do investigador” (Ruivo et al., 2010:34). Através da divulgação dos resultados, pretende dar-se a conhecer à população em geral a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema. Existem diversos recursos e meios disponíveis para a divulgação dos resultados de um projeto, constituindo na área da saúde, uma forma de sensibilização para a problemática em causa, delineando as estratégias e a forma de minimizar/ anular o problema identificado, com vista à melhoria dos serviços prestados (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, atendendo a todas as atividades/ estratégias planeadas e aos indicadores de avaliação definidos para cada objetivo específico estabelecido anteriormente, pode-se dizer que o objetivo geral - Contribuir para a melhoria da avaliação e monitorização da dor, no doente não comunicante verbal, internado na UCI, foi atingido com sucesso. A divulgação do PIM, através da realização do presente relatório, a sua discussão pública e publicação em repositório universitário, tal como a publicação em revista científica do artigo resultante da RSL realizada, permitirá dar a conhecer a forma como se desenrolou este percurso e os resultados obtidos com a concretização deste projeto. Também a proposta de parametrização da escala CPOT em sistema informático BSimple a nível institucional, constituirá uma forma de divulgação do PIM, ao darem continuidade a este projeto.

Este relatório, realça a importância da PBE e pretende ao divulgar os seus resultados com o público em geral, sensibilizar para a problemática identificada, contribuindo para a melhoria da prática clínica e conforto do doente, levando os seus leitores a refletir sobre a temática da dor no que toca à sua subjetividade, tornando evidente a importância da inclusão da escala CPOT, na avaliação da dor do doente crítico, incapaz de autorrelatar a sua dor.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

“Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, 2019a:4744).

Esta evolução tem sido notória, quer ao nível da complexificação, quer ao nível da dignificação do exercício profissional para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes da população, assentes em cuidados com a mais elevada qualificação técnica, científica e ética.

O exercício profissional é regulamentado e controlado pela OE, assegurando a observância das normas éticas e deontológicas que regem a profissão de enfermagem, assim como as competências, direitos e deveres dos enfermeiros, que estabelecem os requisitos necessários como definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (Cantante et al., 2020).

O terceiro e último capítulo do presente relatório, compreende uma análise reflexiva e fundamentada sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, específicas do EEMC-PSC e de Mestre em enfermagem, tendo por base as atividades desenvolvidas ao longo de todo o Mestrado, com mais enfoque no EF.

Para tal, importa em primeiro lugar definir o conceito de competência.

A OE define competência como “(...) os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (OE, 2019a, p.4745). O que vai ao encontro da definição do ICN (2010), que para além destes aspetos, refere que o enfermeiro deverá possuir capacidade de julgamento, aliado a um conjunto de competências cognitivas, técnicas, interpessoais e uma série de qualidades e atributos pessoais na sua prática diária.

Benner (2001:12), considera que “a prática é mais do que uma coleção de técnicas”, ou seja, o processo de aquisição de competências está inerente à prática clínica que é adquirido com o tempo e experiência profissional. Esta integração de conhecimentos, saberes e práticas aliado à formação contínua constituem a base, a partir da qual se desenvolvem as competências necessárias para a melhoria na qualidade dos cuidados.

A autora desenvolveu um modelo de aquisição de competências, que reconhece cinco níveis de competências, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, constituindo estes níveis, o reflexo de mudanças introduzidas aquando da aquisição de competências (Benner, 2001).

O enfermeiro perito é descrito como aquele que “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema (...)” (Benner, 2001:58). Segundo a autora, o Enfermeiro Especialista, deve ter um olhar aprofundado e cuidado, respondendo prontamente às necessidades do doente/ família, sendo detentor de vastos conhecimentos técnicos, capacidade de tomada de decisão, iniciativa, comunicação eficiente, espírito crítico e capaz de prestar cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos subjacentes à profissão (Benner, 2001).

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019a: 4744).

Independentemente da área de especialidade em enfermagem, existe um domínio de competências que são comuns e aplicáveis à prática profissional de todos os enfermeiros, que resultam do aprofundamento das competências inerentes aos enfermeiros de cuidados gerais. Assim, a atribuição do título de especialista pressupõe que os enfermeiros partilhem um conjunto de competências comuns, divididas em quatro domínios, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a: 4745). Adicionalmente “decorrentes das respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019a: 4744), são definidas as competências específicas.

A diferenciação e a especialização, tornam-se cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde delimitando em simultâneo a sua área de atuação ao conferir identidade e autonomia à profissão (OE, 2019a; Silva & Nascimento, 2023).

Uma vez que, o presente curso de Mestrado em Enfermagem confere não apenas o título de enfermeira especialista como também o grau de Mestre em Enfermagem, é importante ressaltar as competências inerentes a este grau que, pela sua complementaridade, opta-se pela abordagem conjunta quanto à descrição, análise e reflexão, tendo em conta os domínios de

competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEEMC-PSC, que se irão traduzir no meu desempenho e aquisição de competências como enfermeira especialista.

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

A OE, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, previstas no regulamento nº 140/2019, define quatro domínios de competências comuns que englobam o campo de ação do enfermeiro especialista de qualquer área de especialização, sendo eles: (A) responsabilidade profissional, ética e legal, (B) melhoria contínua da qualidade, (C) gestão dos cuidados e (D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Por sua vez, a cada uma destas competências estão associadas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, que representam os vários aspetos de desempenho profissional e que devem ser entendidos como evidência do mesmo (OE, 2019a).

“A) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

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

A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a: 4746)

Competências de Mestre em Enfermagem

“3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015:26).

A enfermagem enquanto disciplina encontra-se munida de um leque de conhecimentos próprios, que pressupõe a aplicação de teoria, método e evidência científica. Para tal, a formação dos enfermeiros é centrada numa perspetiva crítica e reflexiva, de forma a capacitar os profissionais a desenvolver um olhar crítico sobre o seu saber – ser, saber fazer e sobre o seu próprio saber individual (Spagnol et al., 2019).

A enfermagem presta cuidados ao ser humano de forma transversal e está intimamente ligada ao direito, quer na regulação da sua prática e defesa dos direitos dos utentes, quer no

respeito da legislação em vigor do país que condiciona o exercício profissional dos enfermeiros, nas mais variadas vertentes, seja pelo regulamento do exercício profissional, quer pela constituição, quer pelo código civil, código penal, RGPD, Lei de bases da Saúde.

Enquanto profissão, a enfermagem envolve uma dimensão ética, onde impera o respeito e a proteção da dignidade humana através da reflexão dos atos que constituem a pessoa singular na sua própria adesão a valores, princípios e normas morais; uma dimensão moral, que é determinada pela sociedade, ao ser expectável um desempenho de qualidade, tendo por base um conjunto de regras de conduta assumidas pelos indivíduos que podem ser benéficas ou maléficas para outrem e por fim tem uma dimensão deontológica e jurídica, que norteia e fundamenta a nossa prática e tomada de decisão (OE, 2015c; Nunes et al, 2022).

A OE assegura a regulamentação e disciplina da profissão de enfermagem, através do cumprimento das normas deontológicas, proteção do interesse público de bem-comum, garantia da qualidade dos cuidados, bem como a dignidade e excelência do exercício profissional. Para tal, são fundamentais os documentos legais que regulam a sua prática, como o REPE e o código deontológico integrado no Estatuto da OE. Não menos importante as competências do enfermeiro de cuidados gerais, o regulamento dos padrões de qualidade do enfermeiro de cuidados gerais e o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados na PSC.

“O desenvolvimento de competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal presume a apropriação de saberes que integrem conceitos, princípios, valores e deveres bem como a sua relação no quadro do exercício profissional da Enfermagem e sua regulamentação” (Nunes et al, 2022:6). Importa também referir a importância da UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem para o desenvolvimento desta competência pelo suporte documental, análise e reflexão crítica que contribuíram para a fundamentação do PIM.

Assim, é exigido ao EE face à PSC, competências específicas para lidar com as situações emergentes com que se depara, tendo um papel preponderante na consciencialização das equipas sobre a humanização dos cuidados, ao ser um elemento de referência, dada a sua maturidade reflexiva crítica, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, ao agir de acordo com os direitos humanos, suportando a sua tomada de decisão com base nos aspetos éticos, legais e deontológicos, para além de uma praxis especializada com base na evidência científica, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente/ família (OE, 2019a; Mata et al, 2021).

Ao longo do meu percurso profissional e académico, agora como futura enfermeira especialista, foram inúmeras as situações, sentimentos e dilemas éticos na tomada de decisão perante os doentes, famílias/ cuidadores e mesmo com a própria equipa, que me desafiaram a

considerar várias questões ético-legais, assumindo o compromisso do cuidar baseado nos princípios éticos de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, promovendo uma prática segura no que diz respeito à privacidade e dignidade humana (Larrabee, 2011 OE, 2015d). Os cuidados prestados ao doente crítico, ainda mais num ambiente de elevada complexidade como a UCI, focado num cenário despersonalizado e tecnicista em prol da manutenção/ substituição das funções vitais de suporte à vida, exige do enfermeiro uma ampla capacidade de mobilização dos seus conhecimentos científicos e técnicos e obriga a tomadas de decisão em situações de emergência num curto espaço de tempo, o que acarreta inevitavelmente muito stress ao sentido de responsabilidade envolvido (Pinho, 2020).

A hospitalização envolve mudanças na vida do doente/ família, causando ansiedade e uma sensação de fragilidade e despersonalização, pois o mesmo vesse desprovido da sua intimidade, autonomia, liberdade e dignidade, principalmente na UCI, onde muitas vezes os doentes se encontram tapados apenas com um lençol, pelo que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” como se encontra refletido no artigo nº99 da deontologia profissional (OE, 2015d:80). A preocupação com a individualizada, privacidade e intimidade do paciente sempre foi preservada, procurando-se “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE, 2015d: 82).

Respeitou-se as relações privilegiadas do doente com a família/ pessoa significativa, encorajando a sua presença e participação nos cuidados sempre que possível. Geriu-se a presença da família nos processos de tomada de decisão, permitindo o livre acesso à informação, acerca da evolução do quadro clínico e suas necessidades, sendo sempre assegurada a confidencialidade da informação e sigilo profissional, uma vez que a informação sobre cada um a cada um pertence, procurando assegurar-se que “a informação à família é facultada ou não, de acordo com a vontade expressa do indivíduo” (OE, 2015c: 73).

Os enfermeiros e todos os profissionais de saúde detêm o conhecimento sobre o valor fundamental da pessoa, enquanto ser individual, daí a importância da confidencialidade e segredo profissional que lhes é exigido no decurso do exercício das suas funções. O respeito pelo direito do doente à escolha e autodeterminação encontra-se presente no artigo 84º na alínea b) que enuncia que o enfermeiro tem o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015c:73).

Desta forma, a decisão terapêutica deixa de ser uma responsabilidade exclusiva do profissional de saúde e o doente decide sobre si mesmo. Na impossibilidade de tal faculdade, principalmente nos doentes com maior instabilidade hemodinâmica, com alteração do estado

de consciência, seja por condição patológica subjacente, por terapêutica sedativa ou incapacidade de comunicar verbalmente, nestas circunstâncias será a pessoa de referência que substitui o doente, ou em caso de situação de emergência, na sua ausência, a nossa conduta é fundamentada pelo princípio da beneficência, devendo proceder-se imediatamente à intervenção médica indispensável em benefício da saúde do doente (AR, 2001;OE, 2015c).

Importa referir que foi utilizada uma metodologia adequada na abordagem da família/ pessoa significativa na transmissão de informação e más notícias. A comunicação utilizada foi sempre clara, acessível, assertiva e refletida de forma a proporcionar um ambiente terapêutico com o doente/ família. Os conteúdos programáticos lecionados nas unidades curriculares de EMC 1 e Relação de Ajuda, foram fundamentais, dado que transmitir uma má notícia pode ser complexo e desafiador. Logo, a maneira como esta é transmitida interfere diretamente na relação equipa-doente/família; no modo como o indivíduo lida com o diagnóstico; na esperança desenvolvida após a notícia; na adesão ao tratamento e na procura de uma melhor qualidade de vida (Neto et. al., 2017). Torna-se crucial os enfermeiros serem detentores de técnicas e conhecimentos específicos de forma a realizarem uma comunicação eficaz, assente em pressupostos deontológicos, éticos e jurídicos de forma a facilitar a transmissão de informação e desenvolver estratégias mais eficazes para a gestão de situações de crise, gestão de emoções e personalização da transmissão das más notícias.

O desenvolvimento de competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, também foi exposto nas etapas de elaboração do PIM. A avaliação e gestão da dor é crucial no tratamento digno da PSC, principalmente quando o doente se encontra incapaz de comunicar a sua dor, constituindo uma responsabilidade ética e moral dos profissionais de saúde enquanto responsáveis pela prestação de cuidados. A negação e subvalorização da dor e do sofrimento do outro são erros éticos que infelizmente ainda ocorrem, constituindo uma falha na excelência do exercício profissional e por isso, o meu objetivo ao abordar esta temática no PIM (OE, 2008).

Importa mencionar que para a realização do PIM, foram respeitados os princípios éticos da investigação, através da solicitação de autorização para realização do projeto ao diretor do serviço, enfermeira coordenadora do serviço, enfermeiro diretor do HP, comissão de ética e DOP. Após aprovação, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem, que fez-se acompanhar de um consentimento informado, onde constava informação acerca dos objetivos e fins do projeto, solicitando a participação dos inquiridos de forma livre e esclarecida, sendo mantido o seu anonimato, segurança e confidencialidade dos dados. O mesmo aconteceu relativamente aos doentes eleitos para este projeto, sendo garantida a sua privacidade e

confidencialidade, atuando de acordo com o dever de sigilo profissional, efetuando apenas a investigação em caráter observacional, sem consulta de informações pessoais ou de saúde dos doentes envolvidos, declarando a não existência de conflitos de interesse para a investigação.

Perante o exposto, considero que as competências acima supracitadas foram adquiridas, bem como a competência de Mestre citada, procurando no meu percurso profissional e académico participar nas tomadas de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar, respeitar os direitos humanos e agir de acordo com os direitos, deveres e valores inerentes ao exercício profissional.

“B) Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

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

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a:4747)

Competências de Mestre em Enfermagem

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

5 - Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015:26).

Constitui uma preocupação transversal a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados, sendo a sua importância mencionada por vários órgãos nacionais e internacionais como a OMS, Ministério da Saúde [MS], DGS e OE. Desta forma, impõe-se que os sistemas de saúde, garantam a promoção de cuidados eficientes e integrados, com uma orientação centrada nas necessidades da população. Qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, pelo que os cuidados devem assentar na prevenção, diagnóstico e tratamento, sustentados na obtenção de resultados periodicamente avaliados, face às metas estabelecidas, potenciando a

obtenção de ganhos em saúde (OE, 2001; OE, 2017; Sousa et al., 2019; OMS, 2020; Danno et al., 2021).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, prioriza o bem-estar da população, procurando garantir o acesso à saúde de qualidade, desde o planeamento estratégico de base populacional, até ao planeamento tático e operacional da saúde (DGS, 2022). A adoção desta filosofia, envolve o compromisso de todos os gestores para com a qualidade dos cuidados prestados, sendo fulcral o investimento não só em recursos físicos, mas na formação contínua, capacitação e condições de trabalho dos profissionais de saúde, destacando a relevância das evidências e dos saberes profissionais (OMS, 2020; DGS 2022).

A gestão da qualidade em enfermagem, pressupõe o cumprimento dos padrões de qualidade definidos pela OE, que norteiam a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, para a prática especializada de enfermagem, consoante o alvo e contexto de intervenção. (OE, 2001; OE, 2017a; Sousa et al., 2019). No que concerne à área de especialidade EMC-PSC, foram definidas sete categorias de enunciados descritivos nomeadamente: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, bem como a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados, como aspetos chave na obtenção de cuidados seguros e de qualidade (OE, 2017a; Sousa et al., 2019).

Num ambiente de cuidados complexo como a UCI, é fundamental a implementação de indicadores de qualidade exequíveis, que vão ao encontro das orientações e requisitos legais internacionais e nacionais de excelência dos cuidados, nomeadamente a nível nacional à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e aos cinco pilares e objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, com o objetivo de potenciar uma cultura de qualidade com implementação continuada de práticas seguras, tendo como foco o doente e os cuidados a este prestados (MS, 2015; MS, 2021).

De forma a desenvolver a presente competência, foi essencial mobilizar conhecimentos adquiridos em algumas UC do presente curso de mestrado, nomeadamente a UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, onde foi efetuado um trabalho de grupo sobre a temática da liderança e a gestão em enfermagem, a UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, onde também foi elaborado um trabalho acerca da temática da acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde no serviço de urgência e por fim destaca-se também os contributos das UC's de Investigação em Enfermagem por todas as bases adquiridas para uma PBE e da UC de Formação e Supervisão em Enfermagem por remeter para a importância da melhoria continua da qualidade com enfoque na formação e capacitação dos seus profissionais, onde foi realizado

um plano de formação, preconizando uma área de melhoria, nomeadamente a higienização das mãos.

Assim, a gestão da qualidade constitui um domínio elementar nas competências do EE, devendo o mesmo aproximar o seu exercício dos padrões de excelência definidos através da formação contínua, contribuindo para o reconhecimento da profissão, ao identificar, prevenir e gerir eventos adversos que possam afetar a segurança e o bem-estar dos doentes (Bispo et al., 2023). Desta forma, é esperado que o EE garanta um papel dinamizador na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da governação clínica, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade, ajudando à criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros (OE, 2019a).

Posto isto, no sentido de prestar cuidados de qualidade e promover um ambiente terapêutico seguro, foram analisados os programas de melhoria contínua em vigor no HP, dado que este disponibiliza um programa de qualidade e segurança da organização, representativo das comissões de risco e do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA], com foco na liderança, monitorização contínua de indicadores de qualidade, identificação de oportunidades de melhoria, bem como uma metodologia de gestão do risco clínico e não clínico, que estabelece e prioriza ações, reforçando a implementação de normas e recomendações de boas práticas na prestação de cuidados de forma segura (HP, 2022).

O HP possui um sistema informático de notificação de incidentes, conhecido como a plataforma HER+ [Health Event and Risk Management], concebida para reportar, monitorizar e analisar incidentes críticos que possam comprometer a segurança do doente e profissionais de saúde, servindo como guia para a elaboração de um plano estratégico com vista à redução desses eventos. Na prevenção de eventos adversos e sempre visando a criação de um ambiente seguro no planeamento dos cuidados, procurei utilizar instrumentos de avaliação de risco clínico, assentes no programa de prevenção de quedas e programa de prevenção e tratamento das UPP.

A gestão da qualidade abrange tudo o que está relacionado com a prestação de cuidados, o doente e os profissionais de saúde, pelo que procurei desde o início do estágio colaborar nos programas de melhoria continua desenvolvidos na UCIP e auditorias a procedimentos de enfermagem, assentes na administração terapêutica segura, identificação do doente, segurança da informação, registos de enfermagem e prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde com base no cumprimento dos feixes de intervenção enunciados pela DGS. A execução e verificação das check-lists de equipamentos, malas de transporte e carro de emergência

também foram fundamentais para garantir a segurança do doente e a eficácia do trabalho da equipa.

Como futura enfermeira especialista, a experiência profissional já adquirida no meu percurso académico e profissional possibilitou-me integrar diretivas e conhecimentos no domínio da melhoria da qualidade, procurando intervir nos cuidados especializados na área da PSC, tendo em conta toda essa bagagem prévia, momentos de autorreflexão da minha própria prática profissional e a incursão em projetos desenvolvidos no serviço, nomeadamente de outros colegas de mestrado, que se revelaram numa mais valia à aquisição destas competências. Assim, durante o EF tive oportunidade de assistir a duas formações ministradas no serviço, uma formação sobre a doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos e outra acerca da gestão do ruído na promoção do conforto da pessoa em situação crítica internada na UCIP.

Um pilar fundamental para a segurança do doente, é a comunicação, principalmente nos momentos em que existe transmissão de informação ou transferência de responsabilidade, entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados (DGS, 2022). Na UCIP, os registos clínicos são efetuados na íntegra, na plataforma B Simple Patient Care, tanto para a equipa de enfermagem, como para a equipa médica de forma a garantir a qualidade e continuidade dos cuidados, durante todo o internamento, desde o momento de admissão até à alta clínica ou transferência.

De forma que a UCI possa alcançar maiores indicadores de qualidade deve-se incutir a prática de procedimentos e registos estandardizados de forma a reduzir a variabilidade da prática (Rocheta, 2018). Assim, a passagem de turno é realizada segundo a técnica ISBAR: Identify (Identificação), Situation (Situação Atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), que consiste numa mnemónica que pretende uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde, permitindo a transmissão da mesma de forma mais rápida e sistematizada, memorizando toda a informação fundamental a ser transmitida acerca do doente (DGS, 2017b; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020).

No domínio da melhoria da qualidade e segurança do doente, o desenvolvimento do PIM, a elaboração de um artigo científico sobre a temática do projeto, seguido de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem e a criação de uma instrução de trabalho sobre a escala CPOT, revelaram-se grandes aliados no desenvolvimento de aptidões a nível de conceção, análise e planeamento estratégico, constituindo uma oportunidade de melhoria dos cuidados na UCIP, sustentados por evidência científica. A realidade é que a qualidade de vida da PSC passa também por uma correta avaliação e monitorização da sua dor, pelo que o

reconhecimento da multidimensionalidade da dor, envolve uma abordagem multidisciplinar e terapêutica organizada (DGS, 2017b).

Tendo em conta toda a fundamentação acima descrita e cumprindo todos os pressupostos do MMPBE, onde se incentiva o desenvolvimento de atividades que conduzam à mudança da prática clínica, considero que foram adquiridas as competências a que me propus no domínio supracitado.

“C) Domínio da Gestão dos Cuidados

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

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

Competências de Mestre em Enfermagem

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

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015:26).

No âmbito deste domínio, de acordo com o ponto nº 6 do artigo 9.º do REPE “os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2015d:103). Por forma a garantir a segurança, qualidade e eficiência dos cuidados de saúde através da PBE, é essencial que haja o domínio da gestão clínica e o envolvimento dos profissionais de saúde (OE, 2018b; OE, 2019a).

Nesse sentido, o bom funcionamento das organizações de saúde exige funções de gestão e coordenação, sendo imprescindível o desenvolvimento de líderes que se esforcem para identificar os fatores que motivam a equipa a ter um melhor desempenho, potenciando esses fatores através da adoção de comportamentos de liderança adaptados ao clima organizacional (OE, 2019a; Fernandes et al., 2021).

Desta forma, prevê-se que o EE, munido da sua experiência profissional e conteúdos teóricos, seja responsável pela gestão da equipa de enfermagem e articule os recursos disponíveis em função das necessidades identificadas, coordenando e supervisionando os

cuidados de saúde prestados aos doentes, quer ao nível da tomada de decisão quer na delegação de tarefas, de forma a otimizar as respostas e a colaboração interdisciplinar da equipa de saúde (OE, 2019a). No contexto específico da UCI, é importante promover a autonomia e a responsabilidade face à realidade que pode ser complexa e imprevisível, exigindo em simultâneo, competências de liderança, análise crítica, tomada de decisão célere e antecipada, planeamento e execução dos cuidados (Mateus & Serra, 2017; Backes et al., 2022; Lourenço et al., 2022).

A gestão de cuidados implica que haja liderança, e no exercício da Enfermagem está relacionado com o processo de melhoria contínua de cada elemento da equipa. Assim o enfermeiro líder deve ter uma comunicação eficaz e ser capaz de pensar coletivamente, gerindo e prevenindo conflitos desnecessários, ao proporcionar um ambiente de confiança e ao medir o impacto dos cuidados prestados, com vista a implementar mudanças e práticas baseadas na evidência científica (Sotomayor, 2017; Schneider et al., 2019; Martins et al., 2020; Mrayyan et al., 2023).

Durante o desenvolvimento de competências neste domínio foi fulcral rever os conteúdos programáticos abordados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, com especial ênfase na temática da liderança, onde foi desenvolvido um trabalho de grupo acerca da mesma.

Durante o estágio, acompanhei o meu enfermeiro orientador, que, no papel de enfermeiro especialista, desempenhou funções de gestão dos cuidados como chefe de equipa/ responsável de turno. Em todos os turnos existe um enfermeiro responsável, que na ausência da enfermeira gestora, desempenha funções de coordenação e supervisão da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, respeitando as normas e protocolos do serviço, bem como a gestão de recursos materiais e físicos de forma eficaz e eficiente, na prestação de cuidados.

Na qualidade de discente, procurei conhecer a equipa multidisciplinar de forma a integrar-me na mesma, compreendendo a sua dinâmica de trabalho e gestão dos cuidados prestados. Desenvolvi competências e conhecimentos na gestão eficaz do tempo na prestação de cuidados ao doente crítico, sem descurar a evidência científica, procurando assumir um papel dinamizador ao colaborar nos processos de tomada de decisão e gestão de conflitos, refletindo/negociando soluções e estratégias de acordo com as necessidades e complexidade dos doentes, de forma a atingir as metas e resultados preconizados, promovendo ao máximo bem-estar do doente e satisfação da equipa.

Colaborei na gestão dos recursos humanos e materiais, indo ao encontro das necessidades do serviço, assegurando-se a reposição adequada de material clínico e terapêutica. Segundo a periodicidade estabelecida e a check-list em vigor no serviço, foi testado o desfibrilador do

carro de emergência, bem como a verificação do mesmo e respetiva mala de emergência de EEMI.

Foi igualmente testada a operacionalidade dos equipamentos de cada unidade do doente, após a sua limpeza e desinfeção. Caso algum dos equipamentos apresente uma avaria ou anomalia, a situação é reportada ao serviço de instalações e equipamentos, com conhecimento da chefe de serviço. Neste campo, supervisionou-se a realização correta das tarefas delegadas aos assistentes operacionais, garantindo a sua execução e segurança dos doentes alvo dos cuidados, como vai ao encontro da alínea e) do Artigo 109º do Código Deontológico (2015), tendo em conta a otimização da qualidade e segurança dos cuidados.

Perante situações que ultrapassavam a área de atuação e resposta do serviço, pude constatar a importância da referenciação a outros profissionais de saúde, tal como se verificou na necessidade de uma transferência inter-hospitalar para outra unidade do mesmo grupo, pelo facto de apresentar uma unidade de hemodinâmica, para intervencionar um doente com um EAM com necessidade de cateterismo emergente.

Tive ainda oportunidade de perceber de que maneira é feita a distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelos doentes internados, com vista a prestação de cuidados segura. Dada a complexidade da UCI, é imprescindível atender às dotações seguras recomendadas para o serviço, definindo rácios adequados aos cuidados prestados, uma vez que os doentes internados neste serviço carecem de monitorização hemodinâmica contínua e de cuidados altamente especializados de suporte de funções vitais.

Os rácios em UCI são definidos com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se que nas UCI's de Nível II seja cumprido o rácio de enfermeiro/doente mínimo de 1:2, e no nível III de 1:1. Nos casos de doentes que não careçam de monitorização invasiva, sendo considerada uma prestação de cuidados equiparada às unidades de cuidados intermédios, o rácio será de 1:3 (OE, 2019b)

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem, é realizado através dos instrumentos TISS-28 e NAS que são preenchidos diariamente, tendo em consideração os dados relativos às últimas 24h de internamento. Estes índices de avaliação, permitem fundamentar o tempo despendido com cada doente, quantificando a carga de trabalho, permitindo uma distribuição mais equitativa da mesma e justificando a necessidade de dotações seguras. Foi possível também refletir e analisar que as distribuições dos enfermeiros pelo chefe de equipa têm em conta a adequação das competências e conhecimentos dos profissionais face às características dos doentes, de forma a potenciar a satisfação da equipa e melhores cuidados.

Ainda objetivando o alcance de competências no domínio da gestão dos cuidados, realizei um turno de observação com a enfermeira que assume funções de gestão como segundo elemento da equipa, onde foi possível o contacto direto com as funções de coordenação, gestão e logística do serviço. Neste contexto, foi possível verificar a elaboração de horários e distribuição dos elementos de enfermagem e assistentes operacionais, pedidos de reposição de material de consumo clínico, articulação de pedidos de stock de terapêutica com a farmácia, resolução de problemas relacionados com manutenção de equipamentos, resolução de problemas emergentes e ainda respostas a reclamações e incidentes na aplicação de notificação de incidentes – HER+, existente na instituição.

No decorrer do EF, os turnos efetuados nas diversas equipas permitiram-me refletir e observar diferentes estilos de liderança adotados pelos chefes de equipa e que diferem consoante as necessidades da equipa e das situações com que se deparam. De um modo geral, independentemente da imprevisibilidade que caracteriza o ambiente numa UCI e pela reflexão pessoal que marcou este meu percurso como discente através da partilha de experiências e saberes com o meu enfermeiro orientador e através de observação de alguns estilos de liderança com que não me identifiquei totalmente, conclui que o estilo de liderança adotado deve ser promotor de um “ambiente positivo e favorável à prática” (OE, 2019a: 4749).

Logo, o enfermeiro especialista, deve assumir uma posição de líder motivador junto da equipa de enfermagem, liderando pelo exemplo, onde a relação interpessoal focada no diálogo, fortalece o trabalho de equipa, baseado no respeito e empatia, com conhecimento das potencialidades e limitações de cada elemento, motivando o desempenho para além das suas expetativas, pela capacidade de influenciar as atitudes (Carvalho et al., 2021).

A adoção de um estilo de liderança transformacional por parte do EE, “constitui uma mais-valia para o desenvolvimento de comportamentos de suporte no seio da equipa, os quais permitem potencializar a eficácia grupal em diferentes dimensões” (Pessoa et al., 2018: 25). Apesar deste processo ser bidirecional, pois o líder também é influenciado pelos seus colaboradores, este é o estilo mais apropriado a ser utilizado nas organizações de saúde, conduzindo à inovação e desenvolvimento a nível individual e organizacional (Reis, 2020; Carvalho et al., 2021).

Resta por fim salientar a importância do PIM na aquisição de competências neste domínio, através da concretização das suas várias etapas, até à realização da sessão em serviço para expor os resultados obtidos à equipa de enfermagem, no sentido de responder a uma necessidade do serviço.

Tendo em conta tudo o que foi anteriormente referido, considero atingidas as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados, bem como as competências de mestre mencionadas.

“D) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a:4749).

Competências de Mestre em Enfermagem

2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015:26).

Para Netto et al. (2018) este domínio implica que o enfermeiro desenvolva e adquira continuamente conhecimentos, aptidões, competências e experiências relevantes para a prática de enfermagem, sustentados desde o início do curso de licenciatura, passando pelo exercício profissional diário. Este, como elo fundamental entre a componente teórica e prática, revela-se um pilar fundamental para o crescimento e valorização pessoal e profissional, bem como para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A formação especializada, a prática reflexiva, baseada no autoconhecimento e assertividade, a integração de novas competências e uma praxis clínica especializada em evidência científica são pontos fundamentais à transição do enfermeiro de cuidados gerais para o EE (Netto et al., 2018; OE, 2019). Desta forma, o EE, deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, da dimensão de Si e da relação com o Outro, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019). É esperado que este apresente elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, devendo para isso alicerçar “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019a, p.4749) o que assenta nos artigos 100.º alínea e) e 109.º do código deontológico, onde está descrito que o enfermeiro tem o dever de garantir a

atualização permanente de conhecimentos e assegurar a excelência do exercício profissional (OE, 2015d).

Nessa perspetiva, foquei-me em adquirir novos conhecimentos e aperfeiçoar os já existentes, adquiridos não só no âmbito da atividade profissional, mas também com base nas unidades curriculares do presente mestrado em enfermagem. Para que as mesmas fossem desenvolvidas de forma responsável e refletida, apoiadas não só em referências éticas e legais fundamentais ao exercício da profissão, como também em investigação como garantia de validação da minha intervenção. O autoconhecimento e a reflexão crítica assumiram-se como os alicerces da tomada de decisão, num contexto de prestação de cuidados à PSC que se reveste de grande complexidade, a nível de conhecimentos técnicos e científicos, sem nunca esquecer que o grande foco da nossa ação é a pessoa, pelo que a componente relacional se reveste de uma grande dimensão, ainda mais no contexto dos cuidados intensivos.

Desta forma, foram importantes os momentos de reflexão acerca das experiências vivenciadas, dificuldades encontradas e aprendizagens em contexto clínico com o enfermeiro orientador. Em conjunto pude definir estratégias para superar as dificuldades sentidas, na procura constante da melhoria contínua. As situações complexas, física e emocionalmente desgastantes, requereram juízo autocrítico e autoconsciência dos meus limites e potencialidades enquanto pessoa e enfermeira. Nesse sentido, procurei trabalhar a capacidade de lidar com emoções e situações de tensão, através de uma postura assertiva, na gestão de emoções e sentimentos perante situações complexas, de forma a alcançar um equilíbrio na interação com o outro. O que se refletiu em atitudes de empatia, compreensão e confiança, onde a escuta ativa prevalece, isenta de preconceitos.

Neste âmbito, importa salientar o contributo da UC de Relação de Ajuda e EMC 1, cujos trabalhos desenvolvidos possibilitaram a discussão, reflexão e consciencialização de nós enquanto seres dotados de valores e crenças, auxiliando no desenvolvimento de estratégias para a gestão de sentimentos e emoções, assim como de técnicas de comunicação com o doente/família, contribuindo para uma gestão de stress mais eficaz face ao doente crítico e permitindo o fortalecimento das relações interpessoais, perante situações complexas, relacionadas com prognóstico clínico, transmissão de más notícias, implementação de limites terapêuticos ou a decisão de não manter medidas invasivas de suporte de órgão ou reanimação. Todas estas questões foram vivenciadas durante o EF e objeto de discussão perante os enfermeiros peritos e equipa multidisciplinar, fomentando o desenvolvimento pessoal e a prestação de cuidados humanizados e de excelência.

Também no que concerne ao desenvolvimento desta competência a UC de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, foi crucial como um recurso científico, para a tomada de decisão fundamentada nos conhecimentos teóricos apreendidos e para uma atuação eficaz face a situações de pressão e imprevisibilidade e na antecipação de repostas perante situações de instabilidade hemodinâmica.

Embora todas as oportunidades de formação, tenham contribuído para a prática clínica especializada no doente crítico, os mais significativos foram os conteúdos lecionados e os trabalhos desenvolvidos no decorrer do curso de Mestrado em EMC-PSC, bem como os cursos de Suporte Básico de Vida [SBV] (Anexo VIII), Suporte Avançado de Vida [SAV] (Anexo IX) e International Trauma Life Support [ITLS] (Anexo X) integrados no mesmo. É importante ressaltar que durante o processo formativo de forma a fomentar e atualizar as aprendizagens profissionais, participei como congressista no 1º congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC (Anexo XI), bem como no Congresso de Enfermagem Intensiva do CHUC (Anexo XII).

Durante o EF observou-se criticamente as práticas existentes no serviço e diagnosticaram-se as necessidades formativas. Foram sugeridas reformulações, baseadas na experiência profissional e sustentadas pela evidência científica disponível. A UC Investigação em Enfermagem e Formação e Supervisão Clínica foi fundamental para a elaboração do PIM, fornecendo as ferramentas fundamentais à construção deste projeto.

Relativamente à mudança de práticas clínicas, baseadas nas evidências, foi possível desenvolver o projeto intitulado “Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal”, problemática sobre a qual foi elaborada uma RSL que contribuiu para o desenvolvimento e fundamentação do PIM assente na metodologia de projeto e um artigo científico sobre a temática, direcionado à eficácia da escala CPOT, como ferramenta de avaliação da dor nos doentes não comunicantes verbais internados na UCI, prevendo-se a sua submissão para publicação brevemente, como forma de disseminar a investigação e contribuir para uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Com o objetivo de contribuir não só para a melhoria da prática clínica, mas também garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens, os resultados da investigação desenvolvida no âmbito do PIM, foram divulgados à equipa de enfermagem da UCIP, bem como a infografia com as recomendações de utilização da escala CPOT, como proposta de parametrização da mesma no sistema informático “B-Simple”.

Face ao exposto, considero desenvolvidas e adquiridas as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e de mestre referidas.

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

A OE, em complementaridade com as competências comuns do EE, definiu no regulamento nº 429/2018, o perfil de competências do EEEMC- PSC, tendo como alvo a prestação de cuidados à pessoa “(...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a:19362).

Atendendo à especificidade e complexidade da PSC, são fundamentais cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, face a uma situação de emergência, exceção e catástrofe, que conduzam à degradação do estado geral do doente, com o objetivo de prever, detetar e prestar uma resposta eficiente e antecipatória, com vista a “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018a:19362). Neste contexto, o EEEMC-PSC deverá também possuir competências para intervir num cenário de catástrofe ou emergência multivítimas, bem como no âmbito da prevenção e controlo da infeção.

Posto isto, preconiza-se que o EEEMC-PSC, para além das competências comuns seja detentor das três competências específicas:

- 1- “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- 2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- 3- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”. (OE, 2018a:19359)

Competência Específica do EE em EMC-PSC

“1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a:19363).

Competências de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015:26).

O enfermeiro cujo campo de atuação incide numa UCI desempenha um papel fundamental no cuidado à PSC, na medida em que não só lhe é exigido raciocínio rápido como também capacidade de liderança e tomada de decisão em conformidade com a equipa multidisciplinar, tendo em vista a manutenção da vida, identificação dos focos de instabilidade e risco de falência orgânica (Pinho, 2020).

Neste contexto, todos os momentos vividos durante o EF, onde o intensivismo aliado a uma grandeza ética e deontológica e à prática profissional adquirida ao longo do meu percurso profissional na área do doente crítico ao longo destes treze anos, contribuíram para enriquecer qualidades, enquanto pessoa e profissional. Além da reflexão alicerçada nas experiências e aprendizagens vivenciadas com o enfermeiro orientador, pesquisa bibliográfica, conhecimento das normas e protocolos existentes na UCIP, de forma a identificar e responder atempadamente aos focos de instabilidade identificados, tornou-se fulcral mobilizar os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos no decorrer deste curso de Mestrado, bem como os conhecimentos adquiridos ao longo de outras experiências formativas a nível profissional.

Destacam-se a UC de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2 e a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, onde nesta última foi possível a realização dos cursos de SBV, SAV e ITLS, que possibilitaram o desenvolvimento de aprendizagens profissionais que permitiram identificar situações de deterioração/ instabilidade hemodinâmica e atuar perante as mesmas, traduzindo-se na obtenção de um corpo de conhecimento sólido e sustentado, pela teoria e prática assente nas mais recentes *guidelines* de reanimação. A investigação e a PBE, permitem uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados como defende o MMPBE de Larrabee (2011).

Desde sempre que representa um objetivo, a reflexão dos aspetos que realçam o papel do enfermeiro no contexto do cuidar.

A prestação de cuidados à PSC inicia-se com o acolhimento/ admissão na UCI previamente à chegada do doente ao serviço, em que é realizado um contacto a informar a chegada e condição do doente e eventuais diligências a ter no momento da admissão. É igualmente necessário que a unidade se encontre preparada, com todos os equipamentos testados e todo o material de apoio aos cuidados e procedimentos organizado.

De forma a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados à PSC, face à instabilidade hemodinâmica do doente, o acolhimento requer a mobilização de diversos elementos da equipa multidisciplinar de forma a coordenar uma abordagem estruturada, segura e eficaz na sua estabilização. Pelo que a transmissão da informação é efetuada de uma forma clara e pertinente à equipa multidisciplinar, através do método ISBAR, como preconizado na instituição.

Durante o EF, procurei sempre prestar cuidados de qualidade e segurança, como tal, na admissão e avaliação da PSC, preconiza-se na UCIP a abordagem ABCDE (Airway – permeabilização da via aérea; Breathing – ventilação e oxigenação; Circulation – assegurar a circulação com controlo da hemorragia; Disability – disfunção neurológica; Exposure – exposição). Esta abordagem, promove um melhor desempenho da equipa e minimiza os riscos para o doente ao basear-se numa avaliação sistematizada e consequente intervenção contínua e sequencial, de acordo com as prioridades estabelecidas na resolução de problemas detetados, facilitando o reconhecimento precoce de situações de detioração fisiológica e tratamento imediato de situações ameaçadoras à vida (Smith & Bowden, 2017; INEM 2020).

Ao colaborar com os enfermeiros “peritos” na abordagem do doente crítico, foi possível desenvolver competências no reconhecimento de sinais de deterioração e na resposta rápida ao doente em risco, fazendo corresponder as necessidades e os recursos disponíveis face a uma situação urgente. A UCI onde decorreu o EF, pela sua especificidade, sofisticação tecnológica e dinamismo, revelou-se um campo de intervenção rico em experiências, pela abordagem de doentes com uma multiplicidade de patologias e instabilidade hemodinâmica, oferecendo suporte vital imprescindível à sua estabilização clínica. Neste sentido, confrontei-me com novos desafios e oportunidades de aprendizagem e também familiarização com alguns procedimentos e técnicas já praticadas, tendo oportunidade de executar intervenções técnicas de elevada complexidade.

De um modo mais específico, os procedimentos técnicos passaram entre outros, pela abordagem e manutenção da via aérea, esta foi sem dúvida uma prática recorrente na prestação de cuidados, tanto ao nível da Ventilação Não Invasiva [VNI], terapia por alto fluxo de oxigénio por cânula nasal, como ao nível da via aérea artificial na VMI, EOT e extubação, bem como aplicar protocolos de atuação específicos referentes à prevenção da pneumonia associada ao

ventilador, etapas de desmame ventilatório e gestão de sedoanalgesia. Foram prestados cuidados durante procedimentos de broncofibroscopia ou realização de traqueostomia percutânea. Destaca-se também os cuidados ao doente com síndrome de dificuldade respiratória aguda [SDRA] em decúbito ventral e também aos doentes críticos com COVID-19.

Além de colaborar em procedimentos de canalização de acessos venosos de grande calibre (cateter venoso central, cateter de hemodiálise), contactei também com variados tipos de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, fulcrais para complementar a vigilância permanente da PSC em quadros de maior instabilidade clínica, pelo que houve necessidade da pesquisa de evidência científica constante. Inclui-se a colocação e manuseamento das linhas arteriais, do cateter PICCO (Pulse Contour Cardiac Output) e realização do ponto hemodinâmico, avaliação da pressão venosa central [PVC] e pressão intra-abdominal [PIA], monitorização respiratória por Capnografia, monitorização do nível de consciência dos doentes sedados pelo índice bispectral [BIS] e monitorização por eletroencefalograma contínuo [EEG]. Relativamente a este último destaca-se um caso que ocorreu durante o estágio, onde presenciei num doente sob VMI mioclonias do MSE e hemiface esquerda, com consequente desvio do olhar conjugado. Após intervenção farmacológica e realização de TAC emergente que não revelou alterações agudas, colocou-se os elétrodos de EEG, de forma a monitorizar continuamente a atividade neurológica do mesmo e antecipar posteriores complicações. Sendo o enfermeiro aquele que permanentemente está à cabeceira do doente, deve garantir uma monitorização fidedigna e criteriosa do estado geral do doente, sabendo analisar e interpretar os dados fornecidos e discuti-los com a restante equipa multidisciplinar (Cabral et al., 2021).

No doente internado na UCIP foi relevante a avaliação neurológica através da escala de coma de Glasgow e avaliação pupilar, sendo que nos doentes sedados sob VMI, foi aplicada a escala de Richmond Agitation Sedation Scale [RASS] que permite reconhecer o grau de sedação e agitação do mesmo, auxiliando na gestão de situações de sedoanalgesia. Foi também fundamental garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, reconhecendo a sua importância na uniformização das práticas. Dois deles na minha opinião foram bastante importantes, em particular o protocolo da Técnica de Substituição Renal [TSR], que através do sistema Prismaflex®, inclui técnicas intermitentes e contínuas, o que para mim foi uma novidade, visto eu estar familiarizada com o sistema de TSR da Fresenius. Outro dos protocolos cuja aplicação prática tive oportunidade de realizar foi o protocolo da Via Verde Coronária, através da ocorrência de uma situação de enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, que foi prontamente identificada e agilizada a transferência do doente acompanhado por médico e enfermeiro para outra UH do mesmo grupo, com sala de

hemodinâmica. O contacto, gestão farmacológica, conhecimento da história clínica do doente e todos os cuidados inerentes ao transporte inter-hospitalar são cruciais para o sucesso da transferência do doente em segurança, prevenindo eventuais focos de instabilidade e complicações, assumindo o enfermeiro um papel crucial neste processo. O transporte do doente crítico intra e inter-hospitalar constitui um processo complexo, ainda mais quando é necessário recurso a equipamento de suporte vital.

Durante o EF, tive oportunidade de acompanhar a EEMI, em duas ativações. Uma delas ocorreu com a chamada para uma reação vagal após administração de contraste na sala de TAC, onde foi crucial conhecer a forma como a equipa comunicou e se coordenou, sendo que após estabilização do doente, o mesmo foi acompanhado até ao atendimento permanente [AP] e transmitida a informação mais pertinente para continuidade de cuidados. Outra das situações foi a ativação da EEMI, para a ocorrência de paragem cardiorrespiratória [PCR] no AP em plena sala de tratamentos e onde foi possível aplicar todos os conhecimentos teórico-práticos de acordo com os algoritmos de SAV previamente adquiridos com sucesso, tendo sido a doente ventilada e transportada para a UCI após estabilização do quadro.

A prestação de cuidados de enfermagem sustentada em protocolos de atuação, reduz o tempo de resposta e a possibilidade da ocorrência de erros, aumentando a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Sales et al., 2018). O recurso a um espírito crítico e pensamento reflexivo são igualmente fundamentais para desenvolver o poder de decisão em situações mais complexas. O cuidado na preparação e manipulação das drogas vasoativas, evitando alterações hemodinâmicas, por vezes de difícil reversão, a perspicácia em decifrar os alarmes dos equipamentos, principalmente quando se fala em VMI, para além de diferentes causas subjacentes, podem estar como se procura expor neste relatório, níveis de sedação inadequados, como também um controlo ineficaz da dor, pelo que ampliar os cuidados na concretização de medidas que visem assegurar o conforto do doente é fundamental, pois este é um resultado esperado e não só uma medida isolada tal como vai ao encontro da teoria de conforto de Kolcaba.

Inerente à PSC, torna-se preponderante a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando a nossa atuação como uma das competências essenciais à prestação de cuidados especializados (OE, 2018a). A dor, pela sua subjetividade e invisibilidade aos olhos, constituiu o foco central desta investigação, permitindo desenvolver um PIM, sustentado e fundamentado por evidencia científica mais atual, onde o reconhecimento, avaliação e monitorização da dor constituem uma prioridade junto do doente crítico, principalmente o doente não comunicante verbal (Matos et al., 2022).

Além de todos os instrumentos de avaliação da dor ao alcance dos enfermeiros da UCIP, centrei a minha atuação na escala BPS e apresentei a escala CPOT como uma ferramenta válida, fundamentada pela divulgação dos resultados obtidos com a execução do projeto, deixando aberto o caminho à sua parametrização em sistema informático, como uma ferramenta útil à instituição. Considero que o desenvolvimento do meu projeto foi um ato corajoso, por ter utilizado uma escala tão recente e cujo conhecimento e utilização encontra-se pouco difundida nas UCI's portuguesas. O facto da minha intervenção ter incidido mais na temática da dor, permitiu-me prestar cuidados de forma holística, fazendo a gestão diferenciada da dor, reconhecendo evidências fisiológicas, emocionais e comportamentais, garantindo uma melhor gestão da analgesia e demonstrando habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, que visem o bem-estar físico, psicossocial e espiritual dos doentes.

Os cuidados de enfermagem não se resumem apenas a intervenções técnicas e as UCI's pelas suas características intrínsecas, exigência do trabalho físico e mental e a panóplia de equipamentos tecnológicos, muitas vezes despersonalizam e desumanizam os cuidados, conduzindo a sentimentos de medo, ansiedade e angústia ao doente/ família, pelo desconhecimento das intervenções e gravidade do estado clínico. É fulcral que estes ambientes promovam uma cultura ética, humanista e de respeito, de forma que o “foco” não seja somente a doença, fomentando cuidados holísticos e de excelência, passando a esfera da humanização pelo doente, família e profissionais (Larrabee, 2011; Passos et al., 2015; Rego et al., 2016).

Assim, o EEEMC- PSC deve demonstrar competências de gestão da comunicação e relação terapêutica, como instrumento fundamental do cuidado em enfermagem, de forma a dar expressão às relações, desmistificar o ambiente e permitir uma manifestação das fragilidades do doente/família, face a situações de labilidade emocional, com o objetivo de identificar e satisfazer as suas necessidades (Phaneuf, 2005; La Calle et al, 2017). O processo evolutivo verificado ao longo do EF, permitiu desenvolver e demonstrar competências comunicacionais, utilizando métodos e estratégias adequados, nomeadamente comunicação verbal e não verbal, no relacionamento com o doente/família, com uma conduta assente em princípios ético-deontológicos e legais, salvaguardando o direito à autodeterminação e respeitando as suas crenças, valores e desejos de natureza individual.

A família procura “compreender o que se passa, participar nas decisões e para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente. É, portanto, normal que eles se voltem para os enfermeiros para receber conforto e informações” (Phaneuf, 2005:462). Desta forma, a relação de ajuda, empatia, escuta ativa, comunicação com clareza e linguagem

acessível e compreensão, estabelecendo uma relação de confiança e evitando juízos de valor, constituem uma habilidade essencial na prática de enfermagem.

Não obstante à aquisição de competências de relacionamento, também se reveste de uma grande importância, o desenvolvimento de habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto. Uma vez que a comunicação de más notícias constitui uma problemática na relação doente/família, pelo impacto e carga emocional que acarreta, sendo que a forma como se comunica, vai ter uma forte influência na sua aceitação e modo de agir face ao confronto da realidade com o próprio futuro (Sequeira, 2016).

Na UCIP do HP, a comunicação de más notícias é feita pela equipa médica, com base no protocolo SPIKES (S – *Setting*, postura do profissional; P- *Perception*, perceção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, conhecimento; E – *Explore emotions*, explorar emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese), sendo permitido aos familiares permanecer junto do seu ente querido, atendendo a toda disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e partilha de emoções (Sequeira, 2016). Tive a oportunidade de estar presente em alguns destes momentos, onde a escuta, o silêncio e o toque terapêutico foram os elementos-chave e onde também muitas vezes me confrontei com as minhas próprias emoções, procurando geri-las de forma assertiva, principalmente perante situações de crise, conflito e luto. Salienta-se o contributo dos conhecimentos adquiridos nas UC de EMC1 e relação de ajuda do curso de Mestrado.

Face ao exposto considero que as competências supracitadas foram adquiridas e desenvolvidas.

Competência Específica do EE em EMC-PSC

“2 - Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018a:19363).

Competência de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015:26).

Atualmente, e derivado não só ao aumento dos desastres naturais como dos desastres associados à evolução tecnológica e comportamento humano (atos de terrorismo), a possibilidade de ocorrência de catástrofes torna-se cada vez mais uma realidade a nível mundial. De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, define-se como catástrofe “acidente grave ou

a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2015:5316).

O impacto resultante a nível da saúde pública revela-se negativo uma vez que envolve um elevado número de vítimas como de infraestruturas, remetendo para uma situação de destruição generalizada, que inevitavelmente afeta o ambiente, a economia e a vida humana (INEM, 2012, Silva et al., 2015; ICN, 2022). Nos cenários de catástrofe com multivítimas, os hospitais constituem um pilar na prestação de cuidados em que se enfrenta a desproporção entre as necessidades emergentes face à falta de recursos humanos e materiais disponíveis. (DGS, 2010; INEM, 2012; Moran et al., 2021; Castoldi et al., 2022).

Em Portugal, o Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil (PNEPC), tem como finalidade fornecer um suporte às operações de proteção civil, articulando-se com os “Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, e, de modo indireto, com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil, os quais descrevem nos respetivos níveis territoriais a atuação das estruturas de proteção civil” (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021).

Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de catástrofe, emergência onde a pessoa se encontra em risco de vida iminente e exceção que exige uma atuação, coordenação e gestão ponderada dos recursos humanos e técnicos face a uma situação que conduz a um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis (OE, 2018a). Desta forma, é imprescindível que as UH e os serviços, possuam planos de emergência, que garantam a resposta rápida e eficiente das equipas em situações inesperadas, minimizando o impacto ao gerir os recursos disponíveis (ICN, 2019, Moran et al., 2021; Castoldi et al., 2022).

É crucial uma capacitação dos enfermeiros perante estas situações salvaguardando a formação e treino de forma periódica (ICN, 2019). O EEEMC-PSC deve assumir-se como uma referência, atuando na conceção, planeamento e gestão da resposta, de forma sistematizada, definindo prioridades, liderando a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa e salvaguardando a segurança, sem negligenciar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. É fundamental a sua colaboração na elaboração e difusão pela equipa do plano de emergência e catástrofe (OE, 2018a).

A UH em que foi desenvolvido o estágio, apesar de ser um hospital privado, face à imprevisibilidade de acontecimentos desta natureza, requer a existência de um plano de emergência, que contemple os planos de evacuação das várias áreas e serviços hospitalares, perante situações de emergência interna e ou externa. Este foi elaborado em dezembro de 2016

e revisto em julho de 2021, dando a conhecer os procedimentos e medidas a adotar, em articulação com o Plano de Segurança Interno e o Plano de Emergência Externo, tendo em conta as infraestruturas das proximidades. No decurso do EF, estes documentos foram consultados, tal como o plano de evacuação de doentes da UCIP, permitindo ter uma visão dos procedimentos a adotar, funções de cada elemento da equipa, contactos importantes e qual o grupo responsável pela coordenação do mesmo.

Durante o EF, não ocorreu nenhuma situação de emergência, exceção ou catástrofe, pelo que a aquisição e desenvolvimento desta competência pode ser justificada pela experiência profissional da discente, em contexto de um SUG durante 8 anos. É de salientar que no início do EF foi solicitado um estágio de observação com a duração de 20h na VMER de um hospital público de Lisboa, contudo o mesmo não foi autorizado pelas entidades responsáveis. Destaca-se por isso a participação em dois simulacros, o primeiro decorrido no dia 16 de novembro de 2017 – o exercício RAILEX 17, organizado pela GNR, tendo envolvido cerca de 40 entidades e onde o SUG, aproveitando o exercício, fez um simulacro de ativação do Plano de Catástrofe Externa de nível II, onde foi testada a triagem de catástrofe, utilização e manuseamento de kits de catástrofe, circuitos internos (necessidade de transportar vítimas para a imagiologia e BO), o processo de comunicação e articulação entre os vários intervenientes e recursos materiais e humanos disponíveis, num cenário com múltiplas vítimas.

O segundo simulacro - Exercício Europeu de Proteção Civil CASCADE´19, organizado pela Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil com a colaboração da Direção Geral da Autoridade Marítima, envolveu equipas de Espanha, França, Bélgica, Alemanha e Croácia, com mais de 60 diferentes cenários, nos distritos de Lisboa, Aveiro, Évora e Setúbal entre os dias 28 de maio a 1 de junho de 2019. No dia 29 de maio decorreu na área de Lisboa e Vale do Tejo e envolveu uma série de situações simuladas em cascata resultantes de um evento sísmico do qual resultou um acidente rodoviário, que além dos danos materiais, envolveu um grande número de vítimas pelo que a equipa do SUG, também integrou este exercício na abordagem das vítimas de maior gravidade.

Em ambos estes exercícios o método de triagem START [Simple Triage and Rapid Treatment] foi utilizado pois esta triagem em situação de catástrofe, apresenta uma metodologia diferente da que é utilizada no dia-a-dia, permitindo classificar as vítimas em quatro categorias, tendo em consideração critérios de gravidade. Este processo de triagem foi criado com o propósito de salvar o maior número de vítimas e oferecer o melhor tratamento, atendendo aos recursos disponíveis. Constitui um processo dinâmico e contínuo, devendo as vítimas ser avaliadas, classificadas e reavaliadas, pois a sua situação clínica pode alterar a qualquer

momento (INEM, 2012; Campos, 2015). Neste sentido, é importante salientar o trabalho desenvolvido na UC de EMC 3 neste domínio uma vez que foi elaborado um poster, em coautoria, com o tema “Precisão da Abordagem START em Situações de Exceção e Catástrofe” e apresentado no 1º congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC, nos dias 19 e 20 maio de 2022 (Apêndice VI).

A UC de EMC4, também foi fulcral para o meu processo de desenvolvimento de competências neste âmbito, destacando-se o curso de ITLS, que dispôs de toda uma componente direcionada para o trauma em contexto teórico-prático, em bancas de simulação avançada.

A aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento e gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, também decorreram no percurso profissional durante a vivência da situação de pandemia COVID-19 que atravessámos. Apesar de no EF, em contexto de cuidados intensivos ter tido a oportunidade de prestar cuidados a doentes com o vírus SARS-CoV-2 positivo em contexto de isolamento, o grande desenvolvimento destas competências ocorreu no SUG onde desempenhei funções. Vivenciando todos estes momentos na primeira linha da frente, num serviço que se viu obrigado a sofrer uma reestruturação e reorganização profunda, em resposta à afluência exponencial de doentes que na primeira vaga da pandemia superou os recursos materiais, técnicos e humanos. Esta pandemia colocou em causa o desempenho e segurança dos enfermeiros, afetando a vertente física, mental e emocional perante um cenário que parecia nunca mais ter fim, em que a falta de informação e escassez recursos era uma constante e que a capacidade de resiliência se tornou obrigatória para resistir a esta pandemia.

Por toda esta reflexão, considero que as competências supracitadas foram igualmente adquiridas e desenvolvidas.

Competência Específica do EE em EMC-PSC

“3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018a:19364).

Competência de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015:26).

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS] e o aumento exponencial da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos [RAM], sobretudo à manutenção do uso excessivo e indevido de antibióticos, constituem um dos maiores desafios inerentes aos cuidados de saúde e um problema de crescente importância à escala mundial, com forte impacto na saúde pública pelo aumento da morbilidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento dos custos em saúde (DGS, 2017a; Pinho, 2020; OMS, 2022).

A nível nacional, no sentido de reduzir a incidência das IACS e da RAM e promover o uso correto e responsável de antimicrobianos, desde 2013 a DGS reconhece o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA], como um dos seus nove programas de saúde prioritários. Este programa estende-se a todas as unidades de saúde, traduzindo-se em boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, incidindo em dez padrões de qualidade, com vista à diminuição do risco de infeção e às infeções cruzadas. Após nove anos da sua implementação e perante a pandemia COVID 19, houve necessidade de atualizar e reestruturar o PPCIRA, adaptando-o aos desafios crescentes e emergentes que afetam o SNS através do despacho nº 10901/2022 de 8 de setembro (MS, 2013; DGS, 2017a; MS, 2022).

A realidade é que à “medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2017a:11). Constituindo uma ameaça à segurança dos doentes e profissionais de saúde, inviabilizando a qualidade dos cuidados e causando um enorme impacto financeiro nas instituições (DGS, 2017a; PPCIRA, 2017; Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018; Barroso et al., 2021).

No contexto da UCI, os doentes apresentam uma maior vulnerabilidade à infeção, potenciada não só pela condição clínica que motivou o internamento e comorbilidades associadas, mas pelos múltiplos procedimentos e dispositivos invasivos de diagnóstico e terapêutica a que está sujeito para a recuperação ou manutenção da vida, muitas vezes com necessidade de internamento prolongado e antibioterapia múltipla o que aumenta ainda mais a sua imunossupressão. Destacam-se como infeções mais comuns, a pneumonia associada ao ventilador, a infeção associada ao cateter venoso central, ao cateter vesical e ao local cirúrgico (DGS, 2017a; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2018); OE, 2018a; Pinho, 2020).

Neste prisma, é fundamental que o EEEMC-PSC, tendo por base uma PBE, incorpore na sua prática diária o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de IACS e de resistência

a antimicrobianos, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018a). De forma a suportar e fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências neste âmbito, efetuei uma leitura das normas e orientações estratégicas emanadas por entidades de referência como a DGS, OMS, ECDC, OE. Os conhecimentos adquiridos na UC MC5, através da partilha de todos os trabalhos desenvolvidos no âmbito da unidade curricular, também representaram uma mais-valia na atualização de conhecimentos acerca desta temática. Tive a oportunidade de desenvolver em grupo, com base na identificação de uma situação de risco no contexto profissional, um plano de prevenção e controlo de infeção, passível de ser aplicado em contexto laboral, intitulado “Prevenção e controlo da transmissão da infeção por clostridioides difficile num serviço de urgência geral”, com o objetivo de promover a segurança e os padrões de qualidade dos cuidados prestados.

Durante o desenvolvimento do EF, foi efetuada uma pesquisa na base documental do HP, dos regulamentos, normas e procedimentos instituídos com vista à prevenção e controlo de infeção, bem como dos protocolos e normas instituídos na UCIP, assentes nas diretrizes emanadas pela DGS relativas aos “feixes de intervenção” e norma de vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos. A consulta destes documentos foi fulcral, uma vez que, todos os procedimentos implícitos nestas normas foram realizados diariamente na prestação de cuidados à PSC e o cumprimento e consciencialização destas práticas são fulcrais para a diminuição das IACS.

Desde o início do EF que procurei apresentar uma atitude proativa perante o doente e a equipa de enfermagem, assente nas boas práticas da prevenção e controlo das IACS, constituindo uma preocupação constante a prestação de cuidados de enfermagem adequados, de acordo com as vias de transmissão de infeção e consequentes medidas de isolamento face ao microrganismo isolado. Realizei os rastreios séticos e microbiológicos aos doentes admitidos de acordo com o protocolado na UCIP, ficando os mesmos em isolamento de contacto preventivo até à emissão do resultado. Procurei agir de acordo com as normas vigentes face à pandemia Covid-19, tendo em conta a realidade do serviço e cumprir com base nos protocolos da UCIP com todas as medidas de assepsia inerentes aos procedimentos, tendo em conta as precauções básicas do controlo da infeção [PBCI], higienização das mãos e colocação e remoção do equipamento de proteção individual, etiqueta respiratória, manuseamento seguro da roupa, gestão dos resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017a). Também foram sempre asseguradas as medidas de higienização e descontaminação de superfícies e material clínico, através da supervisão das funções dos assistentes operacionais.

De forma a complementar o processo de aquisição e desenvolvimento desta competência, foi possível acompanhar o trabalho do enfermeiro que funciona como elo de ligação e membro dinamizador entre o GCL-PPCIRA e a equipa da UCIP, identificando as necessidades de formação, operacionalizando e monitorizando o cumprimento das recomendações do núcleo executivo e divulgando a informação mais relevante de forma a dinamizar a equipa de trabalho na área da prevenção e controlo de infeção. Foi também realizado um estágio de observação de um dia com a enfermeira coordenadora do GCL-PPCIRA, de forma a conhecer a dinâmica e organização deste grupo, bem como o trabalho desenvolvido na UH. O Grupo GCL- PPCIRA é um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, com autonomia técnica e executiva, para a implementação do PPCIRA, desenvolvendo a sua atividade assente em 5 dimensões como consta no regulamento da UH do GCL-PPCIRA (2020): vigilância epidemiológica de infeções e microrganismos relevantes; elaboração, divulgação e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática; gestão responsável da utilização de antimicrobianos, com implementação do PAPA (Programa de apoio para a prescrição de antibióticos) e consequentemente contribuir para a redução da sua taxa de resistência; formação e sensibilização de profissionais de saúde, colaboradores, alunos, doentes e visitantes; consultoria e apoio técnico; investigação científica, através do planeamento e realização de reuniões científicas em articulação com a Comissão Técnica Transversal do PPCIRA, sobre temas de prevenção e controlo de infeção.

A realização deste turno de observação, foi uma mais-valia para o desenvolvimento e fortalecimento de competências neste domínio. Foi possível acompanhar a enfermeira coordenadora do GCL- PPCIRA na visita aos vários serviços da UH, onde se reuniu com os elos de ligação de cada serviço efetuando um ponto de situação. Foi também possível verificar durante a visita a importância da supervisão de boas práticas de isolamento para contenção de agentes multirresistentes ou epidemiologicamente significativos, no sentido da melhor gestão possível dos recursos físicos disponíveis, uma vez que o GCL- PPCIRA, trabalha em articulação com o laboratório e é notificado sempre que estes microrganismos estão em crescimento em alguma amostra cultural, devendo contactar o respetivo serviço de forma a garantir a adoção das corretas medidas de controlo de infeção, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados.

A vigilância epidemiológica da infeção e o cumprimento das normas e recomendações de boa prática constituem um trabalho árduo, pelo que as auditorias de qualidade internas e externas são fulcrais. Uma vez por mês realiza-se uma reunião, na última segunda-feira de cada mês com os elos dinamizadores de cada serviço e os elementos que constituem o GCL-PPCIRA,

que tive oportunidade de assistir, efetuando-se sempre no início da reunião um momento de formação, tendo sido neste dia a temática acerca da importância da lavagem das mãos. Também é importante referir que sempre que exista necessidade, como o surto de algum microrganismo, são realizadas formações aos profissionais de saúde.

O EEEMC-PSC deve ser um elemento de referência, promovendo uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2018). Face a tudo o que foi anteriormente referido, considero ter desenvolvido as competências em análise.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório de estágio foi uma experiência gratificante e ao mesmo tempo desafiante. Representa o culminar de todo um percurso de aprendizagem, pessoal e profissional, assente em princípios éticos e deontológicos que norteiam a prática da enfermagem, desenvolvido durante o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial foco na pessoa em situação crítica.

O mesmo reflete uma análise crítico-reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns do EE, as competências específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, exaltando a importância do desenvolvimento de habilidades de pesquisa e análise criteriosa e fundamentada, com vista a uma prática profissional de qualidade, sustentada pela evidência científica.

Durante o decorrer do EF tive oportunidade de explorar um tema específico dentro da enfermagem, focado numa necessidade do serviço, com vista ao desenvolvimento de um PIM, assente nas etapas da metodologia de projeto e suportado pela Teoria de conforto de Katharine Kolcaba e pelo MMPBE de June Larrabee.

Foi efetuado um diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e uma avaliação e divulgação dos resultados, contribuindo para a produção de conhecimento científico na área da avaliação da dor, no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI, através da avaliação da eficácia da escala CPOT pelas suas propriedades psicométricas, em comparação à escala BPS utilizada na UCIP onde decorreu o estágio final. Para fortalecer e fundamentar com base na evidencia científica atual este projeto, foi também elaborado um artigo científico assente na mesma temática e que aguarda publicação em revista científica.

De facto, a dor representa uma experiência comum e significativa nos doentes internados na UCI. Mas avaliar a dor em pacientes críticos, especialmente não comunicantes verbais continua a ser um desafio para os profissionais de saúde e investigadores. Quando o paciente é incapaz de comunicar a sua dor, indicadores observáveis, comportamentais e fisiológicos tornam-se fulcrais para a avaliação da dor, pelo que a utilização de instrumentos de avaliação comportamental, válidos e confiáveis constitui uma necessidade nesta população de pacientes.

A divulgação e apresentação da escala CPOT à equipa de enfermagem pretendeu dar a conhecer esta nova ferramenta, como um instrumento válido e viável, através da divulgação dos resultados do projeto, deixando aberto o caminho à sua parametrização em sistema informático, como uma ferramenta útil à instituição. Foi também criada uma infografia da escala CPOT, com as recomendações da sua utilização, de forma a promover a melhoria da avaliação e controlo da dor, no paciente não comunicante verbal, submetido a VMI ou não.

Assim, na UCI a gestão da dor constitui um dos principais objetivos do tratamento e uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, cujo controlo permite melhorar a qualidade de vida desses doentes, garantindo a satisfação da necessidade de conforto, proporcionando um cuidado mais humano e compassivo.

Todas as ferramentas adquiridas permitiram não só aprofundar e consolidar conhecimentos, como me proporcionaram uma base sólida para a minha carreira profissional, permitindo refletir sobre a minha conduta profissional, as minhas qualidades, potencialidades, fraquezas e capacidade de contornar obstáculos e dificuldades que naturalmente foram surgindo durante este percurso. Estou confiante de que os conhecimentos adquiridos e as habilidades desenvolvidas me tornaram uma profissional mais capacitada e preparada para enfrentar os desafios do cuidado da pessoa em situação crítica.

Finda-se este relatório com um sentimento de dever cumprido, tendo sido considerados atingidos os objetivos previamente definidos. Representa o fim de uma etapa, mas não o fim de um incessante caminho na busca dos cuidados de excelência, seguros e diferenciados à pessoa/família em situação crítica.

Estou ansiosa para continuar a contribuir para o avanço e desenvolvimento contínuo da prática da enfermagem especializada, através da formação contínua e na busca do conhecimento atual, indo ao encontro da melhoria continua dos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlers, S. J., van der Veen, A. M., van Dijk, M., Tibboel, D., & Knibbe, C. A. (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia and analgesia*, 110(1), 127–133. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181c3119e>
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Arco, A. R., Arco, H. R., Lucindo, I. M. & Martins M. O. (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. (Versão 2). (Manuscrito não publicado). Escola Superior de Saúde de Portalegre: Portalegre, Portugal.
- Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto: Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1.ª série, n.º 149, 5311 – 5326. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/80-2015-69927759>
- Assembleia da República [AR] (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001: Aprova, para ratificação, a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Diário Da República: I Série-A, 14–36. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. <https://prociv.gov.pt/>
- Azevedo-Santos, I., & DeSantana, J. (2018). Pain measurement techniques: spotlight on mechanically ventilated patients. *Journal of Pain Research*, 11(1), 2969–2980. <https://doi.org/10.2147/JPR.S151169>

- Backes, D., Gomes, R., Rupolo, I., Büscher, A., da Silva, M., & Ferreira, C. (2022). Leadership in Nursing and Health Care in the Light of Complexity Thinking. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20210553. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0553en>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). Guia Prático para a Segurança do Doente. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-414-1
- Basiri, R., Ghelichli, M., Lari, S.M., Hejazi, S., & Rad, A.V. (2018). The Critical-Care Pain Observation Tool: A useful tool for pain assessment in intensive care units. *Journal of Cardio-Thoracic Medicine*, 6(3), 329-331. <https://doi.org/10.22038/JCTM.2018.32648.1169>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência. III Série* (9), 7–16. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12101>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M., & Wøien, H. (2020). "Please mind the gap": A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2441–2454. <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., & Wøien, H. (2018). "Pain relieved, but still struggling"-Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e223–e234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13920>
- Bispo, C. A., Rodrigues, A., Saldanha, R. & Santos, W. (2023). Atuação do enfermeiro na qualidade e segurança do paciente. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 1741–1754. <https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.783>

- Cabral, J., Silva, W., & de Farias, R. (2021). Avaliação do conhecimento enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva sobre monitorização hemodinâmica. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(3), 15-21. <https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/783>
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Monteiro, D., Goulart, M., & Garcia, L. A. (2017). Modelos Para a Implementação Da Prática Baseada Em Evidências Na Enfermagem Hospitalar: *Revisão Narrativa. Texto & Contexto – Enfermagem*. 26(4), 1– 12. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Campos, A. (2015). Atendimento de Emergência Realizado por Profissionais de Enfermagem, Médico, Bombeiros e Demais Profissionais Treinados a Vítimas de Acidentes e Catástrofes. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 4(1), 84-96. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5514>
- Cantante, A.P, Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K. & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27682019
- Cardoso, R., Souza, P., Caldas, C., & Bitencourt, G. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20066. <https://doi.org/10.12707/rv20066>
- Cardoso, R., Caldas, C. & Alfradique de Souza, P. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 1148-128. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Carvalho, L., Bernardo, M.R.; Sousa, I., & Negas, M. (2021). *Gestão das organizações. Uma abordagem integrada e prospetiva* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo. ISBN 978-989-561-177-5
- Castoldi, L., Greco, M., Carlucci, M., Lennquist Montán, K., & Faccincani, R. (2022). Mass Casualty Incident (MCI) training in a metropolitan university hospital: short-term

- experience with MAss Casualty SIMulation system MACSIM®. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, 48(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01541-8>
- Castro, C., Bastos, B., & Pereira, A. (2018). Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12 (11), 3009-3014. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236994p3009-3014-2018>
- Castro, M., Fuly, P., Santos, M. & Chagas, M. (2021). Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42, e20200311. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- Chanques, G., & Gélinas, C. (2022). Monitoring pain in the intensive care unit (ICU). *Intensive care medicine*, 48(10), 1508–1511. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06807-w>
- Coelho, A., & Pedro, A. (2022). Estratégias que suportam a integração de enfermeiros em UCI: Revisão Sistemática de Evidência de Significado. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 7(2), 296-319. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).494.296-319](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).494.296-319)
- Danno, C., Esteves, L., Bohomol, E. (2021) Quality improvement programs and the professional nursing practice environment: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1): e20200108. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017a). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22532>

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017b). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Circular Normativa 007/2010 - *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/1955739/ci+9+2011.pdf/77b6b2ac-e892-3665-7089-19f95b85eb9b?t=1603724737848>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2003b). Circular Normativa nº09/DGCG de 14 de junho: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da dor. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2017). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units - Annual Epidemiological Report for 2017. Stockholm. ECDC. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf
- Emsden, C., Schäfer, U. B., Denhaerynck, K., Grossmann, F., Frei, I. A., & Kirsch, M. (2020). Validating a pain assessment tool in heterogeneous ICU patients: Is it possible?. *Nursing in critical care*, 25(1), 8–15. <https://doi.org/10.1111/nicc.12469>

- Faria, J., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. (2018). Comfort care of the patient in intensive care – an integrative review. *Enfermería Global*, 17(2), 477–514. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Fernandes, F. V., Contente, A., Guerreiro, I.F., Guerreiro, H. M., Gouveia, M. J. & Melo, M. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão e Desenvolvimento*, (29), 465-482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). Dor e Analgesia no doente Crítico. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca*, 2(2). Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Galvão, M. C. & Ricarte, I. (2019). Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia Da Informação*, 6(1), 57–73. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Gélinas, C. (2010). Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 11(2), 115–125. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.05.002>
- Gélinas, C. & Arbour, C. (2009). Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: similar or different?. *Journal of Critical Care*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.01.013>
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4), 420–427.
- Gürel, E. & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: a theoretical review. *Journal of international Social Research*, 10(5), 994-1006. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>

- Hasegawa, R. (2017). Consideration of pain felt by patients in the ICU. *Journal of Intensive Care*. 5(73). <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0268-2>
- Hora, T. & Alves, I. (2020). Escalas para a avaliação da dor na unidade de terapia intensiva. Revisão sistemática. *Jornal da Dor Brasileiro*, 3(3), 263-274. <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20200043>
- Hospital Privado [HP] (2022). Relatório de qualidade e segurança clínica. Lisboa, Portugal. Hospital Privado
- Hospital Privado [HP] (2022). Regulamento do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa, Portugal. Hospital Privado
- Hospital Privado [HP] (2020a). Política da Qualidade, Ambiente e Segurança. Lisboa, Portugal. Hospital Privado [HP].
- Hospital Privado [HP] (2020b). Código de Ética. Lisboa, Portugal. Hospital Privado
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida 1.^a ed. Versão 2. Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2012). Situação de Exceção. Manual TAS. 1.^a versão. Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- International Council of Nurses [ICN] (2022). Core Competencies in Disaster Nursing: Competencies For Nurses Involved in Emergency Medical Teams (Level III). Geneva, Switzerland: ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf

- International Council of Nurses [ICN] (2019). Core Competencies in Disaster Nursing: Version 2.0. Geneva, Switzerland: ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- International Council of Nurses [ICN] (2010). Scope of Nursing Practice and Decision - Making Framework TOOLKIT. Geneva, Switzerland: ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/2010_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit_eng.pdf
- International Council of Nurses [ICN] (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Geneva, Switzerland: WHO and ICN. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>
- Jensen. K. A. (2018). Evidence-Based Nursing Practice: 7 Steps to the Perfect PICO Search. EBSCO Health. https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/7-Steps-to-the-Perfect-PICO-Search-White-Paper_0.pdf
- Joanna Briggs Institute [JBI] (2020). Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Khanna, P., Pandey, R. K., Chandralekha, C., Sharma, A., & Pangasa, N. (2018). Comparison between Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators for pain assessment in the critically ill, mechanically ventilated adult patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 12(3), 384–388. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_642_17
- Kolbaca, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for holistic health care and research*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Kolcaba K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS. Advances in nursing science*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/00012272-199209000-00003>

- Kolcaba K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image-the journal of nursing scholarship*, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, Ł., Żukowski, M., & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology intensive therapy*, 49(1), 66–72. <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>
- La Calle, G., Martin, M. & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29, 9-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103507X.20170003>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora. ISBN: 9788563308917
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Marques, M.F. (2009). *O fenómeno da dor numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Dor). Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, Portugal. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/136>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(6), 1075.

<https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>

- Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Conflict Management Strategies Used by Portuguese Nurse Managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-7, e20190336. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Mata, C., Fernandes, F., Monteiro, F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L., (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7-17. <http://dx.doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Mateus, D. & Serra, S. (2017). Gestão em saúde: liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores. Loures: Lusodidacta.
- Matos, W., Pacheco, M., Castilho, F., Arrais, D., Júnior, A., Rodrigues, W., Vera, S., Nascimento, J., Ribeiro, I. & Freitas, J. (2022). A percepção de enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva sobre o manejo e a avaliação da dor: revisão narrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28498>
- Mendes, R., Cruz, A., Rodrigues, D., Figueiredo, J., & Fialho, A. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15, 390. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.27767>
- Ministério da Saúde [MS] (2022). Despacho nº 1090/2022 de 8 de setembro de 2022. Diário da República 2.^a série, nº174, 93-98. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Ministério da Saúde [MS] (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República 2.^a série, nº187: 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

- Ministério da Saúde [MS] (2015). Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio de 2015. Diário da República 2.^a série, nº102, 13550-13553. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2013). Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro. Diário da República 2.^a série, nº 229, 34563 - 34565 <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166-34563-34565>.
- Moraes, T., & Silva, C. (2022). Necessidades e percepções de pacientes em ventilação mecânica: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e67038. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.67038>
- Moran, M., Blecker, N., Gothard, M., & George, R. (2021). A Critical Pathway for Mass Casualty Incident Preparedness. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 28(4), 275–280. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000597>
- Mrayyan, M. T., Algunmeeyn, A., Abunab, H., Kutah, O. A., Alfayoumi, I., & Khait, A. (2023). Attributes, skills and actions of clinical leadership in nursing as reported by hospital nurses: a cross-sectional study. *BMJ leader*, leader-2022-000672. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/leader-2022-000672>
- Nazari, R., Froelicher, E., Nia, H., Hajihosseini, F., & Mousazadeh, N. (2022). Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 26 (4), 472–476. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24154>
- Neto, L., Silva, V., Lima, C., Moural, H., Gonçalves, A., Pires, A., Fernandes, V. (2017). Habilidade de Comunicação da má Notícia: O Estudante de medicina está preparado? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41 (2): 260-268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20160063>

- Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>
- Nunes, L. & Amaral, G. (2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDDP%20I%20_%20vol%20I_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf
- Núñez, D., Gouveia, J., Sousa, J., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Proposta de Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_MedicinaIntensiva_v2020.pdf
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de Investigação académica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS/IPS, Setúbal, Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of pain research*, 14, 1733–1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2018). Meio Caminho Andando: Relatório Primavera 2018. Observatório Português dos Sistemas [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera de Saúde.](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera%20de%20Saude)
- Olsen, B. F., Valeberg, B. T., Jacobsen, M., Småstuen, M. C., Puntillo, K., & Rustøen, T. (2020). Pain in intensive care unit patients-A longitudinal study. *Nursing open*, 8(1), 224–231. <https://doi.org/10.1002/nop2.621>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2020). Dia Mundial dos Cuidados de Saúde baseados na Evidência. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/dia-mundial-dos-cuidados-des%C3%BAde-baseados-na-evid%C3%Aancia>

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

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 2 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, Nº 184, 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018a). Regulamento n.º. 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª série, nº135, 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018b). Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro: Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2.ª série, N.º 21, 3478 – 3487. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Peri operatória; - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. Leiria, Portugal: Ordem dos enfermeiros. Leiria, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2ª série, n.º 79, 10087 – 10090. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, n.º 123, 17240-17243. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015d). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. [nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29102015_VF_site.pdf) (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série, n.º 23, 30247-30254. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, série 1, n.º 1. Lisboa, Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, 1-131. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Padilha, K., Cardoso de Sousa, R., Miyadahira, A. M., Monteiro da Cruz, D.A., Vattimo, M.F., Kimura, M., Grossi, S., Silva, M. C., Cruz, V., & Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação [Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): directions for application]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200014>
- Passos, S., Silva, J., Santana, V., Santos, V., Pereira, A. & Santos, L. (2015). O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(3), 368–374. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.6259>
- Pessoa, C., Dimas., I., Lourenço, P. & Rabelo, T. (2018). “Liderança transformacional e a eficácia grupal: o papel mediador dos comportamentos de suporte” *Estudos de Psicologia Campinas*. 35(1),15-28. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100003>.
- Peterson, S. & Bredow, T. (Eds.). (2009). Middle range theories: Application to nursing research. 5th. USA: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN:1-975108-31-0 (1975108310)
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação (Edição Portuguesa). Loures: Lusodidacta. ISBN:97897283848

- Pinheiro, A. & Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31(4), 571–581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-419-6
- Rahu, M. A., Grap, M. J., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick, R. K., Jr (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24(6), 514–523. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015832>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reis, F. (2020). *Manual de Gestão das Organizações – Teoria e Prática* (2ª Ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo. ISBN: 978-989-561-089-1
- Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. (2016). Ética e humanização em hospitais: percepção dos gestores. *Servir*, 59(2), 25–30. <https://doi.org/10.48492/servir022.23678>
- Rijkenberg, S., Stilma, W., Bosman, R. J., van der Meer, N. J., & van der Voort, P. H. J. (2017). Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 31(4), 1227–1234. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.03.013>

- Roqueta, J. (2018). Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos (Tese de Mestrado em Gestão em Saúde). Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, Portugal.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image--the journal of nursing scholarship*, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Ruivo, A., Nunes, L., & Ferrito, C., (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* (15), 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Salamat, Elaheh., Sharifi, Farshad., Hasanloei, Mohammad & Bahramnezhad, Fatemeh. (2021). A Systematic Review of Pain Assessment in Mechanically Ventilated Patients. *The Open Pain Journal*. 14(1), 22-31. <http://dx.doi.org/10.2174/1876386302114010022>
- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M. F., Moura, A., & Zanetti, A (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Schneider, A., Wehler, M., & Weigl, M. (2019). Effects of work conditions on provider mental well-being and quality of care: a mixed-methods intervention study in the emergency department. *BMC emergency medicine*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0218-x>
- Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). Comunicação Clínica e Relação de ajuda. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>.
- Shan, K., Cao, W., Yuan, Y., Hao, J. J., Sun, X. M., He, X., Li, G. Y., Wang, Y. M., & Zhou, J. X. (2018). Use of the critical-care pain observation tool and the bispectral index for the detection of pain in brain-injured patients undergoing mechanical ventilation: A STROBE-compliant observational study. *Medicine*, 97(22), e10985. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010985>

- Silva, A. D., Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, R., Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249–266. https://doi.org/10.14195/1647_7723_22_19
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 32(14), 51–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- Sotomayor, G., & Rankin, V. (2017). Clinical Nurse Leaders: Fulfilling the Promise of the Role. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 26(1), 21–32. <http://search.ebscohost.com>
- Sousa, A., Martins, C., Pinto, D., Silva, F., Ferreira, L., Santos, V. (2019) Quality Management in Nursing, *Journal of Aging & Innovation*. 8 (1): 35 – 48. <http://journalofagingandinnovation.org/>
- Spagnol, C., Lorence, B., Dufournet-Coestier, V. & Silva, A. (2019). Reflections on a methodology for analyzing professional practice and its possible use in nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004803434>
- Tavakoli, P., Cheraghi, M. A., Jahani, S., & Asadizaker, M. (2022). Experience of discomfort and its self-management strategies in ICU patients. *Journal of family medicine and primary care*, 11(1), 269–276. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_481_21
- Teixeira, J. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10), 135-141. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

- Tomey, A.M. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Truppel, T. (2008). Processo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: análise de requisitos para a estruturação de um modelo informatizado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Brasil.
<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oThiagoTruppel.pdf>
- Universidade de Évora (2015). Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudo. NCE/14/01772. Évora, Portugal. <http://gdoc.uevora.pt/384829>
- Urden Linda D., Stacy Kathleen M., Lough Mary E., Abecasis L., Silva F.A., & Leal, T. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5ª edição). Loures, Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário de Diagnóstico de Situação

Questionário de Diagnóstico de Situação “Avaliação da Dor no Doente Crítico não Comunicante Verbal”



liliana.guerreiro@jmellosaude.pt (não partilhado)

[Mudar de conta](#)



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1- Para si constitui uma dificuldade a avaliação da dor no doente crítico, ventilado/ sedado?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

2 - Considera que consegue realizar sempre a avaliação da dor num doente ventilado/sedado?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

3 - Na sua opinião, é pertinente a realização de formação em serviço sobre esta temática?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

(Fonte: *Google Forms*, elaboração própria)

4 - Diante do doente crítico incapaz de comunicar e classificar a sua dor. Que escalas escolheria para este efeito?

- ☐ NUMÉRICA
- ☐ VISUAL ANALÓGICA
- ☐ FACES
- ☐ BPS
- ☐ PAINAD

5 - Considera a escala BPS, um instrumento de avaliação completo na monitorização da dor do doente crítico?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

6 - Conhece a escala CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) enquanto ferramenta de avaliação da dor em doentes críticos, sedados e/ou inconscientes, sob VMI ou não?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

[Anterior](#)

[Enviar](#)

[Limpar formulário](#)

(Fonte: Google Forms, elaboração própria)

APÊNDICE II – Consentimento Informado

Questionário de Diagnóstico de Situação “Avaliação da Dor no Doente Crítico não Comunicante Verbal”

Caro colega, eu Liliana Ramos Palma Guerreiro, aluna do 6º curso de Mestrado em Associação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Setúbal, no âmbito do estágio final que estou a desenvolver na UCIP, propus-me a realizar um projeto de intervenção intitulado de “Avaliação da Dor no Doente Crítico não Comunicante Verbal”.

Neste sentido, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, cujo objetivo é realizar a avaliação diagnóstica da situação, identificando a opinião dos enfermeiros da UCIP face à importância da avaliação da dor no doente crítico, sob entubação orotraqueal [EOT] ou sem entubação orotraqueal, que não consegue comunicar verbalmente a sua dor.

Prevê-se o seu preenchimento num total de cinco minutos. Garante-se o anonimato e confidencialidade de todos os dados recolhidos, sendo os mesmos divulgados em momento oportuno e destruídos no final do projeto. A sua participação é voluntária com direito a desistir a qualquer momento, sem implicar qualquer tipo de constrangimento.

Agradeço a sua colaboração e tempo despendido, sendo o seu contributo imprescindível para a concretização do presente projeto.

Seguinte

(Fonte: Google Forms, elaboração própria)

APÊNDICE III – Resumo do Artigo Científico

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

EFICÁCIA DA ESCALA CPOT NA AVALIAÇÃO DA DOR DO PACIENTE CRÍTICO NÃO COMUNICANTE VERBAL, INTERNADO NA UCI

EFFICACY OF THE CPOT SCALE IN THE ASSESSMENT OF PAIN ON NON-VERBALLY COMMUNICATING CRITICAL PATIENT IN THE ICU

Liliana Guerreiro, Maria Céu Marques, Tiago Beato

RESUMO

Introdução: Avaliar a dor em pacientes críticos, especialmente não comunicantes verbais continua a ser um desafio para profissionais de saúde e investigadores. Quando o paciente é incapaz de comunicar a sua dor, indicadores observáveis, comportamentais e fisiológicos tornam-se fulcrais para a avaliação da dor, pelo que a utilização de instrumentos de avaliação comportamental, válidos e confiáveis constitui uma necessidade nesta população de pacientes. **Objetivos:** Avaliar a eficácia da escala CPOT na avaliação da dor do paciente crítico não comunicante verbal, internado na UCI. **Metodologia:** O presente artigo consiste numa revisão sistemática da literatura. A metodologia PI[C]OD foi utilizada para formular a questão de investigação. De seguida procedeu-se à pesquisa em dois motores de busca, B-On e EBSCOhost, num intervalo temporal de 5 anos (2017-2022). OS artigos foram selecionados de acordo com os critérios de exclusão e inclusão definidos. **Resultados:** Foram incluídos 7 artigos científicos, que avaliaram as propriedades psicométricas da escala CPOT em pacientes não comunicantes verbais (conscientes ou não) internados em contexto de UCI. A aplicação da escala CPOT foi eficaz para melhorar o desempenho dos enfermeiros da UCI na avaliação e controlo da dor dos pacientes, demonstrando uma boa validade de critério, validade discriminativa, consistência interna, sensibilidade, especificidade e confiabilidade entre avaliadores. É desafiante avaliar a dor em doentes com delírium, demonstrando que muitas vezes o autorelato e a avaliação do especialista não foram congruentes com a pontuação da escala CPOT, pelo que são necessários mais estudos nesta área. **Conclusão:** Com base na evidência científica, a escala CPOT surge como uma alternativa válida e fiável para avaliar a dor em pacientes incapazes de se comunicar verbalmente, sejam eles ventilados mecanicamente ou não. **Palavras-Chave:** unidade de cuidados intensivos; cuidados críticos, avaliação da dor; paciente; critical care pain observation tool; CPOT.

ABSTRACT

Introduction: Assessing pain in critically ill patients, especially non-verbal communicators, remains a challenge for health professionals and researchers. When the patient is unable to communicate his pain, observable, behavioral and physiological indicators become central to pain measurement, so the use of valid and reliable behavioral assessment instruments is a necessity in this patient population. **Objectives:** To evaluate the efficacy of the CPOT scale in assessing the pain of critically ill non-verbal patients admitted to the ICU. **Methodology:** This article is a systematic review of the literature. The PI[C]OD methodology was used to formulate the research question. Then, a search was carried out in two search engines, B-On and EBSCOhost, over a period of 5 years (2017-2022). The articles were selected according to the defined exclusion and inclusion criteria. **Results:** Seven scientific articles were included, which evaluated the psychometric properties of the CPOT scale in verbally non-communicating patients (conscious or not) hospitalized in an ICU context. The application of the CPOT scale was effective in improving the performance of ICU nurses in assessing and controlling patients' pain, demonstrating good criterion validity, discriminative validity, internal consistency, sensitivity, specificity and inter-rater reliability. It is challenging to measure pain in patients with delirium, demonstrating that self-report and specialist assessment are often not congruent with the CPOT scale score, so further studies are needed in this area. **Conclusion:** Based on scientific evidence, the CPOT scale appears as a valid and reliable alternative to assess pain in patients unable to communicate verbally, whether they are mechanically ventilated or not. **Keywords:** intensive care unit; critical care; pain measurement; patient; critical care pain observation tool; CPOT.

APÊNDICE IV – Infografia da escala CPOT

Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

SINCRONIZAÇÃO COM O VENTILADOR

- 0 – A tolerar o ventilador ou movimento
- 1 – A tossir mas a tolerar
- 2 – A lutar contra o ventilador

MOVIMENTOS CORPORAIS

- 0 – Ausência de movimentos ou posição normal
- 1 – Proteção
- 2 – Agitação

TENSÃO MUSCULAR

- 0 – Relaxado
- 1 – Tenso, rígido
- 2 – Muito tenso ou rígido

EXPRESSÃO FACIAL

- 0 – Relaxado
- 1 – Tenso
- 2 – A fazer caretas (esgar)

VOCALIZAÇÃO

- 0 – A falar em tom normal ou sem som
- 1 – Geme, suspira
- 2 – Chora, soluça

SCORE: 0 - 8

- ≤ 2 – Ausência de dor
- >2 – Presença de dor

RECOMENDAÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Indicada para avaliar a dor em pacientes críticos, sedados e/ou inconscientes, sob VMI e/ou incapazes de comunicar a sua dor.

1

Observar o paciente em repouso, durante um minuto para obter um valor basal da escala CPOT.

2

Observar o paciente durante os procedimentos de rotina e nociceptivos para detetar quaisquer alterações no comportamento. No paciente sob ventilação mecânica invasiva, deve-se prestar atenção aos alarmes.

3

O paciente deve ser avaliado antes e no pico do efeito de um analgésico, para validar se o tratamento foi eficaz ou não no alívio da dor.

4

Por cada indicador de dor na escala CPOT, deve ser atribuída a maior pontuação obtida durante o período de observação.

5

A tensão muscular deve ser avaliada por último, principalmente quando o paciente está em repouso, pois a estimulação do toque isoladamente pode levar a reações comportamentais.

APÊNDICE V – Plano de Sessão da Formação em Serviço

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA DA SESSÃO	Avaliação da Dor no Doente Crítico Não Comunicante Verbal
DURAÇÃO	50 minutos
POPULAÇÃO – ALVO	Enfermeiros da UCIP
LOCAL - DATA - HORA	Sala de trabalho da UCIP, dia 24/01/2023 às 15h00
FORMADOR	Enfª Liliana Guerreiro, aluna do 6º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

OBJETIVOS	GERAL	✓ Contribuir para a melhoria da avaliação e monitorização da dor, no doente não comunicante verbal, internado na UCI
	ESPECÍFICOS	✓ Mostrar a importância da problemática da dor e da utilização das escalas de avaliação e monitorização da dor BPS e CPOT, à luz da evidência científica, no doente não comunicante verbal, sob entubação orotraqueal [EOT] ou sem entubação orotraqueal, internado na UCIP; ✓ Dar a conhecer o projeto de intervenção profissional desenvolvido na UCIP (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação); ✓ Enunciar as vantagens e desvantagens decorrentes da aplicação das escalas BPS e CPOT na avaliação e controlo da dor; ✓ Apresentar uma infografia, com a informação mais relevante e recomendações de utilização da escala CPOT, de forma a uniformizar a sua utilização e promover a melhoria da avaliação e controlo da dor no doente crítico não comunicante verbal.

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA PEDAGÓGICA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO (MIN)
INTRODUÇÃO	- Apresentação da formadora - Apresentação do tema - Objetivos da sessão de formação	Método Expositivo	Computador Projeto de imagem	5 min
DESENVOLVIMENTO	- Evidência científica: Desafios na avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal, internado na UCI; - Utilização das escalas BPS e CPOT como instrumentos de avaliação e monitorização da dor; - Resultados obtidos através da aplicação do questionário de diagnóstico de situação, aplicado à equipa de enfermagem da UCIP; - Projeto de intervenção profissional desenvolvido na UCIP; - Divulgação dos resultados obtidos através da aplicação das escalas BPS e CPOT; - Enumerar as vantagens e desvantagens decorrentes da aplicação de cada uma das escalas; - Apresentação de infografia relativa à utilização da escala CPOT	Método Expositivo Método Interrogativo Método Ativo	Computador Projeto de imagem	35 min
CONCLUSÃO	- Síntese da sessão de formação - Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo Método Ativo	Computador Projeto de imagem	5 min
AValiação	- Questionário de avaliação da sessão e do formador	Método Interrogativo Método Ativo	Questionário em papel e suporte digital	5 min

APÊNDICE VI – Poster “Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe”

PRECISÃO DA ABORDAGEM START EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

Ana Filipa Oliveira, Andreia Lopes, Elsa Rodrigues, Liliana Guerreiro, Mariana Pereira

Introdução

As alterações climáticas, as situações de conflitos e terrorismo, são infelizmente realidades cada vez mais presentes no mundo global. É por isso, fundamental que os sistemas de saúde estejam preparados e capacitados para uma atuação célere, imediata, organizada e custo-efetiva, com vista a otimização do prognóstico de potenciais vítimas.

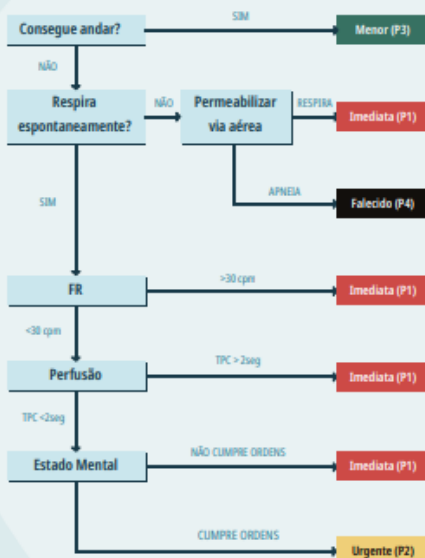
START (Simple Triage Algorithm and Rapid Treatment) é um dos métodos de triagem de vítimas mais comuns em situações de exceção e catástrofe (Lin et al., 2021; Fink et al., 2018). Pretendemos conhecer a evidência mais recente sobre o método de triagem START, e comparar a capacidade de discriminação por prioridades [Imediata/Red (P1), Urgente/Yellow (P2), Menor/Green (P3) e Falecido/Black (P4)] do método START com outros protocolos de triagem.

Métodos

A partir da questão "Qual a precisão do método START comparativamente a outros métodos de triagem?", realizámos pesquisa através do método booleano, usando os descritores "START", "Triage", "Mass-Casualty Incidents" e "Emergency department triage" nos motores de busca da PubMed, MEDLINE, Cochrane e CINAHL, com hiato temporal entre 2018-2022.

Dos doze artigos identificados inicialmente, após aplicação dos critérios de inclusão e leitura integral, analisámos cinco. Foi realizada análise descritiva de cada um dos artigos, sistematizando a informação em tabelas, que possibilitaram a interpretação dos resultados em resposta aos objetivos delineados.

Método de Triagem START



Legenda: FR - Frequência Respiratória; TPC - Tempo de Preenchimento Capilar; P1 - Prioridade 1, P2 - Prioridade 2, P3 - Prioridade 3, P4 - Prioridade 4

Resultados

Artigos Analisados					
Art.*	Autor	Título	Tipo	Amostra	Objetivo
1	Wienksky et al., 2022	A Qualitative Assessment of Studies Evaluating the Classification Accuracy of Personnel Using START in Disaster Triage: A Scoping Review	Revisão	32 artigos	Avaliar a robustez do método START
2	Lin et al., 2022	Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage	Estudo retrospectivo	47 vítimas	Avaliar a precisão do START na identificação de vítimas emergentes
3	Lin et al., 2020	Comparison between simple triage and rapid treatment and Simple Triage and Acuity Scale for the emergency department triage of victims following an earthquake-related mass casualty incident: a retrospective cohort study	Estudo retrospectivo	105 vítimas	Comparar dois sistemas de triagem
4	Fink et al., 2018	START versus START Triage: Which is Preferred by the 21st Century Health Care Student?	Estudo retrospectivo	218 estudantes de saúde	Avaliar preferência por sistemas de triagem
5	Malik et al., 2021	The BCD Triage Scale outperforms all existing major incident triage tools: Comparative analysis using the UK national trauma registry population	Estudo retrospectivo	195 708 vítimas	Comparar o desempenho de 10 sistemas de triagem

Capacidade Discriminatória

- > Sensibilidade variável, mas especificidade alta
- > Discriminação de doentes graves
- > Taxa de acuidade global de quase 65%

	Subtriagem (%)			Sobretriage (%)			Acuidade (%)		
	12.6			17.8			64.3		
	Sensibilidade (%)			Especificidade (%)			Acuidade (%)		
	2	3	5	2	3	5	2	3	5
Menor (P3)	12.6	82.4	-	51.5	55.9	-	63.8	77.1	-
Urgente (P2)	45.2	-	-	93.8	-	-	63.8	-	-
Imediata (P1)	100	-	45.9-51.7	97.8	-	89.9-96.9	97.9	-	-
Falecido (P4)	100	100	33.3-75.3	100	99.9	85.1-98.3	100	-	-

Aprendizagem

- Wienksky et al.
- > Last-minute training
- > Melhora capacidade de categorização
- > Precisão de 73-94%
- > Profissionais sem experiência atingem capacidade de triagem semelhante a peritos
- Fink et al.
- > 43% dos estudantes preferiram o START
- > Facilidade de aprendizagem

Conclusão

A maioria dos autores concorda que o método START é frequentemente utilizado pela sua simplicidade de aplicação e aprendizagem, assim como um menor tempo despendido no processo de triagem. No entanto, é um método imperfeito com eficácia ainda não comprovada pelas limitações inerentes à investigação em situações de exceção e catástrofe. Existe uma variedade de fatores que impactam o desenvolvimento e implementação de simulações para avaliar o START. Desta forma, é importante definir referências e orientações para o desenvolvimento de estudos sobre a eficácia deste método.

Bibliografia

1. Lin, A. W., Wang, F. J., Jones, M. L., & Williams, C. (2022). START versus START Triage: Which is Preferred by the 21st Century Health Care Student? Prehospital and Disaster Medicine, 36(2), 301-308. <https://doi.org/10.1017/S0950268821000021>
2. Lin, A. W., Wang, F. J., Wang, J. H., & Lee, P. T. (2022). Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage. The American journal of emergency medicine, 52, 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.020>
3. Lin, A. W., Wang, F. J., Wang, J. H., & Lee, P. T. (2020). Comparison between simple triage and rapid treatment and Simple Triage and Acuity Scale for the emergency department triage of victims following an earthquake-related mass casualty incident: a retrospective cohort study. World journal of emergency and trauma, 10(2), 28. <https://doi.org/10.1007/s12012-020-00261-1>
4. Fink, D. L., Greenaway, L., Liu, Y., Beaudry, J., Lee, J., Beaudry, A., Haddad, J., Jones, C. L., Jones, G., Jones, H., & Edwards, C. C. (2018). The BCD Triage Scale outperforms all existing major incident triage tools: Comparative analysis using the UK national trauma registry population. Critical care medicine, 46, 10088. <https://doi.org/10.1093/crm/ckz011>
5. Wienksky, D., Jankovic, D., Rusek, R., & Langhans, J. (2022). A Qualitative Assessment of Studies Evaluating the Classification Accuracy of Personnel Using START in Disaster Triage: A Scoping Review. Prehospital and Disaster Medicine, 36(2), 301-308. <https://doi.org/10.1017/S0950268821000021>

ANEXOS

ANEXO I – Escala CPOT

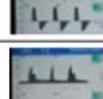
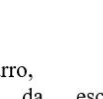
Critical-Care Pain Observation Tool – Versão Portuguesa (CPOT-PT)

Indicador	Pontuação	Descrição
Expressão facial	Relaxado, 0	Não se observa tensão muscular
	Tenso 1	Presença de testa/fronte e/ou sobrancelhas franzidas, contração das órbitas e contração do elevador das pálpebras ou qualquer outra alteração. (exemplo: abertura dos olhos ou lacrimejo ao estímulo nociceptivo)
	A fazer caretas (esgar) 2	Todos os movimentos faciais descritos anteriormente (acima) ao qual se junta pálpebras fortemente fechadas (o doente poderá apresentar-se de boca aberta ou a morder o tubo endotraqueal)
Movimentos corporais	Ausência de movimentos ou posição normal 0	Não se mexe (não significa necessariamente ausência de dor) ou posição normal (movimentos não dirigidos ao local de dor ou não executados com o propósito de proteger)
	Proteção 1	Movimentos lentos e cuidadosos, toca ou esfrega o local da dor, procura atenção através dos movimentos
	Agitação 2	Puxa os tubos, tentando sentar-se, movimentar os membros/pontapés, não obedece a ordens, agride o profissional tenta levantar-se da cama
Sincronização com o ventilador (doentes com entubação endotraqueal)	A tolerar o ventilador ou movimento 0	Alarmes não ativados, fácil ventilação
	A tossir mas a tolerar 1	Tosse, os alarmes poderão ser ativados mas param espontaneamente
	A lutar contra o ventilador 2	Assincronia: a bloquear a ventilação, os alarmes são ativados com muita frequência
Vocalização (doentes extubados)	A falar em tom normal ou sem som 0	A falar em tom normal ou não emite som
	Geme, suspira 1	Geme, suspira
	Chora, soluça 2	Chora, soluça
Tensão muscular	Relaxado 0	Sem resistência aos movimentos passivos
	Tenso, rígido 1	Resistência aos movimentos passivos
	Muito tenso ou rígido 2	Forte resistência aos movimentos passivos, incapacidade para os completar
Avaliação feita através de flexão e extensão passiva dos membros superiores quando o doente está em repouso ou quando o doente está a ser posicionado		
TOTAL	___ / 8	0 (sem dor) a 8 (dor máxima).

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

ANEXO II – Escala BPS

**VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BEHAVIORAL PAIN SCALE -
INTUBATED PATIENT (BPS-IP/PT)**

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	

Cunha, L.; Figueiredo, A.; Marques, M.; Bizarro, V.
Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala
Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)
Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 9, março, 2013, pp. 7-16
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>

ANEXO III – Parecer Favorável do Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor

Requerimento de Autorização para realização de Projeto de Intervenção dentro da Especialidade em Medico-Cirúrgica

Caixa de entrada x



[Redacted] .pt>

14/11/2022, 09:57



para mim ▾

Bom dia Liliana

Fico muito satisfeito por estar a desenvolver na UCIP o seu projeto integrado no mestrado.

Pela experiência que tenho na comissão de ética, posso adiantar que será solicitado uma descrição mais pormenorizada do projeto (exemplo vai aplicar a escala de dor como? vai questionar os clientes? vai colher dados clinicos?, etc) para que a comissão de ética possa avaliar a necessidade de pedir alguma documentação adicional como por exemplo necessidade de consentimentos informados.

obg

ANEXO IV – Parecer Favorável do Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética

WORKFLOW  Enviar Email  Templates

 ★ Estudo Clínico - "Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal" - Hospital

Concluído

Detalhes

Ficheiros

Tarefas

Diagrama

Histórico

Número Workflow

Workflow

25955635

Submissão de Estudos Clínicos

CARATERIZAÇÃO DO ESTUDO CLÍNICO

Título do Projeto

"Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal"

Autores/ Promotor

Autor: Liliana Ramos Palma Guerreiro / Promotor: Escola Superior de Saúde de Setúbal

Natureza do estudo clínico

Estudo observacional prospectivo

Especialidade

Cirurgia Geral

Local do estudo clínico (Unidade)

Hospital

APROVAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA

Comissão de Ética

Comissão de Ética Hospital

Ação a realizar?

Aprovar

ANEXO V – Resposta do DOP

Informações Projeto de Intervenção dentro da Especialidade em Medico-Cirúrgica

Caixa de entrada x



[Redacted]
para Liliana, [Redacted]

quinta, 17/11/2022, 12:17



Bom dia Dra. Liliana Guerreiro

Chamo-me [Redacted] sou coordenadora de estudos Clínicos do Hospital [Redacted]. Estou a contactar-me porque fomos informadas que teria interesse em desenvolver o projeto de intervenção dentro da Especialidade de Médico-Cirúrgica.

Como se trata de um estudo a ser desenvolvido na unidade é necessário ser submetido na plataforma ClipOne para que possa ser avaliado pela Comissão de Ética e pelo Departamento de tratamento de dados (DPO).

Para que possamos dar início ao processo de submissão do estudo será necessário o envio da documentação de seguida mencionada par além do questionário já enviado:

- Formulário de submissão de PIC - minuta em anexo
- Declaração de Diretor de Serviço - minuta em anexo;
- Curriculum Vitae em inglês do Investigador Principal;
- Protocolo e Sinopse do projeto;
- Caderno de recolha de dados;
- Consentimento Informado - minuta em anexo;
- Seguro, se aplicável.

Aproveito para informar que no futuro este processo será acompanhado pelo novo secretariado [Redacted] que coloco em cc neste email. Quaisquer dúvidas que surjam poderá sempre contactar ou enviar email.

Cumprimentos,

[Redacted]

WORKFLOW  Enviar Email  Templates

★ Estudo Clínico - "Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal" - Hospital Concluído

Detalhes Ficheiros Tarefas Diagrama Histórico

Número Workflow

25955635

Workflow

Submissão de Estudos Clínicos

CARATERIZAÇÃO DO ESTUDO CLÍNICO

Título do Projeto

"Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal"

Autores/ Promotor

Autor: Liliana Ramos Palma Guerreiro / Promotor: Escola Superior de Saúde de Setúbal

Natureza do estudo clínico

Estudo observacional prospectivo

Especialidade

Cirurgia Geral

Local do estudo clínico (Unidade)

Hospital

Responsável interno pelo estudo

Liliana Ramos da Palma Guerreiro

DOCUMENTOS A ANEXAR ▾

APROVAÇÃO DPO

Ação a realizar? (DPO)

NÃO aprovar

Observações

Considerando o entendimento anterior, este projeto não carece da aprovação do DPO

ANEXO VI – Parecer Favorável dos autores do estudo de validação e tradução para português da escala CPOT



R [Redacted]
17/10/2022 10:42

Para: Liliana Guerreiro Cc: [Redacted]



CPOT-PT - Instrumento.pdf
53,9 KB

Bom dia Srª Enfermeira Liliana Guerreiro,
Antes de mais agradecemos o contacto e o seu interesse na utilização da versão Portuguesa da CPOT para avaliar a dor no doente crítico.
Tem a autorização para utilizar a escala, cujo estudo de validação está publicado na Healthcare (<https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>).
Ainda, envio em anexo a versão Portuguesa da Escala.
Estamos ao dispor para qualquer esclarecimento que necessite.
Votos dos melhores sucessos, e ficamos a aguardar o seu retorno quanto à experiência da aplicação da escala.

Com os melhores cumprimentos,



Coordenadora da Licenciatura | Área de Ensino de Enfermagem
Graduation Coordinator | Nursing Department

Av. de Ceuta, Edifício Urbiceuta, Piso 12 | 1300-125 Lisboa, Portugal
Tel: +351 914728604
marques@esscyp.eu
www.esscyp.eu

ANEXO VII – Declaração de autorização do Exmo. Diretor Clínico da UCIP



Academic Center

Declaração de Diretor de Serviço

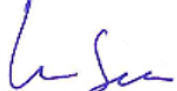
Declaração do Diretor de Serviço da UCIP do Hospital



Eu,  na qualidade de Diretor do Serviço UCIP do Hospital  venho por este meio declarar que o Serviço que dirijo tem condições para a realização do seguinte Projeto: "Avaliação da dor no doente crítico não comunicante verbal".

Este Serviço possui todas as infra-estruturas e recursos necessários à condução do Projeto.

Perante o exposto, declaro que autorizo a realização do Projeto acima mencionado no Serviço por mim dirigido.

 1, 12, 2022

Assinatura ocultada



[Diretor do Serviço UCIP do Hospital]



ANEXO VIII – Certificado do curso de Suporte Básico de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Liliana Ramos GUERREIRO

21/02/1987

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-311-825010

ANEXO IX – Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Liliana Ramos GUERREIRO

21/02/1987

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
diretor de curso



Data do último curso: 04/06/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-015-359304

ANEXO X – Certificado do curso International Trauma Life Support



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Liliana Ramos Palma Guerreiro, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/22/2022

course site

Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, INTL
(International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS00025)

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

348945-48517

Liliana Ramos Palma Guerreiro, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date 5/22/2022 Expiration Date 05/2025

Course Number 48517

Course Location



ANEXO XI – Certificado de participação no 1º Congresso de Enfermagem em
Urgência e Emergência do CHUC

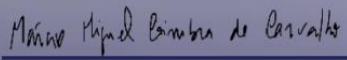
Certificado

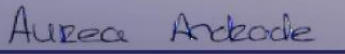


Certifica-se que Liliana Ramos Palma Guerreiro, com o cartão de cidadão nº 13232647, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022


Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora


Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022



Organização:



TERTÚLIA EMERGENTE
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



CHUC
CENTRO HOSPITALAR
E UNIVERSITÁRIO
DE COIMBRA

ANEXO XII – Certificado de participação no Congresso de Enfermagem Intensiva do CHUC

CEMI
23

Congresso de Enfermagem Intensiva

Serviço Medicina Intensiva | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

- Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica -



CERTIFICADO

Certifica-se que

Liliana Guerreiro

com o cartão de cidadão nº 13232647, participou na qualidade de **Congressista**, no **Congresso de Enfermagem Intensiva**, realizado na Coimbra Business School, nos dias **23 e 24 de março de 2023**, com um total de 14 horas de formação.

Este evento técnico-científico foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 24 de março de 2023

Aurea Andrade

Enfª Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Emília Torres

Enfª Emília Torres
Presidente Comissão Científica

Rosa Meneses

Enfª Rosa Meneses
Presidente Comissão Executiva

Entidade Promotora



Patrocinadores Científicos

