



Mafalda Silva **Relatório de Trabalho de Projeto**

Avaliação da Dor em Cuidados Intensivos

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo

Maio 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

2º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO – AVALIAÇÃO
DA DOR EM CUIDADOS INTENSIVOS



Elaborado por:
Mafalda Sofia Caiado Nascimento Silva
Nº 110519032

Docente Orientador:
Professora Doutora Alice Ruivo

Setúbal
Maio 2013

“Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito.”
Aristóteles

O meu profundo agradecimento a todos
os que me ajudaram neste trabalho
e ao Centro Hospitalar da área de Lisboa
pela possibilidade de realizar os estágios.

À Senhora Enfermeira Chefe Teresa Carneiro,
pela disponibilidade e dedicação.

À Senhora Professora Doutora Alice Ruivo,
pela orientação.

RESUMO

Este relatório traduz o percurso efetuado desde os Cursos de Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), tendo como referencial as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e, as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica da ESS/IPS, desenvolvidas em contexto de estágio, tendo como objetivo, contribuir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem nesta área.

No enquadramento conceptual, fazemos referência ao modelo de sinergia e à teoria da incerteza na doença, abordamos a dor como foco de atenção e a sua avaliação, e fazemos uma revisão alargada da literatura sobre o tema.

Explicitamos o projeto de intervenção em serviço, onde utilizámos a metodologia de projecto. O problema que identificamos foca o incumprimento da norma de procedimento sobre a avaliação da dor numa unidade de cuidados intensivos.

Os resultados do trabalho demonstraram que os enfermeiros avaliavam a dor, mas não de forma sistemática e a escala utilizada não era adequada aos clientes dos cuidados intensivos. Baseamo-nos na evidência dos resultados do plano nacional de avaliação da dor, tendo como implicação prática deste trabalho a alteração da utilização da escala de avaliação da dor na unidade.

Palavras-chave: Revisão alargada da literatura, trabalho projeto, avaliação da dor, competências, enfermeiro.

ABSTRACT

This report reflects the journey made from the postgraduate course in medical-surgical nursing, specialization in medical-surgical nursing and masters in medical-surgical nursing in Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), taking as a reference the skills common and specific of specialist nurses in person in a critical situation and the skills of master medical-surgical nursing of ESS/IPS, developed in the context of work, aiming to contribute, supported by the evidence for the development of theoretical knowledge and praxis in this area of nursing.

In the conceptual framework, we refer to the model of synergy and the theory of uncertainty in illness, we approach the pain as the focus of attention and its assessment, and do a extended systematic review about the pain assessment.

We make explicit the intervention project in service, where we have used the methodology of the project. The problem that we have identified focused on the failure of a standard procedure for the assessment of pain in a intensive care unit.

The results of the study demonstrated that nurses assessed pain, but it was not done systematically and the scale used in the unit was not appropriate for the clients. We used the evidence of the results of the national assessment of pain plan, with the practical implication of this study was change the use of scale of pain assessment in the unit.

Keywords: Extended systematic review, project work, pain assessment, skills, nurse.

ÍNDICE GERAL

	fl.
INTRODUÇÃO	10
1– ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1- METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM	13
1.2– MODELO DE SINERGIA	15
1.3– TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA	21
1.4– DOR COMO FOCO DE ATENÇÃO	24
1.4.1 - Avaliação da Dor	27
1.4.2– Evidência na Área da Avaliação da Dor	31
2– PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	38
2.1– CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	38
2.2– TRABALHO DE PROJETO	40
3– REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS	57
3.1– COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	58
3.2– COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	74
3.3– COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	91
4– CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS	111
APÊNDICES	124
Apêndice 1 – Artigo de trabalho projecto	125
Apêndice 2 – Processo da revisão alargada da literatura	137
Apêndice 3 – Projeto de intervenção em serviço	156

	fl.
Apêndice 4 – Cronograma de atividades do projeto	189
Apêndice 5 – Grelha de avaliação da escala da dor	191
Apêndice 6 – Quadro de verificação da avaliação da dor	193
Apêndice 7 – Questionário	195
Apêndice 8 - Folha de verificação do questionário	200
Apêndice 9 – Carta de divulgação dos resultados	206
Apêndice 10 – Norma de procedimento reestruturada	215
ANEXOS	220
Anexo 1 – Norma de Procedimento, Avaliação da dor	221
Anexo 2 – Declaração da Senhora Enfermeira Chefe sobre a pertinência do estudo	226
ÍNDICE DE QUADROS	
Quadro 1 – Estratégia de PICO	32
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1 - Análise swot da fase de diagnóstico do trabalho projeto	44

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde foi solicitado a realização de um relatório reflexivo sobre o percurso efetuado no âmbito da Pós Graduação Médico-Cirúrgica e do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica tendo como referencial a metodologia de projeto, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica da referida escola.

Neste curso, foram-nos concedidos 83 créditos do sistema europeu de acumulação e transferência de créditos (ECTS) desde que detentores do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Daqui, decorre a necessidade de realizarmos 7 créditos do plano de estudos em que se traduz este relatório. A elaboração deste relatório tem também a função formativa e certificativa.

O relatório crítico é um texto escrito, elaborado por nós que reflete a nossa auto crítica ao trabalho que desempenhamos (...), as nossas opções, a nossa atuação, o que fizemos, o que vivemos (Soares, 1997). Constituí um documento pensado e elaborado na primeira pessoa do plural, numa reflexão crítica sobre nós próprios, utilizando as normas da American Psychological Association.

Consideramos que em relação aos cuidados de saúde encontramos-nos numa situação em que é necessário uma tomada de consciência sobre a qualidade e a excelência dos cuidados de enfermagem.

A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam e nunca foi tão importante como agora. Existem várias razões para a necessidade crescente da garantia da qualidade, uma das razões é a expectativa do cliente que é alvo dos cuidados (Sale, 1998).

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que o cliente está a viver e que tem como perspetiva fazer com que os que o rodeiam alcancem também a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional

com orientações, meios e limitações pertinentes e claramente identificados. Temos pois que exprimir a competência dos enfermeiros em cuidar do cliente e família pondo em evidência a qualidade do modo como o fazem. A qualidade é a excelência dos cuidados ou o que existe neles de melhor (Hesbeen, 2001).

Consideramos a formação em enfermagem uma realidade e uma prioridade para a qualidade dos cuidados que prestamos. A aprendizagem depende das necessidades que sentimos em diversas situações da nossa prática diária, desenvolvendo-se assim ao longo da vida em múltiplos contextos e situações.

A aprendizagem está diretamente relacionada com as mudanças de atitudes, de conhecimento, de comportamento, de pensamento. É um processo dinâmico de aquisição de saberes e competências (Pires, 2007).

Podemos definir competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

O enfermeiro e os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar do cliente, família ou comunidade tal com estes o definem, a saúde é um valor e experiência vivida segundo a perspectiva de cada um.

Estabelecemos como objetivos do relatório:

- ✓ Expor o modelo e a teoria de enfermagem com que nos identificamos;
- ✓ Fazer uma revisão alargada da literatura sobre a temática da avaliação da dor;
- ✓ Apresentar e analisar criticamente o projeto de intervenção em serviço, desenvolvido sob metodologia de projeto na área da avaliação da dor em cuidados intensivos;
- ✓ Refletir e analisar de modo crítico sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Iniciamos este relatório reflexivo pelo enquadramento conceptual fazendo referência ao modelo de sinergia e à teoria de enfermagem de Mishel, teoria de incerteza na doença, abordamos a dor como foco de atenção e a sua avaliação em cuidados intensivos, e fazemos uma revisão alargada da literatura segundo a estratégia de problema-intervenção-comparação-resultado (PICO).

Em seguida, explicitamos o projeto de intervenção em serviço, recorrendo a contextualização do local de estágio, fazendo uma abordagem direcionada para a unidade de cuidados intensivos em questão, e apresentamos o trabalho de projeto, utilizamos a metodologia de projeto, descrevemos as fases executadas e os resultados obtidos. Elaboramos um artigo sobre o projeto de intervenção em serviço que pode ser consultado no apêndice 1.

Continuamos com a reflexão crítica acerca da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e as respectivas aprendizagens ao longo dos estágios efetuados na Pós Graduação e Pós Licenciatura de Especialização num total de 541 horas.

Na última parte, na conclusão fazemos uma avaliação dos objetivos traçados, salientamos o contributo do trabalho projeto para a unidade e a nível pessoal, damos ênfase aos aspetos facilitadores da aprendizagem e referimos as nossas perspectivas futuras.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A contextualização deste trabalho é vasta e envolve o aprofundar de conhecimentos em vários âmbitos. Deste modo serão abordados temas como os metaparadigmas de enfermagem, o modelo de sinergia, a teoria de incerteza na doença, a dor como foco de atenção, e uma revisão alargada da literatura sobre a avaliação da dor.

1.1 – METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM

Iniciamos este subcapítulo pelos níveis de estrutura do conhecimento, nomeadamente o metaparadigma de enfermagem.

Este é o nível mais abstrato do conhecimento. Determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina e profissão de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Assim passamos a definir conceitos como saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem.

- ✓ **Saúde** é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo, portanto não pode ser tido como conceito oposto ao de doença.

A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2002);

- ✓ **Pessoa** é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e

se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente. Modifica-se e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e de harmonia. A pessoa é também o centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio (Ordem dos Enfermeiros, 2002);

Ao longo do relatório recorreremos ao termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, que tem um papel ativo no quadro de relação de cuidados tal com preconiza a Ordem dos Enfermeiros.

- ✓ O **Ambiente** no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2002);
- ✓ **Cuidados de enfermagem**, o exercício profissional centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e de uma pessoa/ grupo de pessoas, que possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivô no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem da forma de aumentar o repertório

dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Os metaparadigmas determinam os principais conceitos que envolvem o conteúdo e âmbito da disciplina. (Tomey & Alligood, 2004).

Analisamos de seguida o modelo de sinergia, a American Association of Critical Care Nurses desenvolveu um modelo para ligar a prática clínica aos resultados dos clientes.

1.2 – MODELO DE SINERGIA

O conceito central do reconceptualizado modelo de prática certificada – o modelo de sinergia da American Association of Critical Care Nurses para cuidar do cliente, é as necessidades dos clientes e famílias influenciam e conduzem as características ou competências dos enfermeiros. A sinergia acontece quando as necessidades e características dos clientes, das unidades ou do sistema coincidem com as características dos enfermeiros (American Association of Critical Care Nurses, 2011).

No início dos anos noventa a American Association of Critical Care Nurses começou uma jornada para definir um novo modelo para orientar a prática de enfermagem de forma certificar os enfermeiros de cuidados intensivos (Brewer *et al.*, 2007).

A American Association of Critical Care Nurses Certification Corporation desenhou um modelo que descreve a prática de enfermagem baseada nas necessidades e características dos clientes e nas demandas do ambiente em saúde para o futuro (Curley, 1998).

O modelo de sinergia reflete os valores e a filosofia da prática profissional avançada, o modelo foca o cliente de modo holístico e em dinâmica num momento de instabilidade e também reconhece a família e a comunidade como componentes determinantes nos resultados dos clientes (Czerwinski, Blastic, & Rice, 1999).

Consideramos que este modelo de sinergia da American Association of Critical Care Nurses é modelo que melhor se adapta aos cuidados intensivos e ao cliente crítico.

Este modelo de sinergia é realmente adaptável aos cuidados agudos e aos cuidados críticos, quando os clientes críticos e os enfermeiros de cuidados intensivos se ligam através das suas competências (Hardin & Hussey, 2003).

A sinergia resulta da interdependência, intersubjetividade e equidade na relação enfermeiro-cliente. Os resultados alcançados são melhores do que se fossem alcançados de forma independente (Curley, 1998).

É único este modelo pois está organizado de acordo com as necessidades dos clientes, a ótima relação enfermeiro-cliente ocorre quando as necessidades dos clientes combinam com as competências dos enfermeiros (Kerfoot & Cox, 2005).

Os cuidados de enfermagem agudos e críticos seguem três pontos:

- As oito características dos clientes são abrangentes e universais, descrevem como os clientes respondem aos estímulos em situação crítica;
- As oito características dos enfermeiros também são abrangentes e universais, descrevem a prática da enfermagem contemporânea;
- As características dos clientes conduzem as competências dos enfermeiros (DuAnne, 1999).

Para o mesmo autor, estas características são constituídas por três níveis diferentes, mínimo, moderado e elevado de acordo com cada característica específica, cada cliente ou cada enfermeiro se posiciona num determinado nível de acordo com os vários fatores como biológicos, físicos, psicológicos, sociais, ambientais, religiosos, culturais e morais.

Os resultados da sinergia surgem quando as necessidades e características dos clientes e famílias combinam com as competências dos enfermeiros. Todos os clientes têm necessidades e experiências similares ao longo do processo de doença, no entanto quanto mais complexas forem as necessidades, mais comprometida está a saúde dos clientes. Quando o enfermeiro e o cliente estão em sinergia, melhores resultados o cliente pode alcançar.

Cada cliente e família, cada unidade de cuidados assim como o próprio sistema são únicos, variando a capacidade de saúde e vulnerabilidade à doença. Cada um traz um conjunto de características únicas à situação do cuidar. Estas características são uma extensão do contínuo processo saúde-doença (American Association of Critical Care Nurses, 2011).

As características dos clientes são resiliência, vulnerabilidade, complexidade, disponibilidade de recursos, participação nos cuidados, participação na tomada de decisão e previsibilidade.

Os cuidados de enfermagem refletem a integração do conhecimento, experiências e atitudes necessárias para conhecerem as necessidades dos clientes e famílias. Assim o contínuo desenvolvimento das características do enfermeiro derivam das necessidades dos clientes. Os níveis de 1, 3 e 5 variam desde de competente até perito nos cuidados de acordo com as necessidades do cliente.

As características dos enfermeiros são (American Association of Critical Care Nurses, 2011):

✓ **Julgamento Clínico**, raciocínio clínico que inclui tomada de decisão clínica, pensamento crítico e uma compreensão global da situação, juntamente com as habilidades de enfermagem adquiridas através de um processo de integração formal e informal do conhecimento experiencial e da enfermagem baseada na evidência. Consideramos que estamos no nível cinco, o nosso julgamento clínico foi construído ao longo de dezassete anos de exercício, treze dos quais em unidade de cuidados intensivos, baseado no investimento pessoal na constante atualização de conhecimentos e nas experiências vividas o que permite antever por vezes situações levando a uma tomada de decisão eficaz, promovemos que a restante equipa também desenvolva a tomada de decisão, não acatem o que se diz, que perguntem e ofereçam alternativas de decisão.

O julgamento clínico é a aplicação do conhecimento e da experiência que permitem aceder rapidamente e intervir apropriadamente numa situação de cuidar de acordo com o estado clínico do cliente (Markey, 2001).

✓ **Co-defender os outros e Figura moral**, trabalha em nome do interesse do cliente/família e também da equipa de enfermagem, é um agente moral na identificação e ajudando os outros a resolver preocupações éticas e clínicas, dentro ou fora do ambiente clínico. Nesta característica estamos posicionadas no nível três, não estando na prestação direta de cuidados é mais difícil abarcar e apreender todas as situações de todos os clientes assim como conhecê-los ao pormenor, mas as unidades de cuidados intensivos são altamente complexas a este nível, então sempre que nos solicitam uma opinião ou que percebermos que é necessário, estabelecemos um ambiente de partilha que permite a todos (enfermeiro, cliente/família e médico) pensar, ponderar mais de uma decisão e adotar aquela que tem por base a ética, a vontade do cliente e o seu conforto.

A defesa do cliente resulta na apropriada intervenção que é feita em tempo útil de forma a prevenir danos e eventos adversos, requiere estilos de comunicação (Markey, 2001).

✓ **Práticas de Cuidar**, são intervenções de enfermagem que criam um ambiente de compaixão, apoio e terapêutico para os clientes e profissionais com o objetivo de promover o conforto, a cura e a prevenção de sofrimento desnecessário. Inclui a vigilância e a capacidade de resposta aos cuidadores e profissionais de saúde. Estamos no nível cinco, desenvolvemos as intervenções tendo por base o conhecimento técnico e científico, estabelecendo uma relação terapêutica com o cliente e família com objetivo de conforto a vários níveis, tendo como princípio fundamental a rapidez, segurança e a eficiência das intervenções.

Incentivamos a restante equipa ao desenvolvimento das intervenções e tentamos que o cliente e família encontrem alternativas compensadoras para o processo de doença.

As práticas cuidativas incluem as intervenções de enfermagem que são sensíveis a singularidade do cliente e família criando um ambiente de compaixão (Critical Care Nurse, 2002).

✓ **Colaboração**, trabalha com outros (cliente, família e profissionais) de maneira a promover e encorajar o contributo de cada pessoa para a realização dos objetivos, envolve o trabalho intra e interdisciplinar com pares e comunidade. Classificamo-nos no nível três, as unidades de cuidados intensivos devido a sua complexidade e rapidez necessária de resposta não deixa que os enfermeiros participem na tomada de decisão colaborando assim na recuperação do cliente, existe ainda e está presente a ideia de que os enfermeiros não são para pensar mas para executar ordens, o que num cliente instável a nível hemodinâmico é difícil de contestar. Considero importante para os clientes e para a equipa de enfermagem que deveria ser possível participar e ser solicitada a debater a situação dos clientes, pois existem pormenores que só enfermeiro sabe daquele cliente ou família devido ao tempo que passa com estes. No entanto colaboramos com outros grupos profissionais e com o cliente /família sempre que necessário para dispor dos recursos que existem, assim como procuramos que a restante equipa o faça.

A colaboração é geralmente inter e intradisciplinar. Numa situação específica requer a persuasão efetiva e estilos de negociação associados a simples aspetos da comunicação e de relações de amizade (Markey, 2001).

Os enfermeiros têm características de colaboração pois trabalham com outros na promoção e encorajamento da participação do cliente e família assim como a equipa de

enfermagem nos cuidados. A competência da colaboração está presente nas enfermeiras seniores nos níveis três e cinco (Critical Care Nurse, 2002).

✓ **Sistemas de Pensamento**, corpo de conhecimentos e ferramentas que permitem ao enfermeiro gerir os recursos ambientais e o sistema que existe para o cliente/família e profissionais dentro do sistema de saúde ou não. Consideramo-nos no nível três, tentando utilizar estratégias, as ferramentas que conhecemos assim como os recursos disponíveis de forma proativa para tentar resolver os problemas dos clientes ou então fazemos o encaminhamento para o respetivo profissional ou sistema competente.

Pretendemos que toda a equipa saiba dos recursos e ferramentas existentes de forma que os resultados das intervenções sejam os melhores.

Os sistemas de pensamento são um corpo de conhecimentos que permitem a enfermeira apreciar o ambiente do cuidar de uma perspetiva holística (Critical Care Nurse, 2002).

✓ **Responde a Diversidade**, a sensibilidade para reconhecer, valorizar e incorporar as diferenças na prestação de cuidados, podem incluir e não estão limitadas a diferenças culturais, crenças espirituais, de género, etnia, estilo de vida, idade, valores, status socioeconómico. Pensamos que estamos no nível cinco, identificamos e atribuímos muita importância a multiculturalidade prestando cuidados adaptados de acordo com as necessidades identificadas, damos especial atenção assim como incentivamos a equipa a atribuir especial valor quer aos pedidos dos clientes /família no que diz respeito as suas crenças e valores assim como aos objetos que tem particular valor para eles, deixando-os ficar junto ou não os retirando quando por exemplo vão para o bloco operatório.

Os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem a pessoas únicas com valores culturais e crenças pessoais. Cada cultura tem conceitos próprios e práticas específicas que o enfermeiro deve estar atento de forma a prestar cuidados culturalmente diversos.

A resposta à diversidade é natural nos enfermeiros seniores pois tem a capacidade de adaptar os cuidados a diversidade que lhe é apresentada (Critical Care Nurse, 2002).

Esta resposta a diversidade respeita os desejos dos clientes/famílias de forma a manter a independência e o orgulho (Hardin & Hussey, 2003).

A cultura é uma resposta comportamental, modular que se desenvolve com o tempo em consequências da modulação da mente através de estruturas sociais, religiosas, trabalhos intelectuais e artísticos, formada por valores, crenças, normas e práticas

partilhadas pelos membros do mesmo grupo cultural. A cultura guia a nossa forma de pensar, agir e ser, torna-se expressão modular da nossa identidade (Potter & Perry, 2006).

✓ **Facilidade de Aprendizagem**, capacidade de facilitar a aprendizagem ao cliente /família, aos pares e outros profissionais de saúde, inclui aprendizagem formal e informal. Consideramos que estamos no nível cinco, estamos recetivos a novas aprendizagens assim como procuramos fazer formação contínua. Contribuímos para o desenvolvimento e avanço da aprendizagem dentro da equipa recorrendo a artigos científicos ou a permanente evidência científica consultada por via eletrónica. Recorremos a aprendizagem não formal com os clientes/família de acordo com o seu estágio de doença.

Na área dos cuidados intensivos a aprendizagem é uma constante devido aos constantes avanços tecnológicos no que diz respeito a monitores, ventiladores e todos os tipos de equipamento e também devido aos avanços da medicina, dos fármacos e das doenças serem cada vez mais complexas. A contínua formação proporciona a capacidade de auto avaliação e a auto crítica, aumenta as habilidades profissionais e a nossa responsabilidade pessoal para a própria necessidade de aprendizagem continuada, com o objetivo de sermos profissionais mais competentes e seguros.

✓ **Inquérito Clínico**, processo contínuo de avaliação das práticas criando mudança nas práticas através da pesquisa e aprendizagem experiencial. Estamos posicionadas no nível cinco, tentamos avaliar todas as práticas, de forma a desempenhar a melhor prática de acordo com a evidência e com a nossa experiência, proporcionando este conhecimento à restante equipa, tentando melhorar os cuidados tendo por base não só as diretrizes e a nova informação mas também a comparação dos cuidados.

O inquérito clínico significa observar, questionar, cheirar, intuição sensitiva, ouvir e integrar factos num só, de modo que o cliente seja beneficiado (Hardin & Hussey, 2003).

Todas estas características assumem importância de acordo com as características dos clientes. Este modelo de sinergia é aplicável numa diversidade de situações, a meta do enfermeiro é a restauração de um ótimo nível de bem-estar de acordo com aquilo que o cliente define para si.

Consideramos que este modelo de sinergia tem fundamentos do modelo de Patricia Benner, de iniciado a perito, baseia-se em competência, em níveis de competências e na experiência dos enfermeiros.

As competências identificadas no modelo de sinergia permitem categorizar os comportamentos contínuos de iniciado a perito (Czerwinski, Blastic, & Rice, 1999).

Optamos por analisar um modelo e uma teoria, pois o modelo da sinergia permite-nos desenvolver e aperfeiçoar as várias competências para um cuidar holístico de modo a satisfazer as necessidades dos nossos clientes e famílias e a teoria permite-nos conhecer a realidade dos acontecimentos e das situações vivenciadas pelos clientes e famílias.

Falaremos a seguir da teoria de enfermagem com a qual nos identificamos.

1.3 – TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

Destacando outro nível de estrutura de conhecimento, a teoria é mais exatamente a teoria de enfermagem.

As teorias de enfermagem são um grupo de conceitos que provêm dos modelos de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica como também é vital para a prática da profissão. As teorias e a investigação são igualmente vitais para a disciplina e para a profissão à medida que vão sendo precisos e gerados novos conhecimentos (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria é um excelente instrumento para explicar e prever. Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos. Os teóricos tentam identificar as condições necessárias e suficientes para que apareçam situações reais. Estabelecendo ligações entre causa e efeito dos acontecimentos, os cientistas chegam ao saber (Benner, 2005).

É um dos componentes da estrutura do conhecimento que nos permite dar sentido ao mundo empírico, por tanto, entender de uma maneira mais coerente e controlada a nossa prática (Villalobos, 2007).

Na nossa opinião a teoria de enfermagem que julgamos que melhor se adapta ao cliente crítico, é a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, teoria de médio alcance.

As teorias de médio alcance são o nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática de enfermagem. Têm informações que indicam qual a situação ou o estado de saúde, a população de clientes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e atuação do enfermeiro ou a intervenção (Tomey & Alligood, 2004).

Os autores supra citados referem que estas teorias de médio alcance têm um foco de interesse mais limitado do que a teoria e determina coisas como a situação ou o estado de saúde, a população de clientes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e atuação do enfermeiro ou a intervenção.

A teoria da incerteza na doença de Merle Mishel utiliza a teoria da crítica social, reconheceu o preconceito inerente à teoria original, uma orientação no sentido da certeza e da adaptação e incluiu também os princípios da teoria do caos, pelo facto de se centrarem em sistemas abertos, permitiam uma representação mais precisa da forma como a doença produz desequilíbrio e da forma como as pessoas podem, em último caso, assimilar a incerteza contínua para descobrir um novo sentido para a doença (Tomey & Alligood, 2004).

A mesma fonte teórica menciona que ao longo de uma trajetória de uma doença a imprevisibilidade no início, a durabilidade e a intensidade dos sintomas tem sido relacionada com a incerteza observada. A natureza ambígua dos sintomas e a consequente dificuldade em determinar o significado das sensações físicas têm sido frequentemente identificadas como fonte de incerteza.

Esta teoria tem como pressupostos, e entende-se por pressupostos, as declarações que o teórico tem como verdades, excluindo a hipótese de as medir ou testar (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria da incerteza na doença inclui quatro pressupostos:

1. A incerteza é um estado cognitivo, representando a inadequação de um esquema cognitivo para sustentar a interpretação de eventos relacionados com a doença;
2. A incerteza é uma experiência inerentemente neutra, nem desejável nem aversiva até ser avaliada como tal;
3. A adaptação representa a continuidade do comportamento bio-psico-social normal do indivíduo e é o resultado desejado dos esforços de coping tanto para reduzir a incerteza avaliada como perigo, como para manter a incerteza como oportunidade;
4. As relações entre eventos da doença, incerteza, apreciação, coping e adaptação são lineares e unidireccionais, deslocando-se de situações que promovam a incerteza no sentido da adaptação (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo de um processo de doença a imprevisibilidade da situação assim como a sua duração, a intensidade da semiologia e a vulnerabilidade trazem ao cliente /família incertezas.

Em cuidados intensivos a incerteza é uma constante quer para o cliente quer para a família. Na fase em que o cliente está sedado e analgesiado não demonstra sinais de incerteza mas a sua família sim desde o momento da admissão. Apesar de ser uma fase de choque de sentimentos e de emoções é de extrema importância o acolhimento que se faz à família, pois a ansiedade, o desespero e a angústia têm um impacto negativo quer na satisfação das suas próprias necessidades quer para os profissionais de enfermagem.

Somos da opinião de que não se tenta resolver a incerteza mas dar meios a família para suportar esta fase difícil, a família deve ser capaz de confiar nos profissionais que cuidam do seu familiar e consideramos a incerteza como uma oportunidade perante uma situação adversa onde a certeza é realmente negativa e só existe conforto nas palavras de esperança em algumas situações.

Para Mishel a incerteza é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos e eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão (Tomey & Alligood, 2004).

As mesmas autoras referem que a incerteza especialmente na doença crónica ou que põe a vida em risco pode resultar num novo nível de organização e numa nova perspectiva de vida, englobando o crescimento e a mudança resultantes de experiências de incerteza.

Os enfermeiros estão incluídos como parte desta teoria, a literatura revela que a informação dada pelos enfermeiros é o método principal para ajudar os clientes e família na gestão da incerteza. As famílias que recebem informação clara estão mais aptos a tomarem decisões, apresentam menos ansiedade e dão um melhor suporte emocional e físico ao seu familiar (Smith & Liehr, 2008).

Identificámo-nos com esta teoria pois pensamos que é mais completa e abrange vários conceitos, desde que a incerteza não é boa nem má até ser percebida pela pessoa onde é necessário um processo de adaptação e de coping para lidar com a situação, sendo o papel do enfermeiro fundamental para ajudar a crescer e fornecer suporte para isso, sendo um processo dinâmico.

A incerteza repassa todos os aspetos da vida de uma pessoa, conseqüentemente, os seus efeitos tornam-se concentrados e acabam por desafiar a estabilidade do sistema. Em resposta à confusão e desorganização criadas pela incerteza contínua, o sistema tem de acabar para sobreviver (Tomey & Alligood, 2004).

Salientamos a seguir uma forma de incerteza, a dor.

1.4 – DOR COMO FOCO DE ATENÇÃO

Pela nossa experiência, consideramos a dor como uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada pelo ser humano. Associada usualmente a fatores negativos, produz no cliente sentimentos de medo, incerteza, ansiedade, angústia, incapacidade, dependência, sofrimento, stress, e mesmo antevisão da morte.

A vária literatura consultada refere que a dor é um fenómeno universal e que atravessa os tempos, experienciada em todo o ciclo vital do cliente com diversas variantes multidimensionais, abrange níveis sociais, psicológicos, políticos, étnicos, religiosos e culturais. A dor envolve o cliente de forma holística tendo por fundo a sua origem cultural.

Este fenómeno é um dos principais pelo que o cliente recorre aos cuidados de saúde, para obter alívio (Kazanowski & Laccetti, 2005). Os clientes criticamente doentes sentem dor considerável oriunda de condições patológicas, lesões, intervenções terapêuticas como a cirurgia e múltiplos procedimentos diagnósticos e invasivos. Mesmo os clientes que parecem inconscientes sentem dor (Swearingen & Keen, 2005).

Na nossa opinião, cuidar do cliente com dor é um desafio para os enfermeiros, perante o confronto com a dor, os clientes não sentem o mesmo, não reagem da mesma maneira e não verbalizam da mesma maneira.

Apesar de ser um fenómeno universal, a dor é subjetiva. É uma experiência subjetiva, é aquilo que o cliente diz que é, quando é e como é. A percepção varia consoante o género, a idade, o nível cognitivo, experiências anteriores, contexto familiar e cultural (Kazanowski & Laccetti, 2005). A dor funciona como um mecanismo de defesa ou de alerta do organismo constituindo assim um dos primeiros sintomas da doença, é uma sensação desagradável que traduz uma lesão real ou potencial do organismo (Metzer, Muller, Schwetta, & Walter 2002).

A dor é mais que do que uma simples experiência sensorial causada por um estímulo específico. É subjetiva e individual. A pessoa com dor é a melhor juíza da mesma. De acordo com McCaffery (1979) a dor é qualquer coisa que a pessoa está experienciando, diz ter, existindo sempre que ela diz que existe (Potter & Perry, 2006). É um fenómeno evasivo e complexo e apesar da sua universalidade, sua natureza exata permanece um mistério, é um dos mecanismos de defesa do corpo que indica que a pessoa apresenta um problema (Taylor, Lilis & LeMone, 2007).

É uma percepção com características específicas, aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Supondo que quando colocamos a mão por um acaso numa panela quente, sentimos primeiro a dor reagindo em seguida com um gesto de fuga ao estímulo. Neste ato de fuga entre o sentir e o reagir, aconteceu a transmissão da sensação, a análise desta sensação e a percepção, tudo com uma grande rapidez. Tanto o sistema nervoso central como o sistema nervoso periférico estão envolvidos na sensação de dor. A dor é um sinal de aviso para evitar a lesão, a resposta a dor é reflexiva (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Fazendo uma breve revisão sobre a fisiologia e fisiopatologia da dor. O sistema nervoso tem como principal função regular o funcionamento do organismo, registando todas as informações de origem interna ou externa através de recetores e tratando-as para fornecer respostas adequadas através dos executores (Metzger *et al.* 2002).

De acordo com os autores supra citados e tal como já foi referido o sistema nervoso divide-se em sistema nervoso central e sistema nervoso periférico. A informação que parte da periferia até ao sistema central é designada aferente enquanto a que parte do sistema nervoso central até a periferia é designada por eferente. O cérebro é a sede da análise e da integração das mensagens aferentes bem como a sede de construção das mensagens eferentes. A medula espinal é uma via de circulação mas é também o primeiro nível de integração das aferências e das mensagens provenientes do cérebro, bem como a sede de construção de respostas reflexivas segmentares. As vias nociceptivas compreendem o conjunto dos elementos do sistema nervoso que têm como funções detetar, transmitir, analisar, controlar as informações produzidas por uma lesão tecidual e de lhe

fornecer uma resposta adequada. As células nervosas especializadas chamadas nociceptores, são recetores sensoriais localizados na pele, nos músculos, nas vísceras e no tecido conjuntivo. Estes nociceptores respondem aos estímulos provocados pela lesão térmica, mecânica ou química. A resposta consiste na libertação de mediadores químicos, chamado de exsudado inflamatório. Este exsudado contém iões hidrogénio, potássio, prostaglandinas, serotonina, adrenalina, citoquinas, neuroquininas e diferentes péptidos. Os nociceptores quando estimulados transportam o impulso doloroso até a medula espinhal e desta até ao cérebro ao longo das vias aferentes.

A teoria do portão para controlo da dor é defendida desde de 1965, afirma que a dor não é transmitida directamente da medula espinhal para o sistema nervoso central. Uma estrutura nervosa complexa no corno dorsal da medula pode inibir a transmissão da mensagem dolorosa até ao cérebro. Este portão funciona por intermédio de vários neurotransmissores, este sistema de controlo explica o efeito antiálgico da massagem numa zona dolorosa. A não entrega da transmissão até ao cérebro impede este de reconhecer a dor, o estímulo só se transforma em dor quando é percebido pelo cérebro (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Os autores supra mencionados e em relação à duração da dor classificam-na em dor aguda e dor crónica. A dor aguda é súbita, não dura mais de seis meses e surge habitualmente devido a um traumatismo. Esta dor é um frequente problema que faz recorrer aos cuidados de saúde quando a intensidade aumenta ou interfere com as atividades de vida diária. Esta dor tem diversas causas e manifestações. A dor crónica é considerada quando dura mais de seis meses, implica outras alternativas terapêuticas.

A dor crónica com a duração superior a três meses altera a personalidade do cliente bem como a sua vida familiar, social e profissional (Metzger *et al.*, 2002).

Os mesmos autores classificam a dor quanto à sua origem em três grupos:

- ✓ Dor Nociceptiva – deriva da excitação das vias nociceptivas por estimulação dos nociceptores. Pode estar relacionada com um estímulo sem lesão tecidular o que sem alterar o funcionamento das vias nociceptivas provocando uma dor passageira ou pode derivar de uma lesão tecidular real, aguda ou crónica, surgindo fenómenos de sensibilidade periférica e central que justifica a hiperalgesia e os traços mnésicos irreversíveis.

- ✓ Dor Neuropática – resulta de uma disfunção das vias nociceptivas, consecutiva a uma lesão e/ou a uma irritação de qualquer um dos elementos que a constituem. Existem dores neuropáticas relacionadas com uma lesão/ irritação dos nervos periféricos, de origem traumática, tóxica, metabólica, isquémica ou infecciosa.
- ✓ Dor Sine Materia – corresponde a todas as situações de dor sentidas e expressas pelos clientes mas que não têm qualquer explicação orgânica, quer com origem em lesão tecidual quer em lesão nervosa.

Tal como já foi referido a cultura influencia o sintoma dor, dado que na nossa prática diária lidamos com diversos clientes de outras culturas, damos um especial ênfase a esta vertente, a influência é grande e exerce sobre o cliente a forma como este exprime a dor.

A cultura influencia a forma como as pessoas identificam as causas e aprendem a reagir e a exprimir a dor. Compreender os antecedentes culturais e as características pessoais, ajuda o enfermeiro a avaliar a dor de forma mais precisa e o seu significado para os clientes (Potter & Perry, 2006). O enfermeiro desempenha um papel importante no alívio e controlo da dor se for capaz de compreender os significados que o indivíduo atribuí à dor bem como o seu contexto cultural (Cabral,2008).

Pensamos que o minimizar ou o alívio da dor requer uma intervenção centrada no cliente e cuidados personalizados, é necessário estabelecer uma relação de confiança entre o cliente e o enfermeiro. Se o cliente refere dor, quando este fala da intensidade da dor sabe que esta não pode ser partilhada com ninguém, como já referimos é subjetiva. Para entender a intensidade da dor é imprescindível a avaliação da dor como apresentamos de seguida.

1.4.1 – Avaliação da dor

A dor provocada pelos cuidados é resultado de inúmeras pequenas agressões do corpo que isoladamente não produzem dor insuportável. Mas a acumulação diária de todas essas sensações desagradáveis pode provocar uma dor que o cliente já não pode suportar. Referem a dificuldade em pôr em prática os procedimentos da avaliação, encerra uma contradição, por um lado o princípio é dar palavra aos clientes, acreditar no que eles dizem

e por outro lado é grande a tentação de se pensar que atendendo à nossa experiência profissional sabemos mais que os nossos clientes sobre a sua dor correndo-se o risco de os estar a substituir (Metzger *et al.*, 2002).

Os autores supra citados referem que a escolha de instrumentos de avaliação devem ser escolhidos de forma adequada à população a que se destina, são fatores chave a idade e as patologias dos clientes, devem ser de fácil aplicabilidade.

Consideramos que quando se implementam as escalas de avaliação da dor existe resistência por parte dos enfermeiros pois exige formação, aumenta a carga de trabalho, tem que haver reestruturação do planeamento dos cuidados, exige tempo e experiência para compreender a mensagem transmitida pelo cliente, há necessidade de registos. Posteriormente este esforço é premiado, os clientes referem conforto durante a realização de procedimentos dolorosos, a prevenção e controlo da dor são fatores positivos.

Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade. Exemplo destas escalas são a escala visual analógica, a escala numérica, escala qualitativa e escala de faces, utilizadas em clientes conscientes. As escalas multidimensionais são questionários e consideram a dor em categorias e dimensões sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva e cognitiva-avaliativa, a mais conhecida é o questionário de McGill, este instrumento é difícil de aplicar quer na prática quer na compreensão do cliente. Esta escala utiliza uma lista de termos que descrevem qualidades de dor envolve três grandes grupos representando qualidades sensoriais, qualidades afetivas e termos da avaliação que expressam a experiência objetiva de dor (Metzger *et al.*, 2002).

Os questionários sobre a natureza da dor têm finalidades principais. Em primeiro lugar a descrição dos sintomas pelo cliente pode ajudar a diagnosticar a causa da dor. Em segundo lugar, a descrição do tipo de dor pode ser importante na escolha do tratamento mais adequado e em terceiro lugar pode dar uma ideia de reação do cliente à dor e dos efeitos que esta tem na sua vida (Conian, 2001).

As escalas comportamentais permitem avaliar as consequências da dor na vida do cliente. Foram desenvolvidas para mensurar especificamente a intensidade da dor em clientes sedados, com ventilação mecânica e inconscientes (Payen *et al.*, 2001). A maioria dos nossos clientes internados apresenta incapacidade de comunicar devido a alterações do

nível de consciência, devido a sedação, devido à presença de tubo endotraqueal e se encontrarem ventilados.

As escalas pain assesment advanced dementia (PAINAD), doloplus 2, a escala behavioral pain scale (BPS) desenvolvida por Payen, a escala critical care pain observation tool (CPOT) e escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) validada para população espanhola por Latorre (2011), são exemplos de escalas indicadas para a heteroavaliação da dor.

Concordamos que na prestação de cuidados depararmo-nos frequentemente com a dificuldade do cliente em colaborar na avaliação da dor, uma vez que esta capacidade é influenciada por problemas sensoriais tais como défices cognitivos, períodos de desorientação, agitação ou ansiedade (Santos & Soares, 2008). A necessidade de avaliar a dor surge porque existe uma relação proporcional entre a importância da lesão e a dor referida pelo cliente e não existem marcadores específicos para a dor (Metzger *et al.*, 2002).

O enfermeiro quando presta cuidados de enfermagem ao cliente com dor tem por base a promoção do bem-estar, então deve avaliar com recurso a escalas adequadas e utilizando preferencialmente e sempre que possível a autoavaliação, deve diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias de forma a minimizar ou abolir esta experiência, avaliando os resultados e atendendo assim ao seu dever como enfermeiro.

Depois de se realizar a avaliação da dor escolhe-se o tipo de intervenção a desenvolver. A escolha passa por intervenções farmacológicas, envolve o uso de fármacos como os anti-inflamatórios, analgésicos e anestésicos ou a escolha pode passar por intervenções não farmacológicas, consiste na aplicação de métodos e técnicas para a prevenção e/ou tratamento da dor que não envolve a administração de medicamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O autor supra citado refere que dado o controlo da dor ser um direito do cliente e um dever do enfermeiro promovendo assim a humanização dos cuidados e a qualidade de vida do cliente. A avaliação da dor para além da monitorização dos efeitos analgésicos ou das medidas não farmacológicas, é um direito do cliente o controlo da dor e um dever do enfermeiro como já referimos, é imprescindível na qualidade dos cuidados de enfermagem tal como descrito na alínea d, ponto 1 do artigo 30º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A Direcção Geral da Saúde implementou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e

orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor. A mesma entidade declara a Dor como 5º Sinal Vital conforme circular normativa de 14 Junho de 2003.

Indo ao encontro da problemática da dor, a Ordem dos Enfermeiros (2008), elaborou um Guia Orientador de Boa Prática, que toma como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa, cuidador principal e família nas diversas fases do ciclo vital qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos.

No mesmo ano a Direcção Geral da Saúde implementou o Programa Nacional de Controlo da Dor dando sequência ao plano e define novos objetivos e estratégias operacionais. Fundamenta que a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só.

Como enfermeiros de cuidados intensivos temos o dever de identificar os clientes que sentem dor, avaliar a sua intensidade e planear intervenções adequadas ao seu controlo. Cerca de 50% dos clientes não cirúrgicos graves referem dor durante o internamento em unidades de cuidados intensivos. As causas de dor são variadas: doença subjacente ao internamento, trauma, cirurgia, cuidados de enfermagem (como a mobilização, a aspiração de secreções, reabilitação), imobilização prolongada e procedimentos invasivos terapêuticos, diagnósticos ou de monitorização (Vilela & Ferreira, 2006).

A avaliação da dor em cuidados intensivos é uma meta difícil de atingir para o enfermeiro, mesmo os clientes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor porque estão ventilados, adotando-se outros meios de comunicação. Os clientes sedados fornecem dados de outra forma através da alteração dos sinais vitais, como tensão arterial elevada, taquicardia, polipneia, dilatação da pupila, outros apresentam expressão facial de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo.

Quando a instabilidade hemodinâmica e respiratória acontece ao cliente internado em cuidados intensivos, o controlo da dor assume uma prioridade secundária. Por vezes surgem conflitos pois nem a dor nem o controlo desta são considerados importantes para a melhoria do estado clínico do cliente.

Tendo em conta todos estes aspetos, a nossa intenção é avaliar o cumprimento da norma de procedimento de avaliação da dor numa unidade de cuidados intensivos de um centro hospitalar de Lisboa, como será abordado mais à frente.

Passamos de seguida a apresentar a evidência encontrada sobre a temática da avaliação da dor.

1.4.2 – Evidência na Área da Avaliação da Dor

A produção de conhecimento em enfermagem é um fator determinante no sucesso terapêutico e na melhoria dos cuidados de saúde, pelo que a investigação em enfermagem começa a impor-se como prática obrigatória, uma vez que é um instrumento com poderes para transformar a atual realidade e os contextos dos cuidados de saúde (Ferrito, 2007).

Devido ao constante desenvolvimento do conhecimento e como resposta para diminuir a distância entre os avanços da ciência e a prática diária surge inicialmente no campo da medicina e posteriormente na enfermagem a prática baseada na evidência (Domenico & Ide, 2003).

A prática de enfermagem baseia-se em satisfazer as necessidades do cliente, família e comunidade proporcionando uma atenção integral e individualizada, esta atuação deve ser fundamentada na metodologia da enfermagem baseada na evidência para valorar, emitir juízos mais certos, planear objetivos e realizar cuidados assim como avaliar a sua eficácia (Marin, 2005).

Considera-se uma prática de enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A prática baseada na evidência tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais actual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado dos clientes (Sampaio & Mancini, 2007).

Esta ferramenta é então um processo através do qual os enfermeiros tomam decisões utilizando a melhor evidência disponível, a sua experiência e as preferências do cliente.

Requer uma capacitação do enfermeiro na busca de estratégias para o desenvolvimento e a utilização de pesquisas na prática, a fim de transpor a dicotomia entre teoria e a prática-pesquisar e cuidar (Pedrolo *et al.*, 2009).

Consideramos que traz vantagens tais como, a reunião de saberes e estimula a formação contínua dos enfermeiros, confere rigor científico à prática, justifica a prática com conhecimentos sujeitos a evidência, contribuí para a mudança da cultura organizacional adotando novos comportamentos e contribuí para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Permite saber o que já foi escrito e estudado sobre o assunto, deve ser crítica, baseada em critérios metodológicos a fim de separar os artigos que têm validade daqueles que não têm (Amaral, 2007).

Pensamos que a revisão alargada da literatura é uma fonte de evidência que permite organizar os resultados científicos sobre um determinado assunto, utilizando bases de dados que disponibilizam evidências mediante a aplicação de métodos sistematizados e explícitos, permitem identificar textos, artigos e trabalhos com critérios bem definidos relacionados com uma intervenção ou área específica.

A revisão da literatura é uma forma de se apropriar das melhores evidências externas, contribuindo para a tomada de decisão baseada na evidência (Pereira & Bachion, 2006).

As revisões da literatura são investigações científicas com metodologia definida previamente por um protocolo empregando estudos originais, sintetizando os resultados de estudos primários utilizando estratégias que diminuam a ocorrência de erros aleatórios e sistemáticos (Berwanger, Suzumura, Buehler, & Oliveira, 2007).

Realizamos uma revisão alargada da literatura no sentido de aprofundar os conhecimentos sobre a avaliação da dor em cuidados intensivos recorrendo à estratégia de PICO, que se apresenta de seguida.

Acrónimo	Definição	Descrição
P	Problema ou pessoa	Uma pessoa ou grupo de pessoas com uma condição particular
I	Intervenção ou indicador	Representa a intervenção de interesse que pode ser terapêutica
C	Controle ou comparação	Definida com intervenção de padrão, a mais utilizada
O	Resultado ou outcome	Resultado esperado

Fonte: Santos, Pimenta & Nobre (2007), recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Quadro 1 – Estratégia PICO

Nesta revisão alargada da literatura procuramos dar resposta à seguinte questão: Qual a escala de avaliação da dor mais adequada em clientes críticos internados em unidades de cuidados intensivos?

Partindo desta pergunta foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Como critérios de inclusão estabelecemos:

- ✓ Estudos centralizados na temática da avaliação da dor;
- ✓ Estudos com evidência científica quantitativos ou qualitativos;
- ✓ Clientes internados em unidade de cuidados intensivos com idade igual ou superior a 15 anos;
- ✓ Submetidos a ventilação mecânica.
- ✓ Clientes sedados.

Como critérios de exclusão estabelecemos:

- ✓ Estudos em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol, por incapacidade nossa para traduzirem outras línguas.
- ✓ Estudos em que os participantes são crianças, dado que a nossa de área de atuação é na área do cliente adulto.

Na busca da melhor evidência foram consultadas fontes primárias e secundárias de bases de dados eletrónicas como Cinahal (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), Medscape (University of Phoenix, College of Nursing), MedLine (National Center for Biotechnology Information), Embase (Biomedical Answers), Cochrane, Centre for Evidence Based Nursing, SciELO (Scientific Electronic Library Online), RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e o relatório do grupo de avaliação da dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, não publicado.

A consulta foi realizada durante o mês de junho e julho de 2012, com os seguintes termos de pesquisa (em português e inglês), avaliação da dor, escalas de avaliação da dor em cuidados intensivos, dor em cliente crítico, dor nas unidades de cuidados intensivos.

Foram seleccionados estudos das bases de dados MedLine (National Center for Biotechnology Information) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Incluímos estudos relativos à espécie humana, publicações com data até 10 anos, terem texto completo disponível e em língua portuguesa e inglesa.

Como resultado dos termos de pesquisa surgiram 3707 estudos, devido ao elevado número de estudos dedicámo-nos a leitura de 350 títulos de estudos, após o que seleccionámos 50 títulos dos quais 20 foram lidos os resumos e destes escolhemos 11 estudos. Da base de dados SciELO, dedicamo-nos a 163 títulos de estudos em português, após os quais avaliamos 50 resumos, destes seleccionamos 10 estudos integrais e integramos na nossa revisão 3 estudos. Os estudos não seleccionados após a leitura dos resumos correspondiam a um dos critérios de exclusão.

No que diz respeito aos 14 estudos obtidos após a filtração apresentamos detalhadamente os quadros das evidências e os estudos encontrados de maneira a aferir a validade, os resultados e a relevância dos mesmos no apêndice 2. Para caracterizar o tipo e força da evidência dos estudos recorremos ao Bandolier Journal, Evidence-Based Everything (1995 como citado em Pereira & Bachion, 2006, p. 494).

Tal como já referido, e de acordo com os dados encontrados, a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e económicas (Bottega & Fontana, 2010). A subestimação da dor dos clientes pode ter um efeito negativo devido ao tratamento inadequado (Puntillo *et al.*, 2003). Das experiências que Granja *et al.* (2005), recolheram através de um questionário aos clientes que estiveram internados em unidades de cuidados intensivos, a dor foi descrita como uma das mais stressantes, estes resultados sugeriam a revisão do conceito da óptima analgesia.

O estudo de Nascimento e Kreling (2011), demonstra que a implementação da avaliação da dor é benéfica pois melhora o bem-estar do cliente, o facto de o cliente enquanto está no hospital não deve sentir dor se não for estritamente necessário e serve de parâmetro para a evolução do cliente. Também Ribeiro, Barreto, Hora, e Sousa (2011), concluíram que a avaliação da dor era vista por aspetos subjetivos como expressões não verbais e por aspetos objetivos através de sinais e sintomas, os enfermeiros consideram a avaliação da dor como importante, que orienta a conduta terapêutica e que no controlo da dor foram utilizadas medidas farmacológicas, não farmacológicas e combinadas.

A investigação de Payen *et al.* (2007), reflete o que realmente se faz nas unidades de cuidados intensivos em França, aponta falhas entre a prática clínica e as recomendações, encontraram taxas de avaliação de dor e sedação baixas quando comparadas com a medicação administrada, uma grande parte dos clientes avaliados apesar do uso de

opióides tiveram um aumento do nível da dor durante os procedimentos dolorosos sugerindo pouca atenção para a gestão da dor.

A avaliação da dor em cuidados intensivos continua a ser um desafio para os clínicos e pesquisadores, não existe um parâmetro específico neurobiológico para a avaliação, no entanto existem várias escalas para avaliação da dor (Ahlers *et al.* 2008). Quando os clientes críticos estão impossibilitados de autoavaliar a intensidade da sua dor a avaliação da dor deve ser objetiva através da observação de indicadores de dor (Payen *et al.*, 2001). Os indicadores de dor tem sido usados para desenvolverem as ferramentas de avaliação de dor em clientes sedados (Cade, 2008).

Vários estudos foram desenvolvidos sobre a avaliação da dor em clientes sedados e submetidos a ventilação mecânica, estas condições são observáveis nos clientes críticos internados em unidade de cuidados intensivos. Os estudos de Aissoui *et al.* (2005), Payen *et al.* (2001), Gélinas *et al.* (2004), Odhner *et al.* (2003), e Young *et al.*, (2006), testaram como ferramenta de avaliação da dor a behavioral pain scale (BPS), critical care pain observation (CPOT) e a non verbal pain scale (NVPS). Esta escala segundo Odhner *et al.* (2003), requer mais investigação pois falta um indicador de comparação que confirme que os valores mais altos ou mais baixos avaliados pelos enfermeiros refletem mais ou menos dor nos clientes.

A revisão de Cade (2008), onde o objetivo foi pesquisar se existia uma ferramenta fiável e válida para melhorar a gestão da dor nos clientes sedados e inconscientes nas unidades de cuidados intensivos, vem trazer muitos contributos a avaliação da dor, identificou três ferramentas, a behavioral pain scale (BPS), critical care pain observation (CPOT) e a non verbal pain scale (NVPS), destas a behavioral pain scale revelou-se como a que tinha melhor taxa de confiança e de validade nos clientes de unidades de cuidados intensivos e pode oferecer uma melhoria na análise fragmentada da avaliação da dor em clientes sedados e ser incorporada em protocolos e recomendações sobre gestão da dor.

Os resultados do estudo prospetivo de Payen *et al.* (2001), estabeleceram a validade da escala comportamental da dor como uma ferramenta de avaliação da dor em clientes sedados e com ventilação mecânica, demonstrando que as respostas aos estímulos nocivos e não nocivos podem ser diferenciadas com precisão em clientes sedados e com ventilação mecânica utilizando indicadores comportamentais. Já Gélinas *et al.* (2004), referem como indicadores comportamentais os movimentos corporais, a adaptação ao

ventilador, os sinais neuromusculares, o meio de comunicação, a expressão facial, a qualidade do sono e o estado neurológico.

Para além do estudo acima mencionado, Young *et al.* (2006), também validam a behavioural pain scale para clientes em cuidados intensivos através de dois procedimentos, o posicionamento e a lavagem ocular, identificaram três fatores que influenciam os valores elevados de dor, como a não administração de analgesia antes de procedimentos dolorosos, os valores também são mais altos nos clientes ventilados por traqueotomia e nos clientes cirúrgicos. Aissaoui *et al.* (2005), referem que esta escala tem boas propriedades psicométricas, todas as subescalas contribuem para a avaliação da dor global, o que teve maior contributo foi a expressão facial, seguido dos movimentos dos membros superiores e finalmente a adaptação ao ventilador, demonstra também boa visibilidade e o tempo requerido para fazer a avaliação é de quatro minutos.

Os clientes críticos ao longo do internamento passam por várias fases, uma em que estão sedados e com ventilação mecânica e outra em que estão acordados e conseguem avaliar a intensidade da sua dor com recurso a escalas adequadas. Ahlers *et al.* (2008), fizeram a comparação do sistema de pontuação de dor entre a escala comportamental e a escala numérica, a escala comportamental reflete o comportamento objetivo num determinado momento enquanto a escala numérica representa a visão global da dor incluindo diversos fatores contextuais, estas escalas demonstraram uma taxa de confiança elevada.

O Grupo de Avaliação da Dor (2011), no estudo multicêntrico realizado nas unidades de cuidados intensivos portuguesas referem que conseguiram uma sensibilização nacional para a importância da avaliação da dor, utilizando a escala comportamental da dor nos clientes sedados e com ventilação mecânica e a escala numérica nos clientes que conseguem autoavaliar a sua dor.

Já Puntillo *et al.* (2003), concluíram que a autoavaliação da dor com recurso a escala numérica era um importante passo para melhorar a gestão da dor nas unidades de emergência dado que existiram diferenças no nível de intensidade de dor quando esta é avaliada pelos clientes ou pelos enfermeiros. Também Calil e Pimenta (2005), investigou a escala numérica aplicada clientes de trauma, referem que a dor aguda é comum no trauma, a intensidade varia entre intensa e moderada. Os clientes permaneceram pelo menos três horas sem analgesia, o uso de opióides é restrito.

Finalizando a revisão alargada da literatura e dos estudos analisados verificámos que a questão da avaliação da dor em clientes críticos, nas unidades de cuidados intensivos, a nível internacional é um problema que tem sido discutido há mais de uma década, no nosso país este assunto começa agora a ser investigado, com o estudo de opinião dos enfermeiros de cuidados intensivos realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, como referido anteriormente. O estudo de Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), permitiu a adaptação cultural e as propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala behavioral pain scale, referem que o uso da escala requer formação em avaliação de dor e treino na sua aplicação. Este estudo publicado na revista de enfermagem Referência vem apresentar evidência nacional da nossa área temática.

Após a análise de todos os estudos e de acordo com os critérios de Berwanger *et al.* (2007), nomeadamente a questão estruturada, tendo sido realizado uma busca abrangente, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão, foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos, extraídos os resultados e que são aplicáveis na prática consideramos que podemos responder a nossa pergunta inicial, assim nos clientes sedados e ventilados podemos recorrer a escala comportamental da dor enquanto nos clientes acordados podemos utilizar a escala numérica.

Apresentamos de seguida o projeto de intervenção em serviço.

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Nesta parte do relatório faremos a contextualização do local de estágio que é o mesmo da prática profissional diária e apresentamos o trabalho de projeto desenvolvido, abordando todas as fases desta metodologia.

2.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Encontramo-nos a desempenhar funções numa unidade de cuidados intensivos de um Centro Hospitalar da área de Lisboa, que é uma unidade de cuidados intensivos polivalente. Colaboramos com a Enfermeira Chefe na gestão do serviço, sendo coordenadores de uma das equipas de enfermagem.

Consideramos que as unidades de cuidados intensivos diferenciam-se dos outros serviços pelo desenvolvimento tecnológico, de monitorização e da intervenção terapêutica, pelas competências dos recursos humanos e pela prestação de cuidados diferenciados a clientes críticos.

O serviço / unidade de cuidados intensivos tem três critérios major:

- ✓ A prática: assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do cliente, 24h por dia.
- ✓ A avaliação: faz-se de harmonia com a função atribuída a cada serviço/unidade de cuidados intensivos. A natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída a cada serviço/unidade de cuidados intensivos. É a análise destas variáveis, quando feita de acordo com os objetivos, que permite definir os recursos necessários para cada serviço/unidade de cuidados intensivos, bem como avaliar o respetivo desempenho.
- ✓ A investigação: a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos clientes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular

experiência, sistematizar a “memória do serviço/unidade de cuidados intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais (Direção Geral da Saúde, 2003).

Em relação às patologias, recebe clientes de várias valências sendo as mais frequentes: medicina, cirurgia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, urologia, cardiologia e traumatologia.

Somos enfermeiros nesta unidade há treze anos, prestamos cuidados a clientes que no momento estão hemodinamicamente instáveis necessitando de cuidados diferenciados avançados e dependentes de fármacos em perfusão contínua, com suporte ventilatório ou em período de desmame. Alguns clientes necessitam de técnicas avançadas de suporte de vida como por exemplo técnicas de substituição renal como hemodiálise, hemodiafiltração venovenosa contínua, sendo de extrema importância a personalização dos cuidados devido ao índice de gravidade e dependência dos clientes. A tomada de decisão assenta em princípios como o conhecimento específico, a prática e o tempo que se dispõe para se executar os procedimentos.

O método de trabalho é o individual, cada enfermeiro é responsável por uma sala, rácio enfermeiro-cliente é 1:2, prestando cuidados personalizados e diretos, utilizando os recursos apropriados, não esquecendo o trabalho de equipa e visando a eficácia dos cuidados.

Este método de trabalho baseia-se no conceito de cuidado global. A prestação de cuidados não é dividida durante o turno de trabalho. Os cuidados são da responsabilidade do enfermeiro da sala, este determina as necessidades, estabelece prioridades, executa e avalia os resultados dos cuidados, tem o poder e a responsabilidade da decisão tomada.

A organização global dos cuidados em face das necessidades de um cliente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o cliente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assenta principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível (Pinheiro como citado em Costa, 1999, p.29).

Os recursos humanos da unidade são constituídos por cinco equipas que trabalham em horário rotativo, a 35 ou 40h horas semanais consoante o tipo de vínculo e ainda mais cinco enfermeiros que realizam o horário das 8h-16,30h, a Enfermeira Chefe, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e em médico-cirúrgica, e dois enfermeiros que colaboram na gestão da unidade. As equipas de horário rotativo são

constituídas por um responsável de equipa e entre dez e doze enfermeiros com diferentes níveis de desenvolvimento profissional, sendo o horário realizado manhã-tarde-descanso-noite-folga.

Tal como já referi somos coordenadores de uma equipa com 11 elementos, com idades que variam entre os 25 e os 46 anos de idade, com um tempo de experiência média de 16 anos.

A unidade é constituída por seis salas de cuidados intensivos, com uma lotação de 12 camas, uma sala para dois clientes com ventilação mecânica prolongada invasiva e duas salas de cuidados intermédios de nível I com capacidade para seis clientes. Existe também uma sala de isolamento para internamento de clientes ventilados com tuberculose pulmonar, uma sala para colocação de electrocatéter e estimulador cardíaco externo e ainda uma sala de hemodiálise para clientes internados no hospital e externos a unidade com uma lotação de duas camas.

Devido ao acelerado ritmo de mudança nas organizações hoje em dia, mudamos de chefia no mês de junho de 2012, a anterior Enfermeira Chefe envolvia os elementos nas mudanças a realizar, comunicando as mesmas com antecedência nas reuniões periódicas que tinha com cada equipa ou através dos responsáveis de equipa, considerava-a como uma líder transformacional

A liderança é o processo de influenciar os outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer, ou ainda, a capacidade para influenciar um grupo e atuar no sentido de prossecução dos objetivos definidos pelo grupo (Teixeira, 2005).

Todo o líder transformacional é um líder carismático, na medida em que é visto como heróico e tem um profundo e extraordinário efeito nos seguidores (Bilhim, 2006).

A liderança transformacional envolve, fundamentalmente, a mudança dos valores, dos objetivos e das aspirações dos colaboradores, de modo que sejam intrinsecamente motivados para o bom rendimento no trabalho (Rezende, 2010).

Passamos de seguida a apresentar o trabalho de projeto.

2.2 – TRABALHO DE PROJETO

O projeto foi desenvolvido ao longo dos dois estágios do 2º Curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O primeiro que decorreu de 13 de Outubro

de 2008 a 7 de Fevereiro de 2009 com uma carga horária de 163 horas, correspondendo a 6 créditos, realizamos um portefólio de aprendizagens com os objetivos de identificar, fundamentando uma problemática do âmbito da enfermagem médico-cirúrgica existente no nosso contexto de exercício, refletindo à luz do enquadramento teórico e propusemos soluções em termos de planeamento cruzando com as necessidades, os interesses e aportes teóricos específicos enunciando as estratégias e as intervenções a desenvolver para minimizar a situação.

O segundo estágio que decorreu entre 9 de Março e 19 de Junho de 2009 com uma carga horária de 378 horas, o que corresponde a 14 créditos, permitiu-nos selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, aptidão no agir e no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio. Compreender e conhecer conceitos e teorias nos diferentes campos de intervenção. Analisar, elaborar e implementar resultados de investigação e os contributos da evidência para a resolução dos problemas atendendo e respeitando os valores relevantes. Integrar equipas multidisciplinar de forma proativa. Desenvolver a capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação dos pares integrando a investigação e as políticas de saúde e evidência de competências específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

O projeto de intervenção foi desenvolvido tendo por suporte a metodologia de projeto. Na nossa opinião baseia-se numa investigação sobre um determinado problema que é identificado, consistindo na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução. O projeto completo pode ser consultado na íntegra no apêndice 3.

A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010).

Este nosso trabalho projeto demonstrou o desempenho profissional, o desenvolvimento das competências e conhecimentos que têm por base a prática, valoriza a autonomia, a iniciativa e a motivação. A realização do trabalho possibilitou-nos abordar a realidade profissional segundo uma perspetiva de resolver problemas, tornando-nos o elemento ativo, participante e envolvido nesta resolução de problemas.

O trabalho projeto é um método de trabalho que requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, planejado e organizado de comum acordo. O trabalho é orientado para a resolução de um problema (Castro & Ricardo, 2002).

É uma metodologia que envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempos de planificação e de intervenção com a finalidade de responder a problemas encontrados, problemas considerados de interesse pelo grupo e com enfoque social. Contempla a recolha e tratamento de dados, estudo de propostas de solução e avaliação contínua (Leite, Malpique & Santos, 2001).

A Enfermeira Chefe e a restante equipa de enfermagem da Unidade estiveram sempre empenhadas na busca de melhores respostas em cuidados aos cidadãos, na excelência dos cuidados.

A unidade iniciou em 2005 a avaliação de parâmetros que vão de encontro aos indicadores dos padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros. Desde de janeiro de 2006 que a unidade tem implementado a norma de procedimento da avaliação da dor, a norma pode ser consultada no anexo 1.

Adotamos para este trabalho projecto as fases que consistem em: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; definição de objectivos; selecção de estratégias e organização dos meios; e execução (Tavares, 1992).

O **diagnóstico da situação** foi feito em dezembro de 2008, esta prioridade surge pelo nosso interesse na temática da dor, pela necessidade de se avaliar a dor em clientes críticos e pela entrevista não estruturada com a Enfermeira Chefe, que validou esta prioridade, pode ser consultada no anexo 2.

Propusemo-nos a avaliar se a norma de procedimento de avaliação da dor era cumprida pelos pares pois desde a sua implementação não tínhamos qualquer tipo de avaliação da sua aplicação.

Fazer o diagnóstico da situação exige à partida o conhecimento do significado de dois conceitos importante, o de problema e o da necessidade. Problema corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo/ comunidade e a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado (Tavares, 1992).

Optamos por este método de diagnóstico e de estabelecimento de prioridades pois a Enfermeira Chefe é uma perita na área. Consideramos hoje que talvez não tenha sido o

método ideal, pois poderíamos ter recorrido a outras ferramentas de diagnóstico que tivemos conhecimento e possibilidade de trabalhar ao longo do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

São exemplos dessas ferramentas, a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). É um instrumento de análise de falhas que é utilizado em múltiplas áreas de atividade incluindo a saúde. Consiste em identificar em cada etapa, as falhas que normalmente ocorrem, os respetivos efeitos e as causas que provocam essas falhas (Fragata & Martins, 2008).

Outra ferramenta tal como os autores supra citados referem, a Stream Analysis, é uma representação gráfica que tem como objetivo ultrapassar as falhas apresentadas por exemplo na Failure Mode and Effect Analysis, aprofundando o estudo que se está a realizar. Baseia-se na construção de um mapa que tem três colunas, o diagnóstico do problema, o planeamento e a intervenção.

Existem autores que a consideram fundamental em enfermagem como Pereira (2009) que refere que a adaptação da FMEA à saúde foi desenvolvida pelo Department of Veterans affairs do National Center for Patient Safety e adotado pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, no processo de acreditação dos hospitais (Ruivo *et al.* 2010).

Podíamos ter utilizado a análise swot, na sua aplicação prática divide-se em dois tipos de ambientes, o ambiente interno, aquele que é controlado por quem comanda a organização e que tem como principais variáveis os pontos fortes e os pontos fracos. E o ambiente externo, que fica fora do controle da organização, constituído pelas oportunidades e pelas ameaças (Chiavenato, 2007).

Para melhor demonstrar as dificuldades do nosso projeto de intervenção no diagnóstico construímos uma análise swot.

Figura 1 – Análise swot da fase de diagnóstico do trabalho projeto



Passando aos objetivos, a elaboração dos destes correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo. Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Estabelecemos como **objetivos** para este trabalho projeto:

- ✓ Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor;
- ✓ Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros da Unidade;
- ✓ Realizar sessões de formação em serviço;
- ✓ Propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.

A definição rigorosa e exacta dos objetivos de uma dada ação, permite evitar eventuais problemas no momento da avaliação dos mesmos, além de que permite orientar para os esforços necessários e meios disponibilizados para que estes sejam alcançados (Ruivo et al., 2010).

Delineei estratégias com ajuda da Professora Alice Ruivo para atingir os objetivos propostos.

As estratégias são um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos (Tavares, 1992).

Utilizamos como estratégias a pesquisa bibliográfica, o conhecimento e experiência das Enfermeira Chefe e Professora Alice Ruivo, recorreremos aos pares, à consulta dos processos clínicos dando especial atenção aos registos de enfermagem.

O cronograma, como ferramenta importante na gestão dos cuidados, inicialmente o previsto sofreu grandes ajustes, a nível de estratégias e a nível temporal, foi elaborado um novo cronograma de acordo com as atividades desenvolvidas ao longo do trabalho projeto, foram cumpridos os prazos, podemos consultá-lo no apêndice 4.

Nesta fase de planeamento no primeiro semestre da Pós Graduação, na realização do portefólio, não mencionamos os recursos financeiros nem prevemos os gastos económicos com papel, tinteiros, fotocópias e manutenção do equipamento. Deve fazer-se um rigoroso cálculo económico de modo a que a concretização dos objetivos seja uma realidade.

Existiam cinco **atividades / estratégias** que eram comuns a todos os objetivos, como a pesquisa bibliográfica, as entrevistas não estruturadas com os pares, as entrevistas semiestruturadas com Enfermeira Chefe, as reuniões em contexto de estágio e a revisão alargada da literatura.

A pesquisa bibliográfica é um processo de construção de conhecimento que tem como objectivo criar novo conhecimento ou reforçar o que já existe.

É uma etapa fundamental em todo o trabalho científico que influenciará todas as etapas de uma pesquisa (Amaral, 2007). O acesso a bibliografia foi feito de duas maneiras, através da consulta de livros e artigos de revistas científicas e eletronicamente.

As entrevistas não estruturadas com os pares são muito importantes dado que em contexto não formal a expressão de opiniões, críticas, ideias se fazem de forma natural sem receio de mal interpretado. As entrevistas semiestruturadas com Enfermeira Chefe são essenciais pois é o elemento fundamental na orientação da unidade, são úteis e proveitosas pois permitem a orientação do projeto tendo por base os seus objetivos para a unidade.

As reuniões em contexto de estágio permitiram de acordo com as diretrizes do orientador se obtenha os melhores resultados de forma a dar visibilidade e incentivar os pares quer a melhorar a prática quer a mudanças de comportamento.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação (Fortin, 2000)

Na **execução** do trabalho projeto e durante a realização do relatório no segundo semestre da Pós Graduação optamos por estruturar a execução do trabalho projeto pelos objetivos definidos. Elaboramos um quadro por cada objetivo que era constituído pelas actividades/estratégias, pelos recursos utilizados, pelo período de tempo e pela forma de avaliação/ indicadores de avaliação.

No primeiro objetivo, **avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor na Unidade.**

As normas de procedimento contêm uma descrição detalhada sequencial de como uma atividade deve ser realizada, permite organizar os procedimentos na equipa e facilita a integração de pessoal, tem como características: são baseadas em princípios científicos, carece de atualização e de avaliação contínuas. São de carácter técnico podem ser uniformes para toda a organização, estruturada em forma textual ou em colunas apresentando lado a lado os passos do procedimento e a justificação. É revista sempre por elementos científicos ou alterações da prática o justifiquem (Nunes, 1999).

Por registos de enfermagem entende-se que seja o conjunto de informações escritas produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Realizamos a consulta dos registos de enfermagem durante o mês de abril de 2009. No início da consulta dos registos de enfermagem surgiram dúvidas e colocamos as possíveis hipóteses de como fazer: se a todos os clientes internados e todos os dias; se a todos os clientes e um dia específico da semana; se apenas a metade dos clientes; ou se escolhíamos um determinado cliente e o analisávamos em todo o seu internamento.

Em reunião com Enfermeira Chefe em março de 2009 e com a concordância da Professora Alice, optamos por realizar consulta dos registos de enfermagem a todos os clientes internados na unidade de cuidados intensivos uma vez por semana, escolhemos como dia da semana o sábado, a recolha de dados foi efetuada por nós de forma que os dados obtidos são precisos, fiáveis e válidos. Recolhemos os dados nos dias 04, 11, 18 e 25 de abril de 2009. Elaboramos uma grelha para fazer os registos da recolha de dados que pode ser consultada no apêndice 5.

Fizemos a análise descritiva dos dados obtidos, com a respetiva interpretação dos dados fundamentados com revisão alargada da literatura, sentimos necessidade de elaborar instrumentos de ajuda para uma melhor interpretação dos mesmos.

No mês de abril foram internados na unidade vinte e quatro clientes. Como critério de inclusão no estudo estabelecemos que seriam avaliados após as vinte e quatro horas de internamento, pois as primeiras horas, devido à grande instabilidade que o cliente se encontra e a multiplicidade de técnicas realizadas, valores e fins superiores se impõem além de que as primeiras vinte e quatro podem ser decisivas na recuperação do cliente ou não.

Da totalidade de clientes internados, três faleceram em vinte e quatro horas. Fizemos uma tabela que demonstra a relação entre os diagnósticos e a idade dos clientes, sendo o diagnóstico mais frequente a insuficiência respiratória aguda e a idade dos clientes variando entre 32 anos e os 86 anos de idade.

Dos vinte e um clientes avaliados verificamos que a maioria tinha analgesia em perfusão contínua, como alfentanil ou tramadol. Através da análise dos resultados verificámos que a avaliação que predomina nos registos consultados é duas vezes por dia, sendo o turno da noite o que obtém mais avaliações, concluímos que a norma neste ponto não está a ser cumprida pois está preconizado a avaliação uma vez por turno e sempre que se justifique. A intensidade da dor varia entre cliente sem dor, dor ligeira ou dor moderada. Podemos consultar o quadro de verificação da avaliação da dor no apêndice 6.

Observámos que a intensidade da dor não está relacionada diretamente com o turno em causa, pois o turno da manhã devido as práticas atribuída como por exemplo os cuidados de higiene e conforto, as mobilizações mais frequentes devido à observação de diversas especialidades, a realização de pensos extensos pelas especialidades como no caso de cirurgia plástica e reconstrutiva ou cirurgia vascular, a necessidade de cateterização de acessos por falta de lumens para iniciar protocolos antes da realização de determinados exames, poderiam elevar a intensidade da dor, dado que se tratam de procedimentos dolorosos confirmados pelos estudos de Aissaoui *et al.* (2005) e o estudo de Payen *et al.* (2001).

Os níveis de intensidade da dor surpreenderam-nos pois a dor é um fenómeno individual, subjetivo e que apenas o próprio cliente é capaz de avaliar, mas aqui neste tipo de clientes colocaram-se-nos duas questões dado a condição de clientes críticos, pois alguns não conseguem verbalizar ou comunicar através de mímica ou gestos.

Dos resultados obtidos levantamos duas questões pertinentes. Será que os enfermeiros da Unidade estão despertos para avaliar a dor através de fatores fisiológicos como a interpretação dos sinais vitais, o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial e da frequência respiratória que traduzem desconforto e dor ou através de fatores comportamentais como a inquietação, agitação psicomotora, a dificuldade em se adaptarem ao ventilador, a posição que adota na cama, a expressão facial quando são mobilizados, a sudorese e muitos mais sinais visíveis? E será que a própria experiência de dor e profissional do enfermeiro influencia a capacidade de avaliar a dor através dos fatores supra enumerados?

Pois se um enfermeiro já vivenciou situações de dor decerto que estará mais disponível para se colocar no lugar do outro do que um enfermeiro que devido quer ao seu ciclo vital quer a sua experiência profissional nunca experienciou a vivência da dor.

Num estudo realizado, os autores constataram como primeira categoria a sensibilização dos profissionais para a dor, a ação do enfermeiro em relação à dor desencadeia-se pela sensibilidade, pois revive a sua própria experiência dolorosa e passa a valorizar a situação do cliente (Viana, Dupas & Pedreira, 2006).

Da consulta realizada verificámos que o item - atuar de acordo com os resultados obtidos e registo em notas de enfermagem do diagnóstico da situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos também não estavam a ser registados a exceção de um único registo de ação desenvolvida, que de acordo com a avaliação, que consistiu em administração pontual de analgésico endovenoso, mas que não foi registado em notas de enfermagem nem feita a reavaliação da dor.

Para conseguirmos dar resposta às hipóteses colocadas e também para avaliar outros pontos que constam da norma de procedimento e que não conseguimos avaliar através da consulta dos registos, passamos a analisar o objetivo seguinte.

Em relação ao segundo objetivo, **determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros da Unidade**, elaboramos um questionário que após a concordância das Enfermeira Chefe e Professora foi aplicado, pode ser consultado no apêndice 7.

A população alvo era constituída por cinquenta e cinco enfermeiros que prestam cuidados personalizados, diretos e globais aos clientes. Aplicamos o pré-teste a três enfermeiros, não existiu qualquer dúvida ou hesitação no seu preenchimento. A amostra foi acidental, selecionamos vinte e oito enfermeiros para realizarem o questionário, este número representa 51% da população total.

A amostra acidental é uma amostra de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento (Fortin, 2000).

Aquando da entrega dos questionários aos pares, foi explicada a natureza do estudo, dando ênfase ao facto que se pretendia melhorar os cuidados de enfermagem. Foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado e do anonimato, os participantes referiram verbalmente a disponibilidade para participar no estudo depois de devidamente informados. O anonimato foi garantido, atribuímos um número árabe aos questionários preenchidos, a entrega destes aconteceu nos dias 26, 27 e 28 de maio de 2009. Sentimos a necessidade de elaborar um instrumento para compilar os resultados dos questionários.

Da análise dos vinte e oito questionários e após a elaboração de um instrumento, que pode ser consultado apêndice 8, verificamos que a maioria dos inquiridos considera o sintoma dor como imprescindível de avaliar.

Os clientes criticamente doentes sentem dor considerável oriunda de condições patológicas, lesões, intervenções terapêuticas como a cirurgia e múltiplos procedimentos diagnósticos e invasivos. Mesmo os clientes que parecem inconscientes sentem dor (Swearingen & Keen, 2005).

Os inquiridos referem que têm conhecimento da norma de procedimento da unidade e que avaliam a intensidade da dor pelo menos uma vez por turno. Cumprem quase na íntegra todos os pontos da norma como dirigir-se ao cliente pelo nome, 64 % explicam o procedimento que pretendem realizar, 71% asseguraram-se que o cliente compreendeu a informação, 82% solicitam ao cliente que classifique a intensidade da dor, todos registam o valor obtido numa das colunas identificadas por sinais vitais, 92% atuam de acordo com o resultado obtido e 89% registam em notas de enfermagem, o diagnóstico da situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos. Esta atuação não foi possível de avaliar durante a recolha dos dados pois não aparece registada em notas e o que não é registado é considerado como não foi feito.

A avaliação da dor envolve o tipo, a gravidade, a localização, quando se deu o início, a duração e a história de dor prévia (Kazanowski & Lacetti, 2005).

Por tudo o que foi referido consideramos que o enfermeiro ainda encontra dificuldades em colocar em prática o processo de avaliação da dor pois por um lado considera que devido a sua experiência sabe mais que os clientes sobre a sua dor e corre o

risco de os substituir e por outro lado é a insegurança que sente quando sabemos o que o cliente vai dizer e acreditar no que ele nos diz.

É difícil na prática profissional quotidiana, aceitar que a dor é “o que o cliente diz sentir”, palavras verdadeiras, palavras que devemos acreditar mas ainda com demasiada frequência postas em causa. Dúvidas como “ele diz... mas está a exagerar”, tentações como “eu, como prestador de cuidados conheço bem esta patologia, eu é que sei” surgem frequentemente (Metzger et al., 2002).

Também a maioria dos pares referem que têm em atenção as manifestações de dor e consideram importante prevenir a dor, afirmam que cumprem a norma de procedimento e gostariam de ter formação sobre a dor enquanto fenómeno sensorial e emocional desagradável.

Na pergunta aberta de sugestões, a maioria sugeriu a reestruturação da norma seguidamente de formação sobre terapias complementares para alívio da dor e maior sensibilização face à dor por parte da equipa médica.

O questionário terminava com três perguntas relacionadas com os padrões de qualidade em cuidados de enfermagem, às quais os colegas responderam afirmativamente ao facto de terem conhecimento sobre os padrões de qualidade em cuidados de enfermagem, que na unidade existem projetos implementados nesse âmbito e que a avaliação da dor é uma área de investimento dos padrões de qualidade.

O terceiro objetivo do trabalho projeto, **realizar sessões de formação sobre a dor** foi modificado para outra ferramenta como mais a frente explicamos.

A formação deve agir ao nível das práticas para explorar, simultaneamente a origem esquecida, a proveniência, e a realização possível e escolhida, o projeto. A ação de formação deve-nos conduzir ao coração das nossas práticas, nas situações onde agimos e estimular-nos a compreender-lhes o sentido relativamente à saúde (Honoré, 2002).

A formação em enfermagem permite aprender, aprofundar e atualizar conhecimentos. Regularmente fazemos na unidade sessões de formação sobre técnicas e procedimentos pois existem e sempre existirá enfermeiros em diferentes níveis de desenvolvimento como também para mudar comportamentos de acordo com a última evidência.

O nosso plano de formação do serviço estava totalmente programado para o ano de 2009 e não houve possibilidade de reajustar pois já tinha sofrido três ajustes para que

outro colega tivesse oportunidade de avaliar o seu projeto, dois reajustes em um mês era demasiado e a taxa de adesão desceria consideravelmente.

Na entrevista semiestruturada com Enfermeira Chefe decidimos que como ferramenta de divulgação dos dados utilizar a carta personalizada e entregar diretamente aos colegas. Esta metodologia de comunicação individual é utilizada pela chefia permitindo informar todos os enfermeiros, utilizando a mesma linguagem não correndo o risco de possível deturpação da informação e quase que em simultâneo, com possibilidade de questionar depois e sem argumento que não tiveram conhecimento.

Atendendo a eficácia desta metodologia da Enfermeira Chefe como forma de divulgar os resultados dos questionários elaborámos uma carta que entregámos a todos os enfermeiros da unidade dando conhecimento dos resultados do questionário e dos resultados da recolha de dados dos registos de enfermagem. A carta de divulgação dos resultados pode ser consultada no apêndice 9.

Prevemos entregar as cartas aos enfermeiros a partir de 22 de junho mas dado que vários colegas frequentam o mesmo curso tive que adiar a entrega para os dias 13 a 17 de julho, ficando em nossa posse as cartas que não foram entregues, para o fazer posteriormente, dado ser período de férias.

A ideia de realizarmos a avaliação das cartas no mês de novembro/ dezembro de 2009 devido ao facto de ser preciso fazer uma reavaliação dos registos de enfermagem no que diz respeito ao registo da avaliação da dor e avaliar todos os clientes todos os dias, não foi possível de concretizar pois em fins de outubro foi solicitada a nossa presença, dado sermos os elementos dinamizadores da avaliação da dor na unidade, numa reunião da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em novembro de 2009 em Tomar onde tomamos conhecimento do projeto do plano nacional de avaliação da dor em cuidados intensivos.

No dia 13 de janeiro de 2011 estivemos presentes noutra reunião na Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos onde esclarecemos dúvidas e tivemos acesso ao plano nacional de avaliação da dor assim como as diretrizes do estudo multicêntrico no qual participariam todas as unidades de cuidados intensivos do país com o objetivo de designar uma escala comportamental para avaliar a dor em clientes críticos, que não comunicam, sedados e submetidos a ventilação mecânica como já foi referido anteriormente e iremos especificar mais à frente neste relatório.

Focando o quarto objetivo do trabalho projeto, **propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor**, devido aos resultados obtidos julgámos ser pertinente fazer uma proposta de reestruturação da norma de procedimento, a questão que se colocava é se deveríamos propor ou não uma alteração da escala da dor, este assunto é demasiado complexo e abrangente pois tem em causa o tipo de clientes que a unidade recebe, que apresentam um estágio em que colaboram e outro em que não ou inversamente.

Salientámos que apesar de algumas falhas que existem a atual escala é utilizada e desperta a atenção dos enfermeiros para a presença de dor nos clientes hemodinamicamente instáveis e a necessidade de ser avaliada.

Num estudo que analisamos na revisão alargada da literatura no primeiro capítulo, referem que apesar dos avanços científicos no mecanismo da dor, nos métodos multidimensionais e na analgesia, a avaliação da dor nos clientes críticos especialmente nos que não conseguem comunicar continua a ser um desafio para os profissionais (Aissaoui *et al*, 2005).

Dado que o estado do cliente é inconstante, ou seja, pode entrar num estado crítico, hemodinamicamente instável, sedado, analgesiado, ventilado ou com depressão induzida do estado de consciência e passado alguns dias recupera a estabilidade e consegue comunicar quer seja por gestos, por mímica, através do abecedário ou simplesmente comunicando verbalmente. A situação inversa também acontece, o cliente é internado na unidade de cuidados intensivos para vigilância e dá-se o agravamento do seu estado.

A mesma escala de avaliação de dor não comporta estes vários estádios do cliente, pelo que a avaliação da dor no caso que os clientes não conseguem ou não podem classificar a intensidade da sua dor esta é avaliada de forma objectiva pelos enfermeiros.

Elaborámos a reestruturação da norma de procedimento em junho 2009, reunindo posteriormente com a Enfermeira Chefe acordamos ser a ocasião certa para realizar uma reestruturação da norma de procedimento que foi apresentada à Enfermeira Chefe em suporte papel e digital.

Na reestruturação da norma tivemos em conta as possíveis situações dos nossos clientes e assim elegemos uma escala comportamental para clientes sedados e ventilados apesar de não estar validada, mas como o objetivo final de avaliar apropriadamente a dor nestes clientes. Nos clientes conscientes e de acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde (2003) seleccionámos a escala numérica.

A reestruturação foi aprovada, não se encontra em prática na sua totalidade devido ao estudo da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, podemos consultá-la no apêndice 10.

A avaliação de um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objetivos. Assim, podemos ter uma lista dos objetivos iniciais e verificar se cada um foi atingido. Em caso positivo, torna-se necessário questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo ou se, após o término do projeto, constata-se que o mesmo não era relevante, e quais as possíveis justificações (Ruivo *et al.*, 2010).

Podem ser utilizados vários instrumentos de avaliação para a **avaliação do projeto**, como a observação, a entrevista, os questionários. Tinha planeado recorrer à observação participante como forma de proceder a avaliação do trabalho projeto.

É a observação e registo directo de dados que exigem que o investigador se torne parte da cultura que está a estudar (Streubert & Carpenter, 2002).

Dado o desenvolvimento do projeto e com o surgir de outros objetivos este tipo de avaliação já não tinha sentido. A avaliação do trabalho projeto deve ser precisa e pertinente, fica em aberto, para realizar quem sabe no seguimento do percurso académico pois não obtivemos resultados na verificação de todos os itens da norma.

Escolheríamos as escalas de avaliação como instrumento de avaliação do projeto, se o tivéssemos que o fazer, são escalas tipo likert, onde o participante pode escolher o posicionamento da resposta em cinco posições diferentes de forma gradual.

Pensamos que com a escala a nível nacional e a sua avaliação na unidade estaremos em posição para elaborar uma norma de qualidade em avaliação da dor. As normas de qualidade são o objetivo final da unidade dado que conseguem medir a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e permite identificar erros. Esta norma é elaborada tendo em conta os critérios de estrutura, os critérios de processo e os critérios de resultados, implica a colaboração de toda a equipa multidisciplinar.

As normas de qualidade de cuidados existem no sentido de afirmar um conjunto de atributos ou indicadores de uma organização, que determinam o valor ou o bem de uma acção (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Daí a importância da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem conforme o artigo 30º, nº1 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em Dezembro de 2001.

A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam e nunca foi tão importante como agora. Existem várias razões para a necessidade crescente da garantia da qualidade, uma das razões é a expectativa do cliente que é alvo dos cuidados (Sale, 1998).

A qualidade é a excelência dos cuidados ou o que existe de melhor. A excelência é a procura constante, um caminho, não é a meta absoluta mas um caminhar permanente. A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica condições de trabalho que permitam a excelência do exercício profissional. Na perspectiva do enfermeiro é um direito e também um bem social considerado indispensável à realização do ser humano. Por outro lado, porque as adequadas condições de trabalho para o enfermeiro e demais profissionais da saúde são um suporte fundamental para garantir o direito ao cuidado de todas as pessoas que recorrem às organizações de saúde (Nunes *et al.*, 2005).

A divulgação dos dados obtidos é uma etapa igualmente importante, pois é a partir desta que se dá conhecer ao mundo o trabalho realizado, qual o percurso que se seguiu e o grau de pertinência do projeto, traduz os esforços que os profissionais fazem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e os dados podem ser utilizados por outros profissionais que desempenham funções noutra organização.

A minha forma de divulgar os resultados foi a elaboração do relatório de semestre que apresentei no fim do 2º semestre da Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica desta escola.

Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, ao longo da sua prática, de modo a aperfeiçoar as suas competências (Craig & Smith, 2004).

A prática baseada na evidência tal como já foi referido, traz vantagens, consideramos que proporciona a reunião de saberes e estimula a formação contínua dos enfermeiros, confere rigor científico à prática, justifica a prática com conhecimentos sujeitos a evidência, contribuí para a mudança da cultura organizacional adotando novos comportamentos e contribuí para a melhoria dos cuidados de saúde prestados. Possibilita ainda a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, família e comunidade, uma vez que permite ao enfermeiro o pensamento crítico e a competência clínica.

Ao terminar este projeto pensamos que apesar de termos tido dificuldades no diagnóstico conseguimos dar resposta a todos os objetivos com estratégias alternativas,

concluímos, que por vezes o que se diz não é feito na prática, mas serviu sobretudo para alertar para o fenómeno da dor que estava um pouco esquecido na nossa unidade, pouco valorado, não era avaliado e demonstrar que a nossa escala não era de forma nenhuma a escala adequada. Este projeto permitiu-nos dar continuidade a esta temática na unidade até aos dias de hoje.

Salientamos, apesar de toda a carga de trabalho que um enfermeiro de cuidados intensivos têm, que pela análise das horas de cuidados necessários média por cliente de acordo com os resultados de Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS 28) de 2011 são de 18 horas diárias, conseguem aderir espontaneamente a projetos na área da melhoria contínua da qualidade como era este projeto.

O estudo nacional da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos vem ajudar-nos na nossa preocupação em ser necessário e urgente recorrer a uma escala adequada aos nossos clientes, conseguindo dar formação e envolver toda a equipa neste estudo, reforçando a necessidade de avaliar a dor.

Após o conhecimento dos resultados através do relatório preliminar do grupo de avaliação da dor fizemos sessões de formação a todas as equipas sobre a implementação das escalas na unidade e elaborámos um folheto que distribuímos por todos os pares com as respetivas escalas e as recomendações para auxiliar no procedimento.

Os resultados deste estudo, como é referido ao longo de todo o relatório, são apenas e por enquanto de opinião, mas tendo por base as suas recomendações elaboramos uma norma de orientação clínica que se encontra para avaliar pela Enfermeira Chefe. No entanto já existe a adaptação cultural e as propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala behavioral pain scale como referido anteriormente.

Finalmente após todo o trabalho de consulta e de análise dos dados colhidos relativamente às observações efetuadas serão apresentados a toda a comunidade os resultados de todos este grupo de trabalho, quer da consulta de opinião quer da validação psicométrica das escalas de avaliação da dor (Grupo avaliação da dor, 2011).

Atualmente na unidade temos implementado a escala comportamental da dor e a escala numérica, fizemos uma avaliação de registos em julho e agosto, verificamos que é necessário fazer a avaliação sistemática e também incentivar para os registos, iremos investir no reforço da importância desta avaliação aos pares. Estamos a construir uma base de dados para cruzamento dos mesmos, sendo o nosso objetivo a elaboração de um protocolo de analgesia.

Passamos de seguida a reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica e competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde.

3 – REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICAS DAS COMPETÊNCIAS

As profissões existem para poder dar resposta às necessidades da sociedade, são exercidas a tempo inteiro, como nome distinto, delimitam o seu campo especial de responsabilidades ou de competência, é definido um código deontológico e é necessário autorização para exercer a profissão (Graça, 2000).

A sociedade espera dos profissionais de enfermagem intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas e no dos cuidados de reparação, baseados em fundamentos científicos sólidos, actuais e em estratégias, procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes na ajuda aos clientes e sua família para a resolução de problemas de saúde (Nunes *et al.*, 2005).

Os enfermeiros dirigem a sua intervenção para a pessoa tendo em conta o ambiente de forma a estabelecer uma relação terapêutica. Existe uma parceria com o cliente como é descrita no Código Deontológico do Enfermeiro. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive.

Devido ao abrangente conhecimento e a incapacidade de o abranger está a desaparecer as áreas generalistas e a surgirem áreas de especialização. Os cursos de especialidade em enfermagem iniciaram-se em 1978 pela especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiatria (Nunes, 2003).

A competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera (e considera que os outros valorizam na sua ação) vai sendo modificado pelas experiências vividas e refletidas (Nunes, 2002).

Como coordenadores de uma das equipas da unidade onde trabalhamos, as nossas responsabilidades competem, coordenar a equipa, avaliar o cumprimento das normas de procedimentos e protocolos da unidade, colaborar com os pares na tomada de decisão e tomar decisões no campo das responsabilidades que me são atribuídas, supervisionando as intervenções delegadas de forma a garantir a segurança e qualidades destas.

3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº122/2011, 2011).

Na nossa opinião é o enfermeiro que presta cuidados de enfermagem complexos, possui um conhecimento profundo e atual na sua área de actuação, incorpora a praxis, discute as várias intervenções elegendo a melhor de acordo com o cliente/família aos quais as presta e que também é parceiro nos cuidados ajudando na tomada de decisão, está atento as mudanças das necessidades em saúde, tem em atenção os avanços tecnológicos e tenta encontrar o reconhecimento social.

Entende-se por competências comuns aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº122/2011, 2011).

As competências comuns abrangem quatro domínios de competências.

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Domínio da gestão dos cuidados;
- Domínio das aprendizagens profissionais.

Passamos agora a análise e reflexão crítica das competências especializadas dos vários domínios fazendo sempre possível ligação às aprendizagens ocorridas nos estágios.

Estas competências envolvem âmbitos muito importantes na área dos cuidados intensivos.

Iniciando pela **competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.**

A responsabilidade refere-se aos atos e às respetivas consequências no alargamento de três ideias, a capacidade, a obrigação e o compromisso. A capacidade é estar preparado para responder, para prestar contas e para ser julgado à luz das promessas que fez ou dos compromissos assumidos. E ser capaz é poder, considerando que a

responsabilidade se estende tão longe quanto as nossas capacidades. A obrigação refere-se a cumprir deveres, manter compromissos. A responsabilidade reflete uma obrigação de reparar o dano e de sofrer a pena. O compromisso, comprometer-se é virado para o futuro, a promessa supõe o penhor de manter a palavra dada, combina o respeito de si, do outro e pela própria coisa prometida (Nunes, 2006).

Quando uma pessoa assume a responsabilidade, isso significa que chama a si, voluntariamente a reparação dos danos sofridos ou quando defende um valor. Neste caso, responde-se ou pelas consequências negativas que as ações provocam ou na defesa de um valor universal (Deodato, 2008).

O Código Deontológico do Enfermeiro é um dos mecanismos que afirma a responsabilidade dos atos perante a sociedade. A responsabilidade é uma característica neste caso de um grupo, está associado a um papel e é um dever.

O código deontológico é um conjunto articulado e coerente de deveres profissionais cujos autores se comprometem a cumpri-los (Vieira, 2009).

Conforme o artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, número 3 que define os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros. A responsabilidade é a que se exerce e no compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída. É a obrigação de cumprir deveres ou compromissos. É responder por algo ou alguém que está ao nosso cuidado.

No sentido da responsabilidade ética. A ética procura responder à questão, como viver?, demanda um saber viver, que está também um saber pensar. E pensar no como viver é também pensar no lugar que reservámos aos nossos deveres (Nunes, 2008).

É estar atento ao que fazemos e procurar adquirir um certo saber viver que nos permite acertar. Esse saber viver, arte de viver é aquilo a que se chama ética (Savater, 2003). O mesmo autor refere que o que interessa à ética, o que constitui a sua especialidade, é como viver bem a vida humana, a vida que decorre entre os seres humanos.

Assenta em princípios como o respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar devido às convicções assumidas, sejam elas políticas ou religiosas ou por diferenças sociais, económicas ou étnicas. Os princípios éticos são importantes pois orientam o exercício da profissão, o princípio do respeito pela autonomia, representa o acordo em respeitar, concordar com a decisão do

cliente, cada cliente tem a liberdade de tomar decisões, de escolher e pôr em prática as suas decisões, deve ter informação suficiente e correta.

O princípio da beneficência, relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. Consideramos que em cuidados intensivos e de acordo com o nosso projeto, o fazer o bem expressa-se pelo respeito pelo cliente, pela preocupação com o bem-estar, proporcionando medidas de conforto e gestão da dor.

Este princípio está intimamente relacionado com o imperativo de fazer o bem, de ajudar o outro a encontrar o que é para o seu benefício. A beneficência no contexto dos cuidados de enfermagem é o dever de agir no interesse do cliente (Neves & Pacheco, 2004).

O princípio da não maleficência, este princípio assenta no pressuposto de não fazer mal, não causar dano.

O princípio da justiça, é a igualdade de direitos, implica analisar cada caso e dar a cada cliente o que precisa de acordo com as circunstâncias e provavelmente será diferente para outro cliente. Justiça é a igualdade de resultado para diferentes grupos.

Em relação a prestação direta de cuidados entende-se que a justiça mais básica é valorizar com clareza as necessidades globais de cada pessoa, pois as pessoas são diferentes e ainda que com a mesma necessidade afetada, carecem de respostas diferentes, a escolha equitativa, de acordo com as necessidades e as expectativas de cada um. O igual para todos é atender a cada pessoa ou situação em particular (Nunes, 2006). Este princípio refere-se ao princípio da imparcialidade (Potter & Perry, 2006).

O princípio da vulnerabilidade, a situação de doença coloca os clientes numa situação em que é necessário solidariedade e equidade nos cuidados de saúde.

Na unidade isso é muito visível, o cliente/família sentem-se perdidos e perdem o equilíbrio, deparam-se com a incerteza de forma súbita e sem perspectiva de tempo.

O exercício profissional desenvolve-se em diversos contextos obrigando aos enfermeiros a uma mobilização de conhecimentos e de competências sem perder o objetivo da sua atuação, o agir do enfermeiro enquanto cuida de outro decorre numa relação terapêutica que permite respeitá-lo tendo presente o seu quadro de valores.

A unidade curricular ética de enfermagem e questões éticas emergentes em cuidados complexos permitiu-nos o conhecimento da aplicação dos princípios éticos na intervenção de enfermagem e a discussão das dimensões próprias do agir na praxis.

Na unidade de cuidados intensivos onde os clientes estão em risco de vida e onde as decisões tomadas podem ter graves repercussões no estado clínico do cliente e na estrutura familiar faz toda a diferença que a decisão seja suportada por um corpo de conhecimentos e de experiências que nos permitem ajuizar sobre o problema sozinhos ou em equipa, o cliente na maioria das vezes não é nosso parceiro na decisão tomada já que se encontra sedado e analgesiado.

A aceitável decisão tem sempre por base um conjunto de decisões alternativas, no entanto consideramos aquela decisão adequada não pensando que era o que nós queríamos, mas sim o que aquele cliente escolheria de acordo com as suas dimensões se tivesse capacidade para fazer a escolha.

Todas as decisões a tomar/tomadas correspondem a uma grande responsabilidade que implica o cliente com quem se tem uma relação fiduciária e, com outros setores da sociedade no que concerne a critérios de utilização global de recursos. E isto porque os enfermeiros prestam cuidados de saúde ao cliente, família, comunidade mas também através da coordenação desses serviços com outros grupos profissionais (Cordeiro, 2009).

Para a contextualização do enquadramento do dever jurídico da profissão deve-se recorrer ao órgão máximo, a Ordem dos Enfermeiros, uma comunidade profissional e científica de grande relevância para o sistema de saúde de modo a garantir o acesso das pessoas a cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, de entre as leis correspondentes ao direito da saúde, a constituição da república portuguesa, as leis de bases da saúde, a carta dos direitos dos utentes podendo o enfermeiro assumir penas por responsabilidade penal, civil e disciplinar.

O quadro legal de uma profissão surge da necessidade de regular essa mesma profissão e faculta aos seus elementos uma orientação para o desempenho e harmonização de condutas e simultaneamente para protecção dos seus alvos (Nunes *et al.*, 2005).

Consideramos a formação pós graduada uma mais-valia pois nunca nos tínhamos debruçado tão profundamente sobre o código deontológico, permitiu-nos analisar detalhadamente cada artigo de forma que nos dias de hoje as nossas decisões são orientadas pelo código, consideramos como necessidade urgente o aprofundamento do enquadramento jurídico nas nossas decisões, sendo responsáveis de equipa, os elementos mais novos recorrem a nós com o objetivo de terem as suas perguntas respondidas e os mais experientes para uma discussão construtiva para ambos.

A unidade temática direito da enfermagem com os objetivos de enquadrar o regime jurídico aplicável ao exercício do profissional de enfermagem e fundamentar a tomada de decisão complexa em enfermagem através das normas jurídicas aplicáveis ao exercício revelou-se no nosso entender pouco direcionada para nossa realidade do contexto de atuação.

As tecnologias biomédicas permitem salvar a vida das pessoas que estariam certamente num processo irreversível de morte, antes do extraordinário progresso da medicina intensiva. Este facto criou novos problemas éticos, entre os quais a determinação da morte cerebral e a legitimidade para iniciar ou suspender o uso de meios extraordinários de manutenção das funções vitais (Nunes *et al.*, 2005).

Os dilemas éticos são uma realidade quando a decisão final é só tomada por certos elementos, nomeadamente os médicos, surgem em cuidados intensivos quando existe um conflito entre os princípios éticos e a necessidade de escolher, escolha esta que pode não ser a certa nem a correta.

Por vezes surgem questões sobre os benefícios de continuar um tratamento em clientes com choque séptico, com sinais visíveis de sofrimento quer para o cliente quer para a família, mas devido as experiências anteriores, as quais vimos resultar na melhoria do estado e eventualmente saem da unidade ao fim de um longo internamento e de muito sofrimento, questionamo-nos, mas continuamos a cuidar, a tentar minimizar o sofrimento e a prestar cuidados de enfermagem na globalidade, será que estamos a respeitar aquele cliente?

O dilema é uma situação específica na qual uma escolha tem que ser feita entre as alternativas, ambas indesejáveis, seja uma situação que envolve um choque de princípios e deveres, real ou aparentemente irresolúvel, onde não há regras ou precedentes a seguir (Thompson, Melia & Boyd, 2004). É uma situação de difícil resolução e cujas soluções que se vislumbram são ambas más, do ponto de vista ético, por violarem ambas os princípios e os valores profissionais (Deodato, 2008).

Na unidade temática questões éticas em cuidados complexos fizemos a análise de situações de cuidados à luz dos princípios éticos, refletimos atendendo a complexidade e dificuldade dos aspetos relacionados com a pessoa em situação crítica e os processos de vida-morte e praticamos a deliberação para uma tomada de decisão ponderada, em concreto e numa abordagem integrada.

O enfermeiro tem o dever de respeitar a vida do seu cliente, este dever é fundamental quando estamos diante de clientes vulneráveis como é o caso dos clientes a quem prestamos cuidados, nesta situação o cliente tem direito ao tratamento, o problema levanta-se quando o grau de dependência e de vulnerabilidade é grande e tem que ser os outros a tomarem a decisão sobre o tratamento e os cuidados.

O cliente depende dos outros para proteger os seus direitos e a sua dignidade. Este direito de dignidade da pessoa humana está contemplado no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa assim como na Declaração Universal dos Direitos do Homem e também na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, é um direito fundamental que deve ser respeitado por todos os profissionais quer em relação ao acolhimento, orientação e encaminhamento dos clientes. O conceito de dignidade humana nem sempre foi o mesmo.

A dignidade humana diz respeito à ética, tal como Kant enunciou o ser humano é um fim em si e enquanto fim em si não pode servir de meio ou de instrumento para outro fim que não ele próprio (Renaud, 2001).

A dignidade humana é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a Dignidade Humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Esse projecto de auto-realização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de ação e não instrumentalização da pessoa (Archer, 1999). Assim na nossa opinião a dignidade humana é a essência de cada pessoa que não pode ser utilizada por outros nem violada, é a capacidade de exercer autonomia de forma a traçar os seus objetivos, a maneira de viver a vida sem que seja socialmente discriminado.

Quando prestamos cuidados de enfermagem respeitando a dignidade humana temos que ter presentes três conceitos, autonomia, respeito e consentimento informado.

A autonomia é a capacidade de agir. É a capacidade de tomar decisões por si próprio baseadas nos valores e crenças e temos que respeitar as escolhas do cliente desde que ele esteja devidamente informado.

O problema da autonomia decorre dos avanços das biotecnologias e dos desafios que esta coloca. É um direito moral e legal dos clientes para adotarem as suas próprias decisões sem restrição nem coerção (Neves & Pacheco, 2004).

O respeito é o centro da atenção dos cuidados de enfermagem. O respeito pela privacidade e intimidade quer física quer psicológica. É contemplado no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro e no artigo 11º da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Devido ao carácter dos cuidados de enfermagem é necessário o consentimento do cliente.

O consentimento só pode ser dado quando o cliente estiver na posse de toda a correta informação sobre o procedimento a realizar e a tiver compreendido, só assim se obtém um consentimento informado e assim a responsabilidade da tomada de decisão passa a ser partilhada conjuntamente com o cliente. O dever de informar consta do Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 84º, é dos mais importantes dever do enfermeiro para a prestação de cuidados de enfermagem.

Informar é transmitir algo sobre alguma coisa, tendo em conta a cultura, as crenças, valores, capacidade de entendimento do outro, deve adaptar-se o que queremos dizer, informar a capacidade que o outro tem e validar sempre a informação transmitida, a informação deve conter o objetivo, a natureza da intervenção assim como prováveis consequências e os riscos associados, só assim é que o cliente decide de forma livre e esclarecida no entanto pode dissentir em qualquer altura. Esta possibilidade está estabelecida na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.

A informação prestada ao cliente/família é essencial, os obstáculos dos conhecimentos científico e técnico dificulta a informação dada mas temos que ter a capacidade de ultrapassar esta questão e transmitir informação precisa, de forma clara e simples, utilizando linguagem acessível e verificando se o cliente/família compreendeu a informação transmitida. Por vezes a dificuldade na compreensão prende-se com os fatores culturais, religiosos ou étnicos do cliente/família.

O consentimento é o último passo após a comunicação da informação, a compreensão e a validação da mensagem transmitida. O consentimento presumido é usual em unidades de cuidados intensivos pois o estado do cliente agrava-se ou está inconsciente e a equipa age no melhor interesse do cliente, considerando os direitos do outro como fundamentais, agindo a partir do princípio da beneficência.

O consentimento informado insere-se na dinâmica do respeito pela liberdade da pessoa e a promoção do seu bem, ser livre e esclarecido, abrange a competência na esfera de decisão, a informação apropriada e a inexistência de coerção (Serrão & Nunes, 1999).

Na unidade na maior parte das vezes o consentimento é presumido, mas é dada toda a informação a família e em situações mais complexas como por exemplo a realização de técnicas invasivas com elevado risco de complicação como a traqueotomia ou cirurgia de última linha, é comunicado a família para esta expressar qual a sua opinião e qual seria a vontade do cliente se este pudesse decidir.

O enfermeiro presta cuidados de enfermagem a pessoas únicas com valores culturais e crenças pessoais. Cada cultura tem conceitos próprios e práticas específicas que o enfermeiro deve estar atento de forma a prestar cuidados culturalmente diversos.

A cultura é vista como um dos meios com que o ser humano organiza e legitima a sua sociedade e fornece a base para a sua organização social, política e económica (Helman, 2000).

Enquanto enfermeiros de cuidados intensivos devemos, assim como incentivar a restante equipa, a prestar cuidados de enfermagem humanizados, respeitando os clientes /família na diversidade, prestando informação adequada e adaptada, zelando pela confidencialidade e segurança da mesma, respeitando o cliente/família pelas suas escolhas e aceitando valores e crenças diferentes das nossas.

Humanizar é todo o processo que traduz uma relação humana positiva entre as pessoas, relação essa que se consubstancia nos nossos atos para com o outro. Outro que é uma pessoa com direitos, autonomia e liberdade. É neste sentido que a humanização dos cuidados se torna uma temática cada vez mais atual e pertinente, consistindo uma expressão de competência profissional (Coutinho, 2005).

A humanização dos cuidados é um direito do cliente e família, manter a sua dignidade, ser respeitado as suas necessidades, valores, princípios éticos e morais, ter o alívio da dor e do sofrimento com todos os meios disponíveis no momento em que necessita.

Faz parte da humanização e dos cuidados de qualidade a segurança das práticas e dos clientes. Os cuidados seguros colocam a segurança dos clientes como prioridade das intervenções de enfermagem, precisamos de identificar e analisar situações de risco de modo a garantir a ausência de dano para o cliente.

Os riscos existem de facto, sejam inerentes ou adquiridos e, por influência da economia e da estatística, o risco esteve precocemente associado a uma probabilidade objetiva, fundada sobre a ocorrência de eventos aleatórios numa certa realidade (Nunes, 2006).

Na unidade devido ao elevado número de perfusões e às constantes alterações de ritmo é essencial que os enfermeiros tenham especial atenção para que não haja discrepâncias entre o que realmente se está a administrar e os registos (médicos e de enfermagem) assim como as corretas concentrações, os erros com a terapêutica já aconteceram mas como temos um sistema de identificação destes, que consta que no início de cada turno se faça uma verificação das folhas de medicação e das seringas que estão em perfusão, os eventuais erros não perduram por mais de um turno. Alertamos os profissionais mais jovens para que não esqueçam nem desvalorizem este passo importante na prestação de cuidados.

Falando agora da área de investigação em enfermagem onde os direitos dos participantes do estudo têm que estar protegidos, esta área é essencial para a enfermagem baseada na evidência. Os enfermeiros têm obrigação de salvaguardar os direitos humanos e aceitar se os clientes querem não ou participar na investigação, para isso a que recorrer a directrizes nacionais e internacionais como por exemplo é o caso do recente Relatório sobre a Carta dos Direitos dos Utentes, Declaração de Helsínquia, Código de Nuremberg, Relatório de Belmont, Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, de forma a não violar os direitos dos clientes nem os deveres do enfermeiro, como a beneficência, a verdade, a fidelidade, a justiça e a confidencialidade.

Durante o estágio II tivemos oportunidade de aplicar os princípios éticos da investigação quando entregámos os questionários aos profissionais da unidade que participaram no trabalho projeto, inicialmente informámos os colegas e posteriormente obtivemos o seu consentimento para aplicar os questionários.

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Esta permite fazer evidência científica que vai suportar a qualidade dos cuidados.

Passando agora ao **domínio da melhoria da qualidade**.

A preocupação com a qualidade não é algo recente, já no ano de 1850, Florence Nightingale também avaliava os cuidados, registava por escrito as suas observações e utilizava as informações recolhidas para aferir o nível desses cuidados e melhorar os serviços prestados (Sale, 1998).

A qualidade é o objetivo a atingir quando se faz o melhor com os meios que se tem ao dispor, destina-se ao profissional, aos quais é exigida e aos clientes e família, a quem é obrigatório prestar cuidados de qualidade.

Existem seis categorias de indicadores, satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A Unidade do Centro Hospitalar da área de Lisboa iniciou em 2005 a avaliação de parâmetros que vão de encontro aos indicadores dos padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, fazemos acolhimento ao cliente/família, avaliação da dor, avaliação do risco de úlcera de pressão, avaliação do risco de queda, avaliação da carga de trabalho de enfermagem e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde.

Não esquecendo que se trata de uma unidade de cuidados intensivos o acolhimento ao cliente não é feito no momento da admissão mas sim à sua família ou pessoa significativa, que se encontra em ansiosa e sem rumo.

A família é um grupo de características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

O acolhimento é importante não só para dar conhecimento da situação do seu familiar mas para esclarecer dúvidas e principalmente confortar a família com palavras de esperança. Dado a grande movimentação e barulho, parecendo a unidade um ambiente confuso existe uma sala própria para se fazer o acolhimento à família preservando assim a sua intimidade e privacidade, é dado a conhecer a dinâmica da unidade, o horário das visitas dando ênfase que é flexível, tento que na nossa equipa seja feito de preferência por enfermeiros experientes dado o estado emotivo destas famílias no primeiro contacto, no entanto incentivamos os mais novos a tomarem a iniciativa sempre que se tratam de clientes pelos quais são responsáveis e que se encontram de momento estabilizados.

Fazemos a avaliação da dor, na qual somos dinamizadores na unidade, segundo uma norma de procedimento que foi o nosso objeto de estudo no trabalho projeto como já apresentamos neste relatório, detemos um papel ativo no incentivo aos pares para fazer a

avaliação da dor ou para que reflitam se a intensidade que atribuíram ao cliente corresponde as manifestações de dor.

Temos implementado a avaliação do risco de úlceras de pressão pela Escala de Braden e avaliação do risco de queda pela Escala de Morse, a avaliação é feita a entrada do cliente, todas as segundas feiras e no momento da alta ou transferência do cliente.

Realizámos também diariamente e no turno da noite a avaliação da carga de trabalho de enfermagem através de suporte informático, preenchendo as classificações Therapeutic Intervencion Scoring System 28 (TISS 28) e Nursing Activites Score (NAS). É obrigatório a validação dos dados que são feitos também diariamente. TISS 28 e NAS são importantes instrumentos de gestão para o planeamento e avaliação da unidade de cuidados intensivos. Estes índices permitem otimizar os recursos materiais e humanos, reduzir custos efetivos, determinar o grau de gravidade dos clientes e prognóstico de mortalidade.

Desde de setembro de 2008 que a unidade tem vários grupos de trabalho que em conjunto com as outras unidades de cuidados intensivos do Grupo Hospitalar visam atingir a implementação dos Padrões de Qualidade. Tivemos oportunidade de participar e incentivar ao preenchimento destes parâmetros. O que nos falta fazer em todos os projetos de melhoria contínua da qualidade é a divulgação a nível institucional do trabalho realizado e dos resultados obtidos.

A qualidade dos cuidados não assenta apenas na mudança de tecnologia mas também na transformação de comportamentos dos enfermeiros, exige-se flexibilidade e decisões assertivas, criativas e inovadoras com potencial para resolver problemas, que sejamos proativos.

A qualidade dos cuidados não depende única e exclusivamente do enfermeiro, a qualidade da prática de cuidados é complexa, subtil, dinâmica e é influenciada pelo contexto político, cultural, social, jurídico, organizacional e económico (Hesbeen, 2001).

Nesta competência no que diz respeito a avaliação da qualidade não reúno os critérios desejáveis nas unidades de competência pois nunca avaliei a qualidade na vertente de indicadores, nomeadamente de estrutura, processo ou resultado. Teria sido possível se com os resultados obtidos na avaliação da norma de procedimento tivéssemos elaborado uma norma de qualidade.

As normas de qualidade de cuidados existem no sentido de afirmar um conjunto de atributos ou indicadores de uma organização, que determinam o valor ou o bem de uma ação (Nunes *et al.*, 2005).

Na continuação do domínio da qualidade surge um método de identificação de riscos e um sistema de ocorrência de incidentes, com o objetivo de promover uma cultura organizacional de prevenção e segurança.

A segurança dos clientes é fundamental e acredita que a melhoria da segurança dos clientes envolve um vasto espectro de ações no recrutamento, formação e retenção de profissionais de saúde, melhoria no desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo o controlo de infeções, utilização segura dos medicamentos, segurança dos equipamentos, prática clínica segura, ambiente de cuidados seguros e acumulação de um corpo integrado de conhecimentos científicos focados na segurança do cliente e as infra estruturas para apoiar o seu desenvolvimento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Os cuidados de enfermagem requerem segurança a todos os níveis sejam de planeamento sejam operacionais, a excelência do exercício liga-se a uma prática de cuidados seguros proporcionando um ambiente seguro ao cliente/família, surge assim a área da segurança e gestão de risco com o fim de identificar potenciais eventos adversos no contexto da prática desenvolvendo procedimentos e normas para proteger os clientes e os profissionais.

O nosso trabalho projeto para além de se inserir num projeto de melhoria contínua da qualidade pode inserir-se também na área da segurança, o risco de intercorrências nos cuidados diminui quando o cliente tem a sua dor gerida assim como probabilidade de sofrer queda para tentar abolir um sofrimento.

O objetivo da gestão do risco enquanto processo é identificar e eliminar riscos potenciais antes que alguém seja ferido ou lesado, desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam linhas orientadoras na instituição e para a prática direta (Nunes, 2006).

A gestão do risco implica um conjunto de medidas que possam diagnosticar e inventariar os erros e os acidentes deles resultantes, bem como as medidas que permitem lidar com os erros e sobretudo aprender a evitá-los, minorando também o impacto negativo dos acidentes (Fragata & Martins, 2008).

A nível institucional existe uma unidade de gestão de risco que efetua uma reunião mensal e reuniões extraordinárias com o grupo de apoio à gestão do risco, onde são analisadas as diversas áreas de risco, estabelecendo-se desta forma uma articulação estreita entre as diferentes estruturas existentes como o gabinete de administração clínica, a comissão de controlo de infeção hospitalar, o serviço de instalações e equipamento e os serviços hoteleiros.

Este grupo elabora políticas e procedimentos da sua área de atuação, dividem-se em três tipos, política de gestão de risco que inclui o relato de incidentes; política de segurança do cliente que inclui por exemplo procedimentos sobre verificação da segurança do cliente ou prevenção e monitorização de quedas em ambiente hospitalar; e política do medicamento que contém recomendações e alertas sobre administração de medicamentos como cloreto de potássio ou efeitos adversos dos medicamentos.

Foram identificados 729 riscos dos quais a segurança do cliente, dos profissionais e público em geral representa 24% do total de riscos identificados, 30% destes representam risco de queda, 18% classificados como riscos eléctricos (exemplo: quadros eléctricos acessíveis). Os riscos relacionados com a infeção representam 18,5% do total, devendo-se à falta de estruturas adequadas para a higienização das mãos e de equipamento/procedimentos para triagem correta de resíduos. As situações de risco relacionadas com a segurança no trabalho (16,1%) dizem respeito a riscos ergonómicos e a exposição a produtos químicos (Relatório de atividades da gestão do risco, 2009).

Na unidade consideramos que os profissionais estão alertados para o cumprimento das regras de segurança, para não facilitar etapas nos vários procedimentos e se existe dúvida solicitar sempre ajuda, ver e rever folhas de medicação, seringas em perfusão, soroterapia a correr, pressão e soros nas mangas de linha arterial, limites de alarmes nos monitores, refletir se possível em grupo sobre as práticas, o que acontece muitas vezes na nossa equipa, o que nós chamamos de serenar a consciência pois sabemos que é assim mas temos necessidade de conversar sobre o assunto.

Está implementado na unidade uma lista de verificação que é preenchida em todos os turnos que contempla a identificação do cliente, todos os parâmetros de alarmes, teste de equipamentos e verificação de prescrições de todos os tratamentos e medicamentos.

Estamos despertos para identificar, minimizar ou resolver potenciais erros ou falhas mas relatá-los e discuti-los não é muito usual, o que seria interessante pois

promovíamos a formação dos pares com a elaboração de um relatório de eventos adversos e erros.

No **domínio da gestão de cuidados**, a nossa responsabilidade pela equipa define a preocupação de zelar pelo ambiente físico, pela segurança em geral, pelos recursos humanos, pela prevenção e controlo de infeção. Incentivamos às dotações seguras, que por fórmulas parece fácil calcular números de enfermeiros mas depois por experiência e avaliação de carga de trabalho verifica-se horas negativas de cuidados.

Temos a atenção de organizar a prestação de cuidados de acordo com a equipa que existe para trabalhar nesse turno, atendendo aos diferentes níveis de desenvolvimento profissional dos enfermeiros de acordo com grau de complexidade dos clientes, privilegiando o trabalho de grupo optimizando e adequando os recursos de vários tipos.

As equipas são formas mais aprimoradas de grupos de trabalhos, pois possuem todas as vantagens deles, além de estabelecer metas uníssonas para o trabalho colectivo. Os grupos existem em todas as organizações, equipas são raras ainda, embora ostentem essa denominação com frequência (Abreu, Munari, Queiroz, & Fernandes, 2005).

Pensamos que na unidade não existe um verdadeiro trabalho de equipa já que não é visível a contribuição conjunta de toda a equipa multidisciplinar nos cuidados. O bem-estar dos profissionais é essencial, pois as experiências positivas no trabalho influenciam diretamente os resultados a nível físico e emocional, tornando-os mais ativos, aceitando melhor as mudanças e introduzindo inovação às práticas.

O hospital como organização está sujeito às mudanças da filosofia organizacional devido à globalização, impondo-se a aquisição de novos modelos que deem resposta às exigências em termos de trabalho, produtividade e novos conceitos organizacionais pelo que precisamos que adotem estratégias de liderança e de motivação da equipa de acordo com o clima organizacional no momento, consideramo-nos como líder situacional pois é necessário adaptar-nos às situações com que nos confrontamos e aos profissionais envolvidos.

Podemos considerar que os indivíduos constroem a organização e estas, por sua vez, influenciam-nos. Na coordenação do trabalho em equipa, a troca de informação permite que se estabeleçam entre os diferentes participantes relações profissionais de forma a atingir os objetivos definidos (Chambel & Curral, 2008).

Em cuidados intensivos onde se trabalha sob pressão é essencial saber gerir as emoções, os sentimentos de revolta do cliente/família, os comportamentos dos pares adotando comportamentos assertivos, o que temos vindo a trabalhar arduamente.

Analisando as competências do **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**.

Para que se estabeleça uma relação terapêutica o enfermeiro deve desenvolver o autoconhecimento permitindo assim reconhecer os seus limites pessoais e profissionais.

A autoconsciência quer dizer a capacidade de nos conhecermos sem nos mentirmos, sem camuflarmos a verdade sobre nós próprios, implica compreender as nossas motivações profundas, mantermo-nos atentos às nossas emoções (Phaneuf, 2005).

O comportamento assertivo seria a expressão de sentimentos de maneira socialmente adequada, preservando tanto os direitos/interesses do indivíduo que responde assertivamente quanto os de seu interlocutor (Cunha & Tourinho, 2010).

O ambiente em cuidados intensivos é quase sempre stressante para a equipa, para o cliente e para a família devido ao elevado grau de instabilidade hemodinâmica dos clientes. O ambiente é confuso, barulhento, com constante movimento de pessoas e equipamentos, há uma agitação geral, pessoas falando, alarmes a tocar, é um ambiente ao primeiro contato frio e assustador.

A equipa multidisciplinar é confrontada com sentimentos e emoções de vários níveis, situações de grande complexidade tecnológica e de clientes críticos, o ambiente de trabalho é stressante e convidativo aos conflitos.

O conflito é a oposição que surge quando existe um desacordo dentro ou entre pessoas, equipas, departamentos ou organizações (Henriques & Santos, 2009). Julgamos que não existem conflitos na unidade mas sim diferentes pontos de vista e com caminhos paralelos.

O nosso desempenho tem como alicerce a formação, permite aprender, aprofundar e actualizar conhecimentos, desenvolvendo a nossa pessoa como profissional e possibilitando o desenvolvimento e crescimento enquanto pessoa.

Os programas de formação do pessoal têm como objetivo promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeiro adquira experiência (Benner, 2005).

Durante a realização dos estágios não foi possível realizar formação em serviço tal como justificado anteriormente, entretanto tivemos oportunidade de assistir às formações

dos colegas. No entanto fazemos regularmente sessões de formação sobre procedimentos, protocolos, novas técnicas ou novos equipamentos, como foi no caso do estudo nacional do plano de avaliação da dor e também quando implementamos as novas escalas de avaliação na unidade que fizemos formação a todas as equipas de enfermagem.

Mas como enfermeiros e responsáveis de equipa, tendo integrado novos profissionais na unidade, tendo feito supervisão clínica a alunos em estágio e como elementos de referência é da nossa função munir-nos de todos os possíveis recursos para uma praxis sólida.

A dualidade de ser enfermeiro e ser formando em estágio no mesmo local é difícil de explicar, mesmo que afirmamos que somos alunos é inevitável verem-nos como profissionais quando nos reconhecem pelo nosso trabalho.

A teoria de Barbara Carper identificou quatro padrões de conhecimento em enfermagem que são importantes para o desempenho das competências.

O padrão empírico que é a ciência da enfermagem, é descritivo, explicativo e verificável, objetivo, lógico e positivista da ciência.

É caracterizado por ser organizado em leis e teorias onde se descreve, explica e prediz fenómenos (Silva & Batoca, 2008).

O padrão estético é o correspondente à arte de enfermagem, que é subjetivo, expressivo e é notório na ação do cuidar. Este padrão é abstrato e desafia a descrição formal.

A arte está relacionada à prática profissional, é expressa no processo de interação entre o enfermeiro e o cliente despertando a capacidade do cliente em enfrentar desafios (Cestari, 2003).

O padrão ético é considerado o comportamento moral dos profissionais, envolve valores, princípios, é o contributo para as decisões corretas.

O padrão pessoal é o conhecimento do self, que é individual, formado a partir das experiências vivenciadas. É o conhecer-se a si próprio, conhecendo assim o outro. É a autenticidade dos relacionamentos e a capacidade de estar presente.

Foram adidos posteriormente mais dois conhecimentos. O conhecimento reflexivo que traduz a reflexão sobre a prática e o conhecimento sociopolítico, que está relacionado com o poder, o contexto, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contextos de enfermagem e saúde. O enfermeiro através das competências de cuidados gerais e dos padrões de conhecimento em enfermagem adquire experiência, aprofunda o

conhecimento, torna-se um misto de conhecimento prático e teórico, desenvolvendo-se a perícia (Nunes, 2010).

Estes padrões estão presentes no nosso desempenho diário apesar de não lhe associarmos o nome e não ponderar sobre eles na prática diária, são as diferentes formas de saber.

Pelo facto de os estágios serem realizados no nosso contexto de trabalho é muito difícil diferenciar o que realmente fizemos em estágio em termos práticos do que fazemos diariamente como profissionais responsáveis.

3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

Os cuidados de enfermagem são altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº124/2011, 2011).

Consideramos que estes clientes devido a falência orgânica ou multiorgânica que apresentam não têm capacidade de adaptação para obterem novamente o equilíbrio, sendo clientes altamente instáveis do ponto de vista hemodinâmico, com necessidade de implementação de técnicas invasivas e mesmo substitutas de algumas funções fisiológicas, sendo primordial a observação, planeamento e intervenção concreta e atempada a fim de prevenir complicações, minorando o tempo de internamento e a manutenção da qualidade de vida anterior a esta situação.

A nossa reflexão crítica, abrange as seguintes competências:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;

- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Analisando a competência **cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.**

Prestamos cuidados à pessoa e sua família que vivenciam uma doença crítica ou estão em falência orgânica, tal como já referido, situações estas originadas por doença fisiológica ou por trauma, com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos, a maioria dos clientes com ventilação mecânica em modalidade mandatória ou espontânea, monitorização complexa desde de traçado cardíaco a débito cardíaco contínuo com saturação venosa mista de oxigénio, sujeitos a práticas e procedimentos invasivos, com múltiplas perfusões em curso incluindo aminas, variadas drenagens, com técnicas de substituição renal ou hepática, e em dependência total.

As unidades de cuidados intensivos são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Direcção Geral da Saúde, 2003).

A nossa experiência é um dos factores mais importantes na resposta imediata e antecipatória a algum sinal de instabilidade, a experiência que adquirimos através da prática sobre a qual temos oportunidade de refletir permite-nos executar técnicas de alta complexidade, sendo peritos na área e reconhecidos como tal pelos pares.

A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, tem enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e aprende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéreis. O problema da perita é que dizem tudo o que sabem, a pessoa experiente já não tem em conta as características e as regras. Estas pessoas são maleáveis e mostram elevado nível de adaptabilidade de competências (Benner, 2005).

Consideramos que a organização, o Centro Hospitalar da área de Lisboa, devia de programar cursos de suporte avançado de vida de forma a certificar os nossos conhecimentos e capacidades nesta atuação assim como fazer atualizações de forma a

melhorar a eficácia do procedimento pois a certificação dos cursos por nossa conta fica dispendioso.

Na unidade apesar de existir sempre a permanência de médicos mas a adoção de protocolos terapêuticos em determinadas situações são relevantes, dado que permitem ao enfermeiro de acordo com a avaliação que faz do cliente instituir, medidas de forma antecipada. Na unidade existem vários protocolos, todos à exceção de um deixados de usar pois não eram elaborados tendo por base o princípio da segurança do cliente, não salvaguardando as especificidades de cada cliente e o bom resultado da aplicação do protocolo dependia do nível de desenvolvimento do enfermeiro, exemplo desta afirmação era o protocolo da administração de insulina actrapid em perfusão contínua, que não dava particular relevância a fatores adjuvantes como a intolerância a alimentação entérica ou o jejum, só contemplava o valor da glicemia e os respectivos ajustes da perfusão, o resultado final eram hipoglicemias frequentes.

Usamos e já foi sujeito a revisão o protocolo da hipotermia induzida, é controlo da temperatura central baixa, até aos 33°C, durante 24 horas por razões terapêuticas, realizado de modo artificial.

A hipotermia terapêutica tem sido estudada como medida de minimização de danos neurológicos. É feito em clientes que sofram paragem cardiorrespiratória mas que tenham uma recuperação circulatória mantida espontaneamente durante pelo menos 5 minutos com tensão arterial sistólica ≥ 80 mmhg, com escala de comas de Glasgow ≤ 9 e o início do tratamento deve ser até 4 horas pós paragem, com o principal objetivo de neuroproteção. Exige o arrefecimento rápido do cliente até atingir a temperatura alvo com a administração de soros gelados e a vigilância de todas as possíveis complicações. O protocolo permite que o enfermeiro inicie o arrefecimento do cliente e a inicie as medidas apropriadas enquanto o médico faz técnicas invasivas de colocação de cateter central e linha arterial. Assim implementamos medidas monitorizando o modo de resposta do cliente e intervimos nas complicações.

Como enfermeiros de cuidados intensivos não negligenciamos a presença e manifestações da dor nos clientes fazendo a adequada gestão da mesma e proporcionado bem-estar como foi nosso intuito desde da Pós Graduação, objeto do nosso trabalho projeto como já referimos neste relatório.

Tal como já mencionado é um fenómeno universal e que atravessa os tempos, experienciada em todo o ciclo vital do cliente com diversas variantes multidimensionais,

abrange níveis sociais, psicológicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais e espirituais. A dor envolve o cliente de forma holística tendo por fundo a sua origem cultural.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2009).

A unidade temática da pós graduação intervenções de enfermagem ao cliente com dor foi uma mais-valia, permitiu-nos compreender e conhecer a dor como fenómeno complexo, utilizar os principais instrumentos de avaliação da dor e discutir intervenções de enfermagem mais adequadas à pessoa com diferentes tipos de dor.

Para dar uma resposta efetiva e dirigida a este sintoma a Unidade participou no estudo nacional realizado pela Sociedade de Cuidados Intensivos assim como descrito anteriormente.

O estudo era constituído pela avaliação da dor por duas escalas em simultâneo, a BPS, behavioral pain scale (escala comportamental da dor) e ESCID, escala de comportamentos indicadores de dor, em três momentos distintos e sobre três procedimentos pré definidos pelos autores do estudo, procedimentos dolorosos como a aspiração de secreções, mobilização e posicionamento.

Para realizar o estudo na unidade foi necessário inicialmente pedir a colaboração de cinco colegas para colaborarem na formação dos pares sobre o estudo e ao longo de mesmo para ajudar no preenchimento das escalas e esclarecer dúvidas. Foi elaborada uma apresentação em power point para fazer a formação aos pares nos dias 8, 9, 10, 11 e 14 de março de 2011, uma sessão de 30 a 45 min por equipa de maneira a formar todos os profissionais de enfermagem.

Iniciamos o estudo em 16 de março de 2011, com a respetiva apreciação da comissão de ética do hospital e finalizamos dois meses depois. As escalas preenchidas foram todas revistas e apagados os dados pessoais dos clientes avaliados, numeradas e enviadas para a coordenadora de avaliação da dor do hospital a fim de as encaminhar para os autores do estudo. No dia 10 de maio os enfermeiros de referência preencheram um questionário sobre o estudo e demos sugestões de melhoria pois consideramos que existiram pontos que no planeamento não foram aprofundados.

Durante o mês de junho todos os enfermeiros que participaram no estudo também preencheram um questionário para saber a opinião sobre a aplicabilidade das escalas.

Participaram no estudo 1026 enfermeiros de 37 instituições de todo o país, verificando-se que os participantes do Centro Hospitalar da área de Lisboa eram 113 enfermeiros, correspondendo a 11% da amostra.

A principal conclusão deste estudo foi a sensibilização nacional para a importância da avaliação da dor do cliente crítico, como o primeiro passo fundamental para eficaz gestão da dor. A formação proporcionada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos aos 1346 enfermeiros permitiu dotá-los de competências técnicas nesta área e desta forma uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde. Ficando assegurado ao cliente crítico o direito à sua gestão da dor, cumprindo-se um dever profissional e garantindo a efetiva humanização dos cuidados a estes clientes (Grupo avaliação da dor, 2011).

Desde janeiro de 2006 que a unidade tem implementado a norma de procedimento, avaliação da dor, tal como referido anteriormente. O projeto da Pós Graduação consistia em avaliar a escala da dor, se a norma de procedimento era cumprida pelos pares pois desde a sua implementação não temos qualquer tipo de avaliação da sua aplicação, tal como descrito anteriormente.

Na Unidade o controlo da dor é feito através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nas medidas farmacológicas recorremos ao uso de diversos analgésicos, como o paracetamol, tramadol, morfina, alfentanil ou remifentanil, a via mais comum é a via endovenosa.

Nós como enfermeiros temos estratégias para minimizar ou controlar a dor partir das intervenções não farmacológicas. Na unidade damos importância ao toque, através deste proporcionamos tranquilidade, relaxamento e há contato.

O toque terapêutico é uma terapia alternativa que envolve o uso das mãos para direccionar uma troca de energia de forma consciente do enfermeiro para o cliente a fim de facilitar o alívio da dor (Taylor *et al.*, 2007).

Recorremos à massagem, outra forma de toque, promove o relaxamento e a sensação de bem-estar. Utilizamos também a termoterapia, fazemos aplicação de frio em zonas edemaciadas ou inflamatórias. A termoterapia é uma estimulação cutânea que pode contribuir para o alívio da dor (Kazanowski & Laccetti, 2005).

A alternância de decúbitos também ajuda a minimizar a dor, uma nova posição pode aliviar as zonas de apoio. Recorremos a musicoterapia para distração do cliente e assim abstraí-lo da dor.

Tenho colegas que recorrem ao humor. O humor mesmo em situações adversas pode permitir à pessoa construir uma nova perspectiva da situação que vive e assim gerir adequadamente o stresse (José, 2002).

O controlo eficaz da dor é um direito do cliente e um dever do enfermeiro, diminui o tempo de internamento, oferecendo bem-estar e conforto.

De acordo com a teórica de enfermagem Kolcaba o alívio da dor é um dos tipos de conforto, a condição de uma pessoa que vê satisfeita uma necessidade específica (Tomey & Alligood, 2004).

O que por vezes verificamos na unidade é que os clientes não têm qualquer medicação analgésica, mas que estão sedados, como se a sedação diminuisse a intensidade da dor, como estamos alertados para estas situações, intervimos no sentido de além das intervenções não farmacológicas seja prescrito analgesia. Alguns pares têm consciência da importância do controlo da dor e desenvolvem esforços para que o cliente não tenha dor fazendo a prevenção antes de procedimentos considerados como dolorosos.

A capacidade de lidar com a doença por parte do cliente e família é sempre diferente de pessoa para pessoa. O comportamento na doença envolve como as pessoas controlam o seu corpo, como definem e interpretam os sintomas e como agem para minimizar a situação, é uma experiência complexa e individual.

A doença leva a que haja alteração de papéis na família, existe troca de papéis pois as responsabilidades que o cliente doente assumia têm que necessariamente serem assumidas por outro elemento da família. As consequências da doença na família dependem da natureza da doença, do prognóstico, da duração da doença, da idade e sexo da pessoa doente, do grau de incapacidade e do tipo de família.

Lidamos diariamente com sentimentos de ansiedade, de medo e de incerteza quer por parte do cliente numa fase de recuperação em que alguns necessitam de reaprender tudo ou quase tudo da vida quotidiana e da satisfação das necessidades devido as sequelas, quer por parte da família que se vê impotente perante tão grave situação clínica, é necessário que ultrapasse obstáculos e se reequilibre para participar na tomada de decisão.

Um projeto viável seria a utilização de escalas de ansiedade para perceber o grau de ansiedade e as possíveis formas de a minorar. A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) validada para a população portuguesa seria ideal. Estes três sintomas intitulados depressão, ansiedade e stresse devem ser distinguidos em escalas de auto-relato (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A morte em cuidados intensivos é uma constante dado a grande instabilidade que os clientes se encontram como é o caso de falência multiorgânica.

Para os clientes a morte é o segundo elemento fundamental que mais os preocupa. Um estudo desenvolvido em relação aos aspetos que se relacionam com o stresse dos clientes internados na unidade de cuidados intensivos, concluíram que os principais aspetos stressantes são ter tubos na boca e no nariz, seguido do medo da morte, de não ser capaz de dormir e por último ser picado com agulhas (Almeida & Ribeiro, 2008).

Os enfermeiros em unidade de cuidados intensivos vivenciam a morte como um processo comum que abrange todo o tipo de clientes, de idade mais jovem e de idade mais avançada. O enfermeiro que cuidou daquele cliente poderá ter sentimentos de frustração e impotência, alguns de nós ainda temos dúvidas em como lidar com a morte. Na sua prática tentamos vencer as inaptações da pessoa doente fazendo o possível para as reverter, mas a morte por vezes vence este duelo.

Morrer em paz e com dignidade são os últimos e mais importantes direitos do cliente doente, no entanto os dilemas face ao morrer em cuidados intensivos acontecem pois nem sempre acontece o alívio do sofrimento. Não conseguimos compreender como em certos casos tudo é feito tendo por base o respeito da dignidade humana e em outros não, o inexplicável é que depende do profissional médico, não há qualquer uniformidade na tomada de decisão.

Os enfermeiros têm o dever de acompanhar o cliente na morte tal como preconiza o artigo 87º do Código Deontológico do Enfermeiro, não esquecendo a família, temos um papel importante na ajuda a esta, que sofre a morte de uma pessoa querida e se encontra emocionalmente perturbada e em processo de luto.

Na unidade, a família pode estar presente no momento da morte e despedir-se da pessoa proporcionando uma morte acompanhada independentemente do estado de consciência da pessoa, se a família o solicitar, nós esperamos para se desligar o ventilador dando tempo a família tempo e espaço para se despedir, o nosso papel neste momento é de muita importância somos o suporte para aquela família iniciar o processo de luto dando conforto emocional.

Em todo o processo de internamento em cuidados intensivos é fundamental a comunicação. Uma boa comunicação, uma comunicação livre, dentro e entre pessoas é sempre terapêutica (Rogers, 1985).

A comunicação é o primeiro instrumento para que a interação e a troca se realize, é o alicerce da relação de ajuda para o cliente e família. Incluí a troca de mensagens verbais como as palavras verbais ou a escrita e as mensagens não verbais como o comportamento, o toque, os gestos, a postura corporal, as expressões faciais.

Os enfermeiros conseguem interagir mantendo um clima confortável de forma que proporcione ao cliente a partilha de sentimentos. Consideramos os enfermeiros nesta área da comunicação como proficientes no entanto as pessoas são únicas, integradas numa família e meio com os seus valores, sentimentos e a sua cultura reagindo de maneira diferente perante uma mesma situação o que ao enfermeiro se torna um desafio e mesmo com experiência não consegue porém usar apenas a sua intuição para prever as reações.

Em cuidados intensivos a comunicação, necessidade humana básica está comprometida pois a maioria dos clientes têm ventilação mecânica por tubo orotraqueal ou traqueotomia.

Um dos principais factores de stresse para o cliente ventilado é o compromisso da comunicação (Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1996).

Compete ao enfermeiro de cuidados intensivos vigiar todos os parâmetros monitorizados a explicar ao cliente, quando possível, e a família de forma adaptada qual a causa de tantas máquinas, apitos, fios e porque não consegue falar, tentando assim diminuir a agitação em que este frequentemente se encontra e a ansiedade que a família apresenta. A comunicação com a família presume estratégias e adaptação à complexidade pois gerir famílias com grande número de pessoas e com nível de desenvolvimento delicado obriga a que tenha flexibilidade para focar assuntos sensíveis.

Comunicar com um cliente ventilado não é fácil, depende do estado de consciência, da capacidade de comunicar, temos que ensinar o cliente a fazer frases curtas e simples, tentando articular palavras com os lábios, nós temos que sugerir palavras relacionados com possíveis assuntos, é preciso tempo e disponibilidade para escutar o cliente. Se não resultar temos que recorrer a escrita, facultando papel e caneta para que o cliente escreva o que nos quer comunicar, no caso de clientes com lesões neurológicas ou polineuropatia dos cuidados intensivos utilizamos um quadro com abecedário, recorreremos a um conjunto de figuras impressas e formulamos palavras e frases a partir da soletração das letras. É extrema importância o olhar, conseguimos perceber algo que o cliente deseja ou precisa como um pequeno aconchego do lençol ou da almofada. O olhar é o primeiro sentido a interagir com o outro e é um óptimo meio para entrar em relação.

A maior parte das pessoas dão grande valor expressivo ao olhar. De facto quando perguntamos às pessoas qual o primeiro aspeto que retêm a sua atenção relativamente a outra, muitas respondem que é o olhar aquilo que primeiro as toca (Chalifour, 2008).

O toque é outra forma de comunicação não-verbal que é muito utilizado pelos enfermeiros. O toque é uma forma poderosa de comunicação (Potter & Perry, 2006).

Se o toque é importante num cliente acordado então num cliente sedado é essencial, pois este apesar de estar sedado, sente e ouve, comunicando com o enfermeiro através de parâmetros que estão a ser monitorizados, uma taquicardia, uma hipertensão significa dor ou algum desconforto, uma lágrima significa tristeza. Não podemos esquecer que ao tocar para realizar alguma intervenção de enfermagem estamos a comunicar e que essa comunicação deve significar sentimentos positivos.

Consideramos que em situações onde já não podemos dar uma palavra de esperança o silêncio é uma forma de comunicar, estamos presentes mas respeitamos a intimidade e os pensamentos do cliente/família.

O silêncio não é apenas a ausência de palavras, que o silêncio é feito de atenção e interesse pelo que o cliente comunica. Não é fácil viver o silêncio é preciso tempo e experiência para não ficar incomodado por ele, às vezes o silêncio dá-nos tempo para avaliar, refletir sobre o que ouvimos ou então por vezes em determinadas situações não há mesmo nada a dizer, esta forma de viver o silêncio influencia a qualidade da relação (Chalifour, 2008).

Para que a comunicação seja eficaz é necessário criar uma relação de confiança, é um requisito fundamental na arte de cuidar em enfermagem. É um poderoso meio na nossa intervenção, esta é estabelecida entre o enfermeiro e o cliente/família com o objetivo de fazer crescer, desenvolver e aumentar a capacidade do outro. Não existe relação de ajuda sem saber escutar, observar e refletir para ajudar o outro a obter a sua autonomia.

A relação deve basear-se na confiança e compreensão, valorizando a pessoa, acreditando que é capaz de superar da melhor maneira possível os problemas com que se depara (Pombo, 2008).

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Na prática diária da nossa prestação de cuidados de enfermagem a relação de ajuda que se estabelece é a informal pois surge de modo espontâneo, voluntário, não planeado e depende do contexto atual. Tem como principal objetivo incentivar o cliente ou a família a verbalizar o seu problema, a exprimir os seus sentimentos, onde por vezes é necessário intervir imediatamente.

Com o fim de intervir ou apoiar a família preconizamos que na hora da visita esteja sempre, que possível, presente o enfermeiro para além de esclarecer dúvidas e acompanhar a família, ficando assim a conhecê-la melhor e a tudo o que a rodeia, pode fazer um eventual encaminhamento que considere importante, por exemplo para apoio emocional ou religioso.

Julgamos que devemos fazer melhorias neste campo, na relação de ajuda, pois o que acontece é que devido à forma como estão organizados os cuidados, a necessidade de apresentação de resultados, as condições em que os enfermeiros trabalham, a falta de disponibilidade e mesmo de tempo para conseguirmos fazer tudo, por vezes não conseguimos acompanhar devidamente as famílias dos clientes por quem somos responsáveis.

A nível da organização dos cuidados, por exemplo, tentamos sempre acentuar para não se fazer procedimentos invasivos perto da hora das visitas, sempre que estes possam ser adiados por mais um tempo. Fazer sempre os possíveis para que as visitas entrem quando se deslocam ao serviço, nas admissões lembrar frequentemente aos profissionais que existe família a espera na sala de acolhimento, e a quem nós enquanto responsáveis de equipa passamos mais de uma vez pela sala, se necessário, para dizer que não estão esquecidos, que os profissionais estão a cuidar do seu familiar e logo que possam veem chamá-los.

Refletindo agora sobre a segunda competência específica, **dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à ação**, pensamos que nunca foi analisada devidamente por nós enquanto enfermeiros num hospital centenário.

Na unidade temática seminário de peritos durante pós graduação falamos sobre biossegurança ocupacional, com o fim de identificar fontes de risco que envolvam a prestação de cuidados na vertente clínica, ocupacional, visitas e recursos/património da organização.

As unidades do Sistema Nacional de Saúde devem elaborar um Plano de Emergência Médica, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”, num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as diversas Instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro (Direcção Geral da Saúde, 2010).

As catástrofes ou os acidentes com multi-vítimas são uma ameaça à vida e aos bens de todas as pessoas, é necessário saber quais os riscos e como actuar em caso de ocorrência.

Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente. E catástrofe como um 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 sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei 27/2006).

O hospital como centro logístico principal, dará apoio às emergências com meios humanos e materiais, e não deve ser sujeito “passivo”. Este deve incluir no seu funcionamento um plano assistencial em que os serviços de emergência formam parte integral do próprio hospital, podendo assim, atuar nesta área de influência (Ribeiro, 2010).

O Centro Hospitalar da área de Lisboa tem um plano de atuação em situações de emergência/catástrofe que está acessível, no portal da intranet do hospital, aos profissionais é datado de 2008, tem como principais objetivos, listar os fatores de risco e vulnerabilidade nas áreas de influência do Grupo Hospitalar e proceder à sua avaliação, fazer o levantamento dos meios e recursos internos disponíveis para responder as situações, estabelecer critérios para a organização do Grupo maximizando a capacidade de resposta às populações envolvidas com o objetivo de minimizar a mortalidade e morbilidade das vítimas e minimizando o seu impacto nos profissionais, e por último mitigar as consequências a curto e a longo prazo de uma situação de emergência/ catástrofe no Centro Hospitalar.

Os enfermeiros de acordo com o plano serão distribuídos por equipas nos setores de triagem, zonas de emergência, bloco operatório e eventualmente unidades de cuidados intensivos, alerta para as dotações nas zonas de emergência.

Este plano já se encontra desatualizado pelo seu ano de elaboração, mas não temos conhecimento que esteja a ser preparada uma atualização.

A par deste plano também a unidade de gestão de risco formula políticas e procedimentos para orientar os profissionais nas situações que ocorrem de modo súbito, como emergência para grandes avarias nomeadamente perda de abastecimento de água e gás, meios de alarme em caso de incêndio existindo ações de sensibilização teóricas e práticas para atuação em caso de incêndio e procedimento para o caso de encarceramento em elevadores.

Este grupo de gestão do risco vai fazendo procedimentos que complementam o plano de catástrofe do centro hospitalar, e tem também a função de organizar as formações relacionadas com a sua área de atuação.

Os enfermeiros representam o maior número de profissionais do Centro Hospitalar e sendo os que mais tempo permanecem nos locais de trabalho é de toda a conveniência que sejamos dinamizadores na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas planeando e gerindo os cuidados no sentido da eficácia e eficiência da resposta.

Ao nível da unidade o plano que existe em caso de catástrofe é a definição do percurso e do serviço para onde se levam os clientes, mas como responsável de equipa conseguimos atribuir graus de urgência e decidimos a sequência de prioridade dos clientes, conseguimos sistematizar as ações a desenvolver, em caso de anomalia súbita como por exemplo falha no abastecimento de eletricidade em que os geradores de emergência não arrancam ou de falta de fornecimento de oxigénio ou de ar comprimido, orientamos e assinalamos aos pares e a restante equipa para onde se devem dirigir para assegurar funções vitais dos clientes.

A unidade também é de referência para o estado de alerta e de prevenção para acontecimentos importantes como cimeiras da Organização do Tratado do Atlântico Norte como aconteceu em 2010 ou a situação de pandemia da gripe H1N1, onde se prepararam unidades e se admitiu clientes ventilados ou não, existindo uma escala de enfermeiros de prevenção. Em caso de acidentes com multi-vítimas temos também a experiência de organizar, no momento que recebemos a informação por contato telefónico da

possibilidade de receber estas vítimas, unidades de forma rápida e estruturada, conseguimos receber até mais seis clientes em estado crítico.

Consideramos que numa situação de catástrofe os profissionais não têm conhecimento e não estão preparados para atuarem assumindo as respetivas posições e cumprindo orientações de profissionais certificados nesta área mas que são de outra classe profissional.

O autor abaixo citado refere que, com o qual nós concordamos inteiramente, a inexistência de sensibilidade para esta problemática, escassez de meios e a pouca experiência dos profissionais de saúde, poderá constituir um entrave às boas práticas clínicas nesta área (Ribeiro, 2010).

A capacitação dos profissionais é contemplada, com o objetivo de garantir as funções de cada pessoa envolvida na gestão da crise; na comunicação para prevenir e gerir situações de pânico. Todo o pessoal deve adquirir conhecimentos básicos sobre o plano emergência e competências para a realização das funções previstas. O pessoal de reserva é sempre incluído na formação programada (Direcção Geral da Saúde, 2010).

Julgamos muito importante a formação de todos os profissionais em situações de catástrofe, no entanto também devíamos fazer simulacros periodicamente pois o treino favorecesse o desempenho em situações súbitas e em grande escala onde a confusão e desorganização têm que ser superadas.

Enquanto responsáveis de equipa a nossa estratégia principal consiste em alertar os pares e outros profissionais para verificarem em todos os turnos se os equipamentos estão ligados as tomadas certas, dado que temos tomadas gerais e tomadas de gerador, se estão realmente em carga e qual o estado das baterias, ao primeiro alarme fora de comum nunca desvalorizar e investigar as causas que o fizeram disparar, por exemplo, por vezes as tomadas ficam sem corrente e verificamos que o quadro fez disparar o disjuntor correspondente aquela sala, o que indica sobrecarga, na maioria das vezes e devido as múltiplas perfusões que os clientes teem é necessário colocar extensões, o que acontece é que por algum motivo as extensões ficam molhadas daí fazerem disparar o quadro elétrico.

Passando a analisar a última competência, esta está relacionada com um grande e preocupante problema associado aos cuidados de saúde, a prevenção e controlo da infeção.

Considerando o elevado risco de infeção nas unidades de cuidados intensivos temos que **maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a**

peessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A infeção é a invasão de um hospedeiro suscetível por agentes patogénicos ou microorganismos resultando em doença (Elkin, Potter, & Perry, 2005). Prevenir e controlar a infeção não é simples e ainda mais em unidades de cuidados intensivos onde a multiplicidade de técnicas invasivas, patologias e o estado clínico e fisiológico dos clientes é frágil e debilitado.

A Organização Mundial de Saúde, refere que um em cada quatro clientes internados numa unidade de cuidados intensivos tem um risco acrescido de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (Direcção Geral da Saúde, 2007).

O inquérito nacional de prevalência de infeção afirma que as unidades de cuidados intensivos e as unidades de queimados são as que registam a maior taxa de prevalência de infeção (45,7% nas unidades de cuidados intensivos e 44,0% nas unidades de queimados) (Direcção Geral da Saúde, 2009).

Os enfermeiros têm o dever de prevenir e controlar a infeção, quer para a sua proteção pessoal quer pela segurança e recuperação dos clientes. A infeção traz consequências para o cliente que é submetido a diversos tratamentos, aumenta o tempo de permanência no hospital e eventualmente pode provocar a morte. Estas questões no que respeita ao hospital também têm repercussões pois pode vir a aumentar os custos, aumentando o tempo de ocupação da cama e aumentando as taxas de mortalidade e de morbilidade.

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (Direcção Geral da Saúde, 2007).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da infeção associada aos cuidados de saúde seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do cliente (Direcção Geral da Saúde, 2007).

Uma das principais medidas na prevenção e controlo de infeção é a lavagem e higienização das mãos. A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os clientes, e entre clientes através das mãos, é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do cliente para as mucosas (trato respiratório, etc.) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros clientes ou do ambiente contaminado (Direcção Geral da Saúde, 2010).

O autor supra citado refere, os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente.

Na unidade existem lavatórios adequados e estão em locais estratégicos, em cada sala e no corredor para poderem ser utilizados pelas visitas, e existem suportes com anti-séptico de base alcoólico em todos os pontos de passagem e de prestação de cuidados como junto às camas dos clientes, à entrada das salas e ao longo do corredor. Existe também disponível creme hidratante para minimizar a ocorrência de dermatites.

A lavagem e higienização das mãos é de extrema importância no controlo de infeção na unidade, devido ao ritmo de trabalho, às inúmeras alterações do estado de saúde clientes, temos de passar de um cliente para outro em segundos e não nos podemos esquecer de lavar as mãos nem do uso indevido das luvas.

Para dar resposta ao proposto com a campanha nacional de higiene das mãos existe na unidade, um grupo de controlo constituído por um enfermeiro e um médico para avaliar a frequência e eficiência da lavagem. Fazem auditorias através da observação direta. Numa segunda auditoria em que foram comparadas as observações às práticas dos profissionais, o número de observações foi de 187 em quatro horas e vinte minutos, 105 observações foram realizadas aos enfermeiros, o resultado que obtiveram é bom no global

sendo o ponto mais negativo e frequente, o não cumprimento do primeiro item dos cinco passos da higiene das mãos.

Outro aspeto importante nesta temática é a higienização do espaço envolvente e das superfícies. Para além da limpeza diária das salas existe um plano mensal de limpeza das salas, cada sala é limpa de forma completa pelo menos uma vez por mês, inclui limpeza normal e também do teto e paredes, dos filtros do ar condicionado e verificação das saídas dos gases, esta limpeza implica que os clientes sejam transferidos provisoriamente para outra sala, a seleção da sala a higienizar de acordo com a complexidade dos clientes é da nossa responsabilidade de modo a não potenciar o risco de intercorrências nem promover a insegurança dos clientes, a organização e transferência também é da minha obrigação pois existem horas marcadas para o início dos trabalhos e a sala tem que estar totalmente vazia e pronta para que os prazos sejam cumpridos e não coincidam com a passagem dos clientes para a sala limpa na hora planeada de visitas.

Os microorganismos mais infecciosos podem persistir nas superfícies inanimadas por semanas e meses por isso as directrizes recomendam a desinfecção de superfícies específicas em áreas de prestação de cuidados de modo a reduzir o risco de transmissão para clientes susceptíveis (Kramer, Schwebke, & Kampf, 2006), como por exemplo o *acinetobacter baumannii*.

O equipamento de protecção individual também é essencial no controlo de infeção, são dispositivos que os profissionais utilizam para prestar cuidados que constam de bata esterilizada ou não consoante a patologia do cliente, de barrete, óculos de protecção, máscara cirúrgica com ou sem viseira, luvas, avental e protetores de pés, em modo descartável.

Os profissionais de enfermagem na unidade utilizam sempre que prestam cuidados, avental, luvas e máscara cirúrgica. Temos a preocupação de alertar e incentivar os pares e outros profissionais de saúde, para que não aconteça esquecimentos motivados pela rapidez que nos é exigida, asseguramos que não é apenas para nos proteger mas e principalmente para proteger o cliente em questão e todos os outros da unidade dado que nos movimentamos por todo o serviço.

Os restantes equipamentos são utilizados nos clientes em isolamento protetor ou não, foram utilizados na fase pandémica da gripe A, durante a qual fez-se muita referência e apelo à utilização do equipamento de protecção individual. Mas estes também são para utilizar em outros casos como a tuberculose pulmonar ou nos clientes infetados com

acinetobacter baumannii, existe uma norma no serviço e os clientes são identificados de acordo com o tipo de isolamento, colocando um papel na unidade do cliente com uma determinada cor consoante o microorganismos com que estão infetados.

A unidade de cuidados intensivos concentra os clientes clínicos ou cirúrgicos mais graves do hospital. Quase todos apresentam doenças ou condições clínicas predisponentes às infeções, muitos já se encontram infetados ao serem admitidos na unidade e, quase todos são submetidos a procedimentos invasivos ou imunossupressivos, com finalidade diagnóstica e terapêutica, alguns deles, realizados em condições de emergência, violando os tradicionais princípios de assepsia e antisepsia. As infeções mais comuns adquiridas em unidade incluem infeção da corrente sanguínea, pneumonia e infeção do trato urinário. As taxas de mortalidade em unidades de cuidados de intensivos chegam aproximadamente a 40% e as infeções hospitalares contribuem decisivamente para esta taxa (Pontes et al., 2006).

A vigilância epidemiológica é fundamental para a prevenção e controlo nas unidades de saúde, é da responsabilidade do coordenador e do enfermeiro de controlo de infeção a organização, planeamento e implementação do programa de vigilância que tem como objetivos, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, implementar estratégias de prevenção dos eventos adversos, reduzir as taxas de infeção associada aos cuidados de saúde e reduzir custos (Geada & Pedro, 2010).

O Plano Nacional de Controlo de Infeção desenvolveu um sistema de vigilância epidemiológica para recolha, registo e análise sobre a incidência de infeção associados aos cuidados de saúde, criando indicadores úteis para a identificação e comparação de problemas, como a resistência aos antibióticos, prevalência de microorganismos epidemiologicamente importantes, perfil de consumo de antimicrobianos. Na área dos cuidados intensivos se denomina por Hospital in Europe Link for Infection Control Through Surveillance, HELICS-UCI, que é feito no grupo hospitalar mas não fazemos na unidade.

Existe na unidade uma base de dados elaborada pelo Senhor Diretor que é atualizada semanalmente, desde de 1 de janeiro até 24 de setembro de 2012 foram admitidos 386 clientes em que o principal motivo de admissão foi a insuficiência respiratória aguda, para monitorização, em choque séptico e por paragem cardio-respiratória, provenientes do serviço de urgência, do bloco operatório e do serviço de medicina.

Dos dados consultados, verificamos que as infecções mais comuns são provocadas por *acinetobacter baumannii*, *pseudomonas aeruginosa* e *estafilococos aureus* metiloresistente.

Como enfermeiros especialistas devemos ter um olhar crítico e interventivo neste problema de maneira a sensibilizar os profissionais para que compreendam as medidas de prevenção e controlo das infeções tendo como objetivo minorar ou diminuir a taxa de incidência destas e os problemas a elas associados.

Durante o curso de pós graduação na unidade curricular fenómenos e intervenções de enfermagem com clientes afetos de necessidades complexas de saúde, mais propriamente na unidade temática cuidados ao cliente com múltiplos sintomas foi lecionado conteúdos que nos permitiram compreender a infeção como sintoma institucional. Foi realizada uma abordagem sobre o controlo de infeção, dada a conhecer a definição das infeções associadas aos cuidados de saúde com consulta da evidência científica internacional e foram discutidos estudos de casos, o que nos permitiu identificar e analisar o risco de infeção com recurso a planeamento, gestão e avaliação individual dos clientes com risco de infeção.

Julgamos que seria pertinente a sensibilização periódica de todos os profissionais que trabalham na unidade quer através de simulações de precauções de isolamento, através de formação sobre os diversos agentes e meios de transmissão e também de avaliações do desempenho dos profissionais, dado que é uma unidade onde temos constantemente profissionais em formação.

3.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Pensamos que devido às constantes mudanças da sociedade os enfermeiros enfrentam diversas alterações nos processos de vida e nos problemas de saúde sendo de todo o interesse que demostrem elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, daí a importância da formação em enfermagem.

Considera-se a competência profissional como a combinação de conhecimentos, de saber-fazer, experiências, exercidos num contexto preciso. São aptidões e características

personais que contribuem para se atingir um desempenho de nível elevado (Nunes *et al.*, 2005).

Passamos agora a reflexão e descrição, de modo crítico e pormenorizado, das competências adquiridas ao longo deste curso de mestrado. **Demonstramos competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

Dado que desempenhamos funções numa unidade de cuidados intensivos como já foi referido, as situações complexas vivem-se diariamente, a avaliação que fazemos dos clientes não só em termos clínicos mas também como pessoa inserida numa comunidade, suportado por uma família, com direitos e deveres na sociedade é feito de forma criteriosa não logo na entrada dado a grande instabilidade hemodinâmica deste e também devido ao elevado grau de ansiedade da família mas é feito logo que possível ou é realizada ao longo de todo o internamento, daí tão importante o acolhimento.

A avaliação do cliente e família são importantes pois permitem delinear e direcionar todo o processo que aquelas pessoas estão vivendo, quando fazemos o acolhimento fazemos uma entrevista não estruturada dando oportunidade e incentivando a família a partilhar medos e dúvidas que tenham.

Durante a entrevista é necessário saber por exemplo se existem crianças pequenas e com quem estão. Será decerto uma das preocupações do cliente quando este acordar se for o único responsável por elas. Saber também se existe alguém que depende do cliente a todos os níveis, o que é muito natural em pessoas idosas que cuidam do cônjuge. Já aconteceu na unidade uma senhora idosa ficar internada e ainda acordada demonstrar muita preocupação com o marido que era dependente e tinha ficado em casa, foi acionado o alerta para as entidades competentes e isso foi transmitido à cliente permitindo que esta ficasse menos ansiosa e reforçando o vínculo de confiança com a equipa.

É necessário perceber, por exemplo, porque é que determinado cliente não tem visitas, será que não tem família próxima ou amigos, que a sua morada de residência é longe do hospital como acontece nos clientes que são transferidos dos hospitais distritais. Será que a família não tem recursos económicos para se deslocar até ao hospital ou será que a pessoa significativa trabalha e não tem horário compatível com o horário das visitas e não tem informação que pode vir sempre que tenha tempo disponível.

Existe um grupo de enfermeiros na unidade que se encontra a reestruturar o guia de acolhimento com o objetivo de uniformizar esta intervenção na unidade, contém a colheita de dados com ênfase nas actividades de vida antes do internamento e a história de dor.

Uma análise crítica de todas as avaliações que se faz dos clientes /família internados permiti-nos uma tomada de decisão acertada para aquele cliente que é único.

Possibilita-nos diagnosticar e gerir problemas decorrentes do internamento e alguns que irão persistir quando tiverem alta da unidade, como acontece nos clientes com traumatismos vertebro medular com défices motores e/ou sensitivos que de um momento para o outro terão que reaprender tudo ou quase tudo de outra maneira para satisfazer as suas actividades de vida diária.

A prescrição de intervenções de enfermagem de cuidados gerais e especializada na área médico-cirúrgica permiti-nos de modo individualizado e contínuo, de acordo com o diagnóstico feito, dar resposta a situações nos três níveis de prestação, utilizando métodos e técnicas de forma a rentabilizar os recursos existentes e potencializando a participação ativa do cliente/família. Estas intervenções nas unidades de cuidados intensivos visam a manutenção e recuperação das funções vitais evitando perdas, complicações associadas, risco de infecção, aumento do número de dias de internamento procurando o bem estar e recuperação de quem cuidamos.

A tomada de decisão e o processo de raciocínio diagnóstico carecem de informação pertinente e actualizada, de forma a serem identificadas corretamente as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, família, grupo ou comunidade. Desta forma decorre a prescrição da intervenção de enfermagem, de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A educação de clientes, famílias e comunidades de forma a proteger, promover a sua saúde e prevenir doenças, é realizada num contexto de internamento já com vários dias de forma a dar possibilidade aos clientes/família de readquirem o equilíbrio e assim estarem disponíveis para ouvir e serem encaminhados se necessário. Não existe um plano de cuidados sistematizado, cada enfermeiro elabora o plano de acordo com os seus conhecimentos e nível de desenvolvimento.

Para continuidade dos cuidados são essenciais os registos escritos e também a passagem de informação de modo verbal, para a respetiva referência de casos ou situações, realizamos diariamente a passagem de turno, como coordenadores temos como função para

além da nossa avaliação, receber dos colegas as ocorrências dos clientes pelos quais eles são responsáveis e transmitir ao coordenador da equipa que nos rende.

Na unidade sempre que transferimos um cliente nós fazemos a carta de transferência com toda a informação relativa ao internamento e problemas ainda não solucionados. Telefonamos para o serviço que vai receber o cliente a comunicar a ida do mesmo, o cliente é acompanhado sempre por um enfermeiro que transmite de modo verbal a informação relativa aquele cliente e que é complementada pela entrega da carta de transferência de enfermagem.

Como enfermeiros detentores do curso de pós licenciatura de especialização e coordenadores de uma equipa temos o dever de avaliar a prática para assegurar cuidados de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade de acordo com as normas de qualidade e segurança instituídas pelo centro hospitalar.

Do ponto de vista da cultura para a qualidade encontramos-nos em processo de mudança. O paradigma deixou de ser caracterizado por ser feito num único sentido, em que o cliente recebia e aceitava passivamente as informações dadas pelo médico, para se realizar em ambos os sentidos, em que os clientes se tornaram mais esclarecidos e informados, com voz e vontade no processo de decisão, passando a desempenhar um papel proativo em todo o processo.

O exercício profissional rege-se pelo cumprimento do código deontológico e pelo respeito dos princípios éticos. Respeitamos o direito do cliente/família a informação, garantindo a confidencialidade e segurança da mesmo, só a partilhando com os profissionais diretamente envolvidos no processo, temos o dever de respeitar a privacidade, o direito a escolha e a autodeterminação de quem cuidamos promovendo práticas seguras e de qualidade.

Para darmos uma resposta eficaz no desempenho do nosso exercício profissional temos a preocupação de manter os conhecimentos e as práticas atualizadas de acordo com a evidência e estamos em constante formação.

Realizamos desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

A formação deve agir ao nível das práticas para explorar, simultaneamente a origem esquecida, a proveniência, e a realização possível e escolhida, o projeto. A ação de formação deve-nos conduzir ao coração das nossas práticas, nas situações onde agimos e estimular-nos a compreender-lhes o sentido relativamente à saúde (Honoré, 2002).

Ao longo de todo o percurso profissional temos identificado os nossos recursos pessoais ajustando-os às necessidades da formação pessoal e profissional, valorizando a autoformação, frequentando cursos de formação académica, cursos de formação contínua e sessões de formação em serviço, de que são exemplos a pós graduação em enfermagem médico-cirúrgica, o curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, o mestrado em enfermagem entre outros.

Devido às rápidas mudanças sociais, científicas, tecnológicas e económicas tal como já referimos, e perante novos desafios ao nível do conhecimento consideramos os saberes como um processo dinâmico e em constante construção. Consideramos que a formação ocorre em qualquer idade, implica uma troca e aquisição de conhecimentos, de atitudes e de experiências.

O conhecimento constrói-se a partir daquilo que já conhecemos mas quando surge um problema, uma incerteza é necessário alcançar uma resposta que está relacionada com a sua vivência e para adaptar as suas experiências solucionando assim os problemas que surgem. A experiência é o recurso mais rico da aprendizagem de adultos. Os formandos adultos apesar da motivação para aprender, de mais responsabilidade, são mais exigentes, experienciam dificuldades e necessitam de exercitar as capacidades sensoriais e perceptivas.

Temos consciência que como adultos temos ideias bem desenvolvidas e definidas sobre nós próprios de acordo com o nosso sistema de crenças e valores, no entanto é essencial admitir que existe necessidade de novos conhecimentos. Esta aprendizagem é um processo ativo e não apenas a passiva receção de conteúdos. Aprendemos mais quando fazemos.

A unidade temática formação contínua aplicada a enfermagem permitiu-nos valorizar a autoformação como componente essencial do desenvolvimento, porque desenvolvemos uma metodologia que até então nunca tínhamos feito, a construção de um mapa conceptual através da ferramenta CmapTools e a partir de uma palavra, que foi enfermagem. A elaboração deste mapa conceptual e do seu descritivo possibilitou-nos ter uma visão e demonstrar aos professores o que representa para nós a enfermagem e como a vivenciamos enquanto profissão.

Recorremos a teoria da aprendizagem significativa desenvolvida por Novak. Este autor, refere que a teoria significativa da aprendizagem é parte integrante, partindo da ideia de que a educação é o conjunto de experiências (cognitivas, afetivas, e psicomotoras) que

contribuem para o engrandecimento (empowerment) do indivíduo para lidar com a vida diária (Moreira, 1998).

Como já referido para exercer enfermagem é necessário estar em constante formação mas esta é também uma profissão que implica trabalhar em equipa.

Integramos equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa.

Trabalhamos em equipa multidisciplinar pois existe a necessidade de diferentes profissões nos cuidados do cliente, é uma estratégia para promover a qualidade dos cuidados. A equipa trabalha em conjunto de forma que através do trabalho e competência das partes se obtenha um bem para algo, têm problemas comuns e o conhecimento de cada elemento da equipa contribuí para atingir o fim a se propõem.

O trabalho de equipa é o trabalho realizado por diversos grupos profissionais de categorias diferentes, para cumprir um objectivo comum, não podendo cada grupo realizar por si só o trabalho destinado à equipa multidisciplinar (Nunes *et al.*, 2005).

A equipa multidisciplinar é confrontada com sentimentos e emoções de vários níveis, situações de grande complexidade tecnológica e de clientes críticos, em contextos alargados, o ambiente de trabalho é stressante.

Dos vários profissionais presentes na unidade, destacamos da equipa multidisciplinar devido a contato direto e diário, os médicos intensivistas, os enfermeiros, alguns de nós com área de especialização diferente, o dietista, o fisiatra, o fisioterapeuta, o psicólogo, o farmacêutico e o capelão.

Consideramos como contexto alargado os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica que têm ameaçado falência de uma ou mais funções vitais. Tentamos prever precocemente a afeção das funções vitais, dar resposta imediata perante a nossa avaliação prevenindo complicações e limitando as incapacidades com o fim de uma recuperação quando possível.

Os nossos cuidados de enfermagem visam a observação, a monitorização e a intervenção contínua de clientes com instabilidade hemodinâmica que podem estar sujeitos a técnicas de substituição das funções vitais.

Como metodologia de resolução de problemas enquanto responsáveis de equipa depois de identificarmos o problema e do recurso a informação que dispomos, formulamos várias hipóteses e analisamo-las de acordo com o nosso conhecimento e a nossa experiência, optando pela resolução que nos oferece mais segurança e não irá causar dano ao cliente ou família.

Esta metodologia ativa consiste em desenvolver uma aprendizagem autónoma que fornece uma prática em analisar uma situação problema, definindo lacunas existentes relativamente à situação, compreendendo o contexto apresentado e conseguindo uma resolução adequada para o mesmo (Abreu & Loureiro, 2007).

Podemos dizer que utilizamos o processo de enfermagem, no entanto devido a rapidez que nos é exigida a intervenção, passamos rapidamente a fase do planeamento que o processo de enfermagem contém.

Como nós, nos identificamos com o paradigma da transformação, onde os acontecimentos são únicos mas em constante interação com tudo o que nos rodeia.

Um fenómeno é único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se completamente com o outro. É assumida a condição de mudança perpétua e de não equilíbrio, em que a interação de fenómenos complexos é entendida como o ponto de partida de uma nova dinâmica cada vez mais complexa. A pessoa é considerada um ser único em que as múltiplas dimensões formam uma unidade. Este ser inteiro e único é indissociável do seu universo, está em relação com o seu meio ambiente ou com o seu meio envolvente, seja interno ou externo (Lopes, 2001).

Consideramos importante que o enfermeiro domine conceitos, fundamentos e teorias da enfermagem aos diferentes campos de intervenção para que seja reconhecido como um elemento de referência, de entre muitos conceitos, modelos e teorias salientamos aqueles aos quais mais recorreremos na nossa prática diária.

Na temática de resolução de problemas referenciamos a teórica de enfermagem Abdellah. O enfermeiro deve ser capaz de resolver problemas para prestar o melhor cuidado de enfermagem, este processo que se assemelha muito às etapas do processo de enfermagem, envolve a identificação do problema, a seleção da informação, a formulação, experimentação e a revisão das hipóteses. O cliente não irá receber cuidados de enfermagem de qualidade se os passos para a resolução do problema forem incorretamente dados (Tomey & Alligood, 2004).

Já referimos que recorreremos a teoria da incerteza na doença, ao modelo da sinergia e ao modelo de iniciado a perito de Benner.

Referimos também Callista Roy e o modelo de adaptação, o nível de adaptação dos nossos clientes e família é uma constante e utilizam como estratégia o processo de coping para lidar com a situação.

Segundo Roy, a adaptação refere-se ao processo e resultados através do qual as pessoas pensantes e sensíveis enquanto indivíduos ou grupos utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental (Tomey & Alligood, 2004).

Não podemos esquecer de referenciar Leininger e a sua teoria da diversidade do cuidar cultural, a nossa sociedade é constituída por pessoas de várias culturas e a quem é necessário prestar cuidados de enfermagem.

A teoria de Leininger baseia-se na crença de que as pessoas de culturas diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros (Tomey & Alligood, 2004).

A diversidade cultural é um componente tanto de saúde quanto de doença, devido às características genéticas, aos valores e às crenças culturais que aprendemos em nossas famílias e comunidades (Taylor, Lillis e LeMone, 2007). A cultura compreende as crenças e os comportamentos aprendidos dos membros de um grupo familiar, nacional ou racial partilhado por eles (Phaneuf, 2005).

É utilizado na nossa prática diária, o modelo de sistemas de Neuman dado que como pessoas somos um sistema aberto que recebe influências do ambiente e que também o influenciemos, estamos em constante interação.

A abordagem holística do modelo torna-o particularmente aplicável a clientes que experimentam stressores complexos que afetam múltiplas variáveis do cliente (Tomey & Alligood, 2004).

Outra teoria que já referimos ao longo deste relatório foi a teoria do conforto de Kolcaba, dado que a permanência dos clientes nas unidades de cuidados intensivos é para eles dolorosa e muito desconfortável por todos os cuidados e procedimentos que são necessários.

O conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) (Tomey & Alligood, 2004).

Não podemos deixar de referenciar Watson e a teoria do cuidar, que é a essência da profissão de enfermagem.

A enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o cliente como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados na sociedade, no presente e no futuro (Watson, 2002).

O cuidar é uma ideia moral mais do que um comportamento orientado pela tarefa e inclui características como a ocasião do cuidar real e o momento do cuidar transpessoal, fenómenos que ocorrem quando existe um verdadeiro relacionamento entre enfermeiro e cliente (Tomey & Alligood, 2004).

Voltando agora ao percurso académico, no curso de pós licenciatura, a unidade temática liderança de equipas permitiu-nos desenvolver capacidades e adquirir aptidões na área da liderança de pessoas e equipas.

O enfermeiro é elemento fundamental na equipa multidisciplinar, deve ter consciência de que a assertividade é essencial para a sua profissão, serve como consultor e elo de ligação para outros profissionais, outras entidades e organizações para melhorar a saúde em geral e obter ganhos em saúde, já que é o profissional que mais tempo passa com o cliente/família e que conhece detalhadamente o que o rodeia passando essa informação entre si ao longo dos turnos.

O trabalhar em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde está definido na alínea b do artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro – dos deveres para com as outras profissões.

Um trabalho em equipa exige um conjunto de valores e princípios (tais como co-responsabilidade, honestidade, lealdade, reciprocidade, sustentabilidade, cooperação e partilha), que são reguladores da conduta entre os profissionais envolvidos e destes em relação à pessoa a assistir (Nunes *et al.* 2005).

Passando agora a analisar outra competência, **agimos no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Conseguimos selecionar meios e estratégias adequados a um determinado problema, procurando resolvê-lo ou minimiza-lo de acordo com os recursos disponíveis, pensamos que utilizamos a metodologia de projeto.

Fazemos pesquisa de literatura, procuramos evidência se queremos modificar algum procedimento. Se detectámos alguma não conformidade teremos que avaliar a situação em si e todos os possíveis fatores envolventes, para traçar a estratégia a fim de eliminar essa não conformidade.

O que aconteceu por exemplo na medicação que tem ampolas semelhantes, juntámos as várias embalagens e em cada passagem de turno até todas as equipas terem informação, íamos alertando para o facto para que não acontecesse erros de troca ou erro de medicação, zelando pela segurança do cliente e abolindo os possíveis efeitos adversos de troca de medicação.

O erro de medicação é qualquer evento evitável que, de facto ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Esse conceito implica que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente. O erro pode estar relacionado à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, armazenamento, distribuição, administração, educação e monitorização (Rosa & Perini, 2003).

Num estudo realizado no Brasil em que se fez a análise da rotulagem de medicamentos semelhantes e os potenciais erros de medicação, concluíram que um dos propulsores do erro de armazenamento e administração é a semelhança de embalagens e nomes dos medicamentos. Foram analisadas 150 embalagens de medicamentos no que respeita aos dados impressos nos rótulos dos medicamentos, a descrição dos nomes, pronúncias e aquisições, características do design, características do design e dados dos rótulos, e potencial perigo dos medicamentos. Este estudo descreve a possibilidade de ocorrência de erro potencial relativo a medicamentos com rotulagem semelhantes e que constitui em um evento ou situação que poderia ter resultado em acidente, lesão ou doença (Lopes *et al.* 2012).

Também há cerca de dois anos a incidência de úlceras de calcâneo era elevada, após observação e deteção de comportamentos dos enfermeiros relativamente aos posicionamentos dos clientes, foram realizadas sessões de formação, sendo que ano passado o número de úlceras de calcâneo diminuiu.

No curso e nas unidades temáticas estratégia de melhoria contínua da qualidade e métodos de tratamento de informação possibilitaram desenvolver competências nas ferramentas da qualidade e aprofundar o conhecimento e as habilidades na utilização de métodos quantitativos.

Conseguimos avaliar os resultados em ganhos de saúde aos cuidados de enfermagem, no caso do nosso trabalho projeto é visível hoje o cuidado que os enfermeiros têm na avaliação da dor e sua gestão, existe uma crescente preocupação com esta temática

que não era tão valorada a uns anos atrás. Os resultados na perspectiva das repercussões éticas e deontológicas também são perceptíveis no trabalho projeto.

Neste trabalho também foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado, os participantes referiram verbalmente a disponibilidade para participar no estudo depois de devidamente informados. Foi respeitada a privacidade, garantido o anonimato, sendo atribuído um número árabe aos questionários.

Em sentido deontológico tem uma dupla vertente, enuncia os deveres profissionais, exercer a profissão com os conhecimentos adequados, respeitando a vida, a dignidade humana e a saúde. E assegura os direitos dos clientes, artigo 88º - da excelência do exercício e artigo 89º - da humanização dos cuidados. O enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Analisando outra competência, **iniciamos e contribuímos para sustentar a investigação e para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos, adquire-se conhecimentos de forma ordenada e sistemática, descrevendo, explicando e predizendo factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 2000).

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, reflectindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que actualmente se debate (Martins, 2008).

Do trabalho projeto realizado e também do plano nacional de avaliação da dor implementamos na unidade uma nova escala de avaliação de dor com base na evidência dos resultados a nível nacional e tendo por base a evidência internacional.

Como objetivo futuro temos a esperança de fazer a análise estatística dos nossos registos como forma de conseguirmos operacionalizar um protocolo de analgesia na unidade, o que seria uma mais-valia para o reconhecimento da equipa de enfermagem na unidade, esta rege-se ainda um pouco pela antiga tradição do poder médico.

A unidade curricular de investigação possibilitou-nos realizar investigação a partir de uma problemática identificada em contexto de trabalho utilizando metodologia

específica, proporcionando o raciocínio crítico e o domínio das etapas do processo de investigação.

Na última competência, **realizamos análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em geral e em enfermagem em particular.**

Esta competência pode ser observada ao longo de todo o trabalho de projeto que realizámos e que aqui neste relatório apresentamos, assim como o que foi descrito relativo a formação dos pares sobre o plano nacional de avaliação da dor.

Consideramos que a organização e a realização do trabalho na metodologia de projeto são hoje fundamentais em diversos domínios dos cuidados de saúde, permitindo a gestão dos problemas, com recurso a melhor e possível estratégia, levando a sua realização e avaliação. São exemplos desta metodologia os programas nacionais de saúde implementados pela Direção Geral de Saúde.

A elaboração do projeto situa-se no campo dos processos mentais e intelectuais. São processos que se reportam a realidades não mentais e às suas transformações, mas o real representado é um real construído ou reconstruído pela actividade mental, a representação é em relação às realidades às quais se reporta uma entidade psicológica nova datada de uma existência própria e independente (Barbier, 1996).

O trabalho projeto é uma metodologia que envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempos de planificação e de intervenção com a finalidade de responder a problemas encontrados, problemas considerados de interesse pelo grupo e com enfoque social. Contempla a recolha e tratamento de dados, estudo de propostas de solução e avaliação contínua. O trabalho projecto é centrado no estudo de problemas (Leite *et al.*, 2001).

Por outro lado requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, planificado e organizado de comum acordo (Castro & Ricardo, 2002).

A principal vantagem desta metodologia é direccionada para resolver um problema concreto, identificado pelos profissionais que trabalham no terreno, e que consideram como falha no seu desempenho, utiliza os recursos disponíveis, une a teoria à prática simultaneamente, alcança uma solução que é divulgada em contexto de formação levando à prática baseada na evidência.

O trabalho projeto permite praticar competências sociais como a comunicação, o trabalho de equipa, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e a avaliação de processos, bem como realizar inúmeras aprendizagens e desenvolver as múltiplas capacidades do grupo (Castro & Ricardo, 2002).

Uma fase muito importante é a divulgação dos resultados dado que é a maneira de dar a conhecer aos outros profissionais a importância do trabalho, qual o percurso realizado para resolver ou minimizar determinado problema.

Existem diversos meios para a divulgação, no nosso caso utilizamos as reuniões de informação em contexto de serviço, são programadas sessões em vários dias de forma a abranger todas as equipas.

O nosso trabalho projeto responde a esta competência pois enquanto enfermeiros temos a responsabilidade profissional de desenvolver os nossos conhecimentos científicos e técnicos ao longo da nossa vida profissional de modo a aperfeiçoar a nossa prática fundamentando-nos na evidência para exercer de acordo com dever do respeito pela vida, pela dignidade humana e bem-estar dos clientes.

Já após o término do curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica foram aprovados pelo colégio da especialidade da Ordem dos Enfermeiros os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Estes visam-se simples e de fácil uso e aplicabilidade com o objetivo de servirem como princípios norteadores e de referência para a prática especializada. Têm por base o enquadramento conceptual já existente, as sete categorias de enunciados descritivos são a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ao terminar esta reflexão e análise de todas as competências, as comuns, as específicas e as de mestre, e a análise detalhada que fizemos sobre o modelo de sinergia consideramos que demos resposta ao proposto pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados.

4 - CONCLUSÃO

Consideramos a formação como um pilar essencial na nossa profissão, somos nós que a conduzimos, que aprendemos através da análise reflexiva, detetamos onde é necessário aprender dado que ao vivenciar situações complexas sentimos necessidade de desenvolver e atualizar as nossas competências.

Cuidar da pessoa em situação crítica é um desafio para nós, devido ao estado do cliente, o corpo deste é invadido pela agressividade técnica e diagnóstica imposta pelo tratamento da doença, do trauma e da falência orgânica em que o principal objetivo é tratar e curar, não esquecendo que o cliente é mais que um corpo, envolvido por diversas dimensões que estão também afetados e em desequilíbrio assim como a sua família.

As alterações no equilíbrio do nosso corpo, esta magnífica máquina que a primeira vista parece perfeitamente funcionante, pode levar-nos a condição de clientes em cuidados de saúde, em situação de doença e de doentes.

A doença vem alterar a definição que temos de nós próprios, vem tornar-nos dependentes, incapacitados e desencadeando processos de revolta e de negação. Associado a nós, as pessoas que nos são queridas, a nossa família, também vive esta crise que se instalou, por vezes por tempo indeterminado e de acordo com a nossa experiência com um triste final. Toda a doença tem associada a experiência da dor, do sofrimento. A dor, tema do nosso trabalho projeto, deve ser valorizada, diagnosticada, avaliada sistematicamente e registada pelo enfermeiro como norma de boa prática e de qualidade.

Uma causa profunda de perturbação da qualidade de vida é certamente a dor, porque a dor não atinge simplesmente um órgão. Ela irradia para todo o corpo, perturba as atividades, diminui a concentração intelectual, transforma o psíquico, provoca stress na célula familiar e empobrece as relações sociais (Couvreur, 2001).

Consideramos como contributo do trabalho projeto o alerta dos pares para a dor dos nossos clientes e incentivá-los e iniciar medidas de alívio. Outro contributo e este inovador, seria a existência de um protocolo de analgesia, para o qual nos encontramos a trabalhar.

O nosso trabalho projeto sobre a temática da avaliação da dor, tal como já foi referido, onde utilizamos a metodologia de projeto e envolveu todos os pares da unidade onde trabalhamos. Estabelecemos quatro objetivos e associados a estes desenvolvemos atividades e estratégias para os atingir, recorreremos ao uso de indicadores de avaliação.

No nosso trabalho consultamos os registos de enfermagem, aplicamos um questionário aos pares e demos-lhe a conhecer os resultados obtidos dos questionários através de carta personalizada, elaboramos uma nova norma que contemplava uma escala comportamental de avaliação de dor e permitiu-nos confirmar que a dor ainda era pouco valorada na nossa unidade e não era avaliada de modo sistemático.

Este relatório traduz também o desenvolvimento profissional de competências clínicas especializadas e de mestre nos cuidados diferenciados através dos estágios realizados na Pós Graduação e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica de forma a desenvolver estas competências, a integrar a equipa multidisciplinar de forma proativa, a agir na tomada de decisão e raciocínio recorrendo a argumentos rigorosos, contribuindo e sustentando a investigação e a enfermagem baseada na evidência para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Tentamos abordar as competências comuns e específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde fazendo sempre possível a ligação ao contexto de trabalho exemplificando com situações reais, refletindo sobre a praxis, e recorrendo a evidência existente, conscientes da importância da mudança de comportamentos e de uma tomada de decisão assertiva.

Uma mais-valia dos cursos frequentados foi a unidade temática supervisão de cuidados que permitiu ligar a prestação de cuidados em estágio a reflexão da prática orientando a tomada de decisão através do juízo de diagnóstico de enfermagem e do desenvolvimento de competências de planeamento e de tomada de decisão clínica em enfermagem.

A nível pessoal possibilitou-nos a reflexão de determinados aspetos que devido a constante correria que se vive numa unidade de cuidados intensivos nem sempre fazemos de forma criteriosa e estruturada para que o agir seja holístico, respeitando na íntegra os direitos do cliente.

A nível do serviço trouxe benefícios pois permitiu-nos demonstrar pela evidência que a escala usada não é a mais indicada, adotando-se uma escala de comportamental para avaliação da dor para clientes sedados e ventilados. Já posteriormente, procedemos a elaboração de uma norma de orientação clínica, de avaliação da dor que contempla a escala comportamental para a gestão diferenciada deste sintoma.

Salientamos como aspeto facilitador da aprendizagem o facto do especial ênfase de nos tornar proativos, pois permitiu-nos desenvolver e aperfeiçoar capacidades cognitivas e funcionais que estavam adormecidas.

Outro aspeto facilitador foi a unidade curricular praxis clínica do curso anterior decorrer em contexto de trabalho pois possibilitou-nos valorizar recursos que só nos apercebemos quando conversamos com os pares que não têm essa possibilidade.

Consideramos também como aspeto facilitador o facto de desenvolver um trabalho num local onde somos conhecidos e reconhecidos, permitindo uma relação mais abrangente e maior colaboração dos colegas, trazendo também benefícios para a unidade dado que o projeto desenvolvido visa melhorar a qualidade dos nossos cuidados de enfermagem e mesmo após o término deste percurso académico temos a possibilidade de continuar o trabalho, demonstrando disponibilidade para esclarecer ou incentivar a boa prática.

Em relação aos objetivos do relatório consideramos que os atingimos, apresentamos o modelo e a teoria de enfermagem com que nos identificamos, realizamos uma revisão alargada da literatura sobre a temática da avaliação da dor, apresentamos o projeto de intervenção em serviço desenvolvido sob a metodologia de projeto na área da avaliação da dor em cuidados intensivos e refletimos sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao terminar este Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica utilizamos a dinâmica da reflexão permitindo assim adquirir ou desenvolver competências cognitivas, funcionais, pessoais, éticas e deontológicas, e adquirir maturidade no autoconhecimento, valores e relações interpessoais.

Como perspectivas futuras, tendo por princípio que a forma como vemos e conhecemos a enfermagem influencia a forma como fazemos enfermagem, pensamos em continuar a adquirir saberes e competências práticas sustentadas na investigação para que possamos ter autonomia de pensar e de agir definindo assim o valor dos cuidados de enfermagem, dando a visibilidade à profissão, dignificando-a e que se irá traduzir em ganhos de saúde para os nossos clientes.

Como projeto futuro também esperamos que a unidade seja candidata a acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática e acreditada, para assim obtermos a certificação de supervisor clínico de prática tutelada em enfermagem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbier, J. (1996). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Bilhim, J. (2006). *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas* (5ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Cabral, H. (2008). O Significado Cultural da Dor: Contributo para a Prática dos Cuidados em Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, (nº 30), 59-63.

Castro, L., & Ricardo, M. (2002). *Gerir o Trabalho Projecto: Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares* (7ª ed.). Lisboa: Texto Editora.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos Existencial – Humanistas da Relação de Ajuda* (vol v.). Loures: Lusodidacta.

Chambel, M. & Currel, L. (2008). *Psicologia Organizacional: Da Estrutura à Cultura*. Lisboa: Livros Horizonte.

Chiavenato, I. (2007). *Empreendedorismo: Dando asas ao espírito empreendedor* (2ª ed.). São Paulo: Editora Saraiva.

Conian, S. (2001). *Controlo da Dor* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Coutinho, C. (2005). Humanizar é sempre possível. *Revista Informar*, Ano XII (35), 39-42.

Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida: Arte Para Viver no Século XXI*. Loures: Lusociência.

Craig, J., & Smith, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para os Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina.

Elkin, M., Perry, M., & Potter, P. (2005). *Intervenção de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* (2ª ed). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fragata, J., & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina.

Helman, C. (2000). *Cultura, Saúde e Doença*. (4ª ed.). São Paulo: Artmed.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

José, H. (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem: Vivências de Doentes e Enfermeiros*. (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Kazanowski, M., & Laccetti, M. (2005) *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. (2001). *Trabalho Projecto: 1. Aprender Por Projectos Centrados Em Problemas*. (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Lopes, M. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações*. (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002) *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.

Neves, M., & Pacheco, S. (2004) *Para Uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nunes, L. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881 – 1998)*. Loures: Lusociência.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (2008). Responsabilidade Ética e Deontológica. *Ordem dos Enfermeiros*, (29), 72-80.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional Para a Prática Enfermagem: Versão 1.0*. Geneva: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Pombo, D. (2008). Relação de Ajuda Com a Pessoa em Fim de Vida (ou Pessoa em Fase Terminal). *Percursos*, (7), 40 – 44.

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Relatório de Actividades da Gestão do Risco (2009). Lisboa, Unidade de Gestão do Risco.

Renaud, M. (2001). Valores: Será Que Hoje Já Não Há Valores. *Educar Hoje*, VI, 40 – 45.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa* (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37.

Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para Profissionais da Equipa de Saúde* (1ªed.). Lisboa: Principia.

Savater, F. (2003). *Ética Para Um Jovem* (11ª ed.). Oeiras: Editorial Presença.

Serrão, D., & Nunes, R. (1999). *Ética em Cuidados de Enfermagem*. Porto: Porto Editora.

Soares, A. (1997). Reflectindo Sobre o Relatório Crítico de Actividades. *Revista Nursing*, Dez 1997, 35-38.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Swearingen, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico: Intervenções em Enfermagem e Problemas Colaborativos* (4ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Tavares, A. (1992). *Cadernos de Formação 2: Método e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.

Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2007). *Fundamentos de Enfermagem: A Arte e a Ciência do Cuidado em Enfermagem* (5ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações* (2ªed.). Madrid: McGraw Hill.

Thelan, L., Davie, J., Urden, L., & Lough, M. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. (2ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ªed.). Loures: Lusociência.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.

5.2 – REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

Abreu, C., & Loureiro, C. (2007). Aprendizagem por Resolução de Problemas – Uma experiência pluridisciplinar e multicultural. *Referência*, (5), 8-15. Recuperado em 23 setembro, 2012, de http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=4&id_rev=4&id_edicao=3

Abreu, L., Munari, D., Queiroz, A., & Fernandes, C. (2005). O trabalho de equipa em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (2), 203-207. Recuperado em 11 setembro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a15.pdf>

Ahlers, S., Gulik, L., Veen, A., Dongen, H., Bruins, P., Belitser, S., Boer, A., Tibboel, D., & Knibbe, C. (2008). *Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU*. Recuperado 20 junho, 2012 de <http://ccforum.com/content/12/1/R15>

Aissoui, Y., Zeggwagh, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). *Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated and Mechanically Ventilated Patients*. Recuperado em 19 maio, 2009, de, <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/full/101/5/1470>

Almeida, M., & Ribeiro, J. (2008). Stress nos Doentes de Cuidados Intensivos. *Revista Referência*, (7), 79-88. Recuperado em 23 novembro, 2009, de www.esebb.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro

Amaral, J. (2007). *Como Fazer Pesquisa Bibliográfica*. Ceára. Recuperado em 10 maio, 2011, de <http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>

American Association of Critical Care Nurses. (2011). *The AACN Synergy Model for Patient Care*. Columbia. Recuperado em 29 julho, 2011, de <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?mid=2890&menu=certification>

Archer, L. (1999). *Reflexão Ética Sobre A Dignidade Humana*. Lisboa, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, documento de trabalho, 26/cnecv/99. Recuperado em 20 abril 2011, de http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf

Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. *Dor*. Lisboa. Recuperado em 02 janeiro, 2009, de <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c>

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala behavioral Pain Scale-Intubated Patient. *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 7-16. Recuperado em 19 abril, 2013 de http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2349&id_revista=9&id_edicao=51

Berwanger, O., Suzumura, E., Buehler, A., & Oliveira, J. (2007). Como Avaliar Criticamente Revisões Sistemáticas e Metanálises. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (4), 475-480. Recuperado em 2 junho, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a12v19n4.pdf>

Bottega, F., & Fontana, R. (2010). *A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral*. Florianópolis. Recuperado em 29 outubro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>

Brewer, B., Wojner-Alexandrov, A., Triola, N., Pacini, C., Cline, M., Rust J., & Kerfoot, K. (2007). AACN Synergy model's characteristics of patients: Psychometric analyses in a tertiary care health system. *American Journal of Critical Care*, 16, 158-167. Recuperado em 18 setembro, 2012 de <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/2/158.full.pdf>

Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in critical care*, 13 (6), 288-297. Recuperado em 25 setembro, 2010 de http://scholar.google.pt/scholar_url?hl=pt-PT&q=http://www.jpp.perawatpintar.web.id/index.php/jpp/article/download/20/pdf&sa=X&scisig=AAGBfm0QmRoYe0Ba9XsV8fz9F4TgXRQgsw&oi=scholar&ei=1AwCUvSrPI mJ7AbHtoGoBQ&ved=0CC0QgAMoATAA

Calil, A., & Pimenta, C. (2005). Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13 (5), 692-699. Recuperado em 03 junho, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500013

Cestari, M. (2003). Padrões de Conhecimento da Enfermagem e suas Implicações para o Ensino. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24 (1), 34-42. Recuperado em 30 maio, 2009, de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4435/2361>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e acção*. Lisboa. Recuperado em 10 abril, 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

Cordeiro, A. (2009). *Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem*. Lisboa. Recuperado em 17 agosto, 2011, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2021/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf

Costa, J. (1999). *Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem*. Porto. Recuperado em 20 junho, 2011, de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10141>

Critical Care Nurse (2002). *The Sinergy Model in Praticce – Promoting Snergy in Progressive Care*. (2002). *Critical Care Nurse*, 22(4), 60-66. Recuperado em 29 julho, 2011, de <http://www.aacn.org/WD/Certifications/Docs/synergymodelaug.pdf>

Cunha, V., & Tourinho, E. (2010). Assertividade e Autocontrole: Interpretação Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 295-304. Recuperado em 23 junho, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a11v26n2.pdf>

Curley, P. (1998). Patient-nurse synergy: Optimizing patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 7 (1). Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synarticl1.pcms?menu>

Czerwinski, S., Blastic, L., & Rice, B. (1999). The synergy model: Building a clinical advancement Program. *Critical Care Nurse*, 4 (19). Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract4.pcems?menu=>

Direcção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional Luta Contra a Dor*. Lisboa. Recuperado em 02 janeiro, 2009 de http://www.academia.edu/350728/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor_National_Plan_for_the_Fight_Against_Pain

Direcção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa. Recuperado em 15 agosto, 2011, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direcção Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada a Cuidados de Saúde*. Lisboa. Recuperado em 18 setembro, 2011, de http://srsdocs.com/parcerias/publicacoes/diversos/programa_nacional_infeccao.pdf

Direcção Geral da Saúde. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção*. Lisboa. Recuperado em 18 setembro, 2011, de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

Direcção Geral da Saúde. (2010). *Campanha Nacional de Higiene das Mãos: Relatório 2008-2010*. Lisboa. Recuperado em 18 setembro, 2011, de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

Direcção Geral da Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Orientação 007/2010. Recuperado em 30 junho, 2011, de <http://www.dgs.pt/>

Domenico, E. & Ide, C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Revista latino-am enfermagem*, 11(1) 115-118. Recuperado em 07 junho, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>

DuAnne, E. (1999). *The Synergy Model: Linking Patient Needs to Nurse Competencies*. Columbia, American Association of Critical Care Nurses. Recuperado em 29 julho, 2011, de <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract2.pcms?mid=2890&menu=certification>

Ferrito, C. (2007). Enfermagem Baseada na Evidência- Estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Percursos*, (3), 36-40. Recuperado em 30 junho, 2012 de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n3_Jan2007.pdf

Geadá, A., & Pedro, A. (2010). *Planear a Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados De Saúde*. Lisboa, Nursing. Recuperado em 01 outubro, 2011, de http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3560:planear-a-vigilancia-epidemiologica-das-infeccoes-associadas-aos-cuidados-de-saude&catid=215:maio-a-junho-2010

Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. (2004). Pain assessment and management in critically ill intubated patients: A retrospective study. *American journal of critical care*, 13 (2), 126-136. Recuperado em 20 junho, 2012 de, <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/2/126.full.pdf+html>

Graça, L. (2000). *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica*. Recuperado em 18 julho, 2010, de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos85.html>

Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical care* 9 (2), 96-109. Recuperado em 01 julho, 2012 de <http://ccforum.com/content/9/2/R96>

Grupo de avaliação da dor. (2011). Resultados do relatório preliminar. Recuperado em 05 novembro, 2011, de <http://dl.dropbox.com/u/40118346/Relat%C3%B3rio%20Preliminar%20GAD-SPCI.pdf>

Hardin, S., & Hussey, L. (2003). AACN Synergy Model for Patient Care - Case Study of a CHF Patient. *Critical Care Nurse*, 23 (1), 73-76. Recuperado em 29 julho, 2011, de <http://www.aacn.org/WD/Certifications/Docs/synergyfeb03.pdf>

Henriques, J., & Santos, P. (2009). *Gestão de Conflitos e Gestão de Stress*. Recuperado em 15 março, 2009, de <http://student.dei.uc.pt/~jpdias/gestao/Stress/>

Kerfoot, K., & Cox, M. (2005). The synergy model: The ultimate Mentoring model. *Critical care nurses clinics of north America* 17, 109-112. Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://bmhlibrary.info/15862732.pdf>

Kramer, A., Schwebke, I., & Kampf, G. (2006). *How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces: A systematic review*. Berlim. Recuperado em 30 setembro, 2011, de <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130>

Lei nº 27 de 03 de Julho de 2006 (2006). Dispõe a actividade de protecção civil. Lisboa. Recuperado em 10 setembro, 2011, de http://www.mai.gov.pt/data/areas_accao/Protecao_socorro/lei_bases_27_2006.pdf

Lopes, D., Néri, E., Madeira, L., Neto, P., Lélis, A., Souza, T., Oliveira, A., Costa, L., & Fonteles, M. (2012). Análise de rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. *Associação medicina Brasileira*, 58 (1), 95-103. Recuperado em 14 outubro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a21.pdf>

Marin, S. (2005). A propósito de la enfermeira basada en la evidencia: alguns cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(2). 138-146. Recuperado em 30 outubro, 2012 de

http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/456/Modulo1/A_PROPOSITO_DE_LA_ENFERMERIA_BASADA_EN_LA_EVIDENCIA.pdf

Markey, D. (2001). *Applying the Synergy Model: Clinical Strategies*. Columbia, American association of Critical Care Nurses. Recuperado em 29 julho, 2011, de <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract11.pcms?mid=2890&menu=certification>

Martins, C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a Dimensão Ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66. Recuperado em 10 maio, 2012 de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

Moreira, M. (1998). *A Teoria de Educação de Novak e o Modelo de Ensino Aprendizagem de Gowin*. Recuperado em 07 outubro, 2010, de http://www.4shared.com/office/4enrVhO6/Capitulo_11_-_A_teor%C3%ADa_de_educ.html

Nascimento, L., & Kreling, M. (2011). Avaliação da dor como quinto sinal: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta paulista de enfermagem*, 24 (1) 50-54. Recuperado em 24 junho, 2012 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100007

Nunes, L. (1999): *O que distingue alguns tipos de normas*. Recuperado em 15 novembro, 2009, de http://www.esmf.pt/paginas/cursos/energias_renovaveis09/desenho_tecnico_10e/m1_recur_sos/tiposnormas_pf.pdf

Nunes, L. (2002). *Cinco Estrelas: Acerca das Competências Morais no Exercício de Enfermagem*. Lisboa. Recuperado 05 setembro, 2011, de http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/cincoestrelas.pdf

Nunes, L. (2006). *Perspectiva Ética da Gestão do Risco: Caminhos para Cuidados Seguros*. Recuperado em 04 fevereiro, 2011, de

http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma Exploração da Natureza e Atributos dos Peritos e dos Processos de Conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, (17), 3-9. Recuperado em 10 Fevereiro, 2011, de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.

Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. (2003). Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions of critical care nursing*, 22 (6), 260-267. Recuperado em 29 junho, 2012, de <http://journals.lww.com/dccjournal/toc/2003/11000>

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Parecer Conselho Jurisdicional 67/2003*. Recuperado em 12 novembro, 2010, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_67-2003.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem*. Lisboa. Recuperado em 04 abril, 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática- Dor*. Lisboa. Recuperado em 20, maio, 2010, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Recuperado em 05 maio, 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Payen, J., Bru, O., Bossom, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral

pain scale. *Crit Care Med*, 29 (12), 2258-2263. Recuperado em 20 maio, 2012 de <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/787.pdf>

Payen, J., Chanque, G., Mantz, J., Hercule, C., Auriant, I., Leguillou, J., Binhas, M., Genty, C., Rolland, C., & Bosson, J. (2007). Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients. *Anesthesiology* 106(4), 687-695. Recuperado em 30 junho, 2012 de <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/1641.pdf>

Pedrolo, E., Danski, T., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta prática profissional do enfermeiro. *Revista Cogitare Enfermagem*, 14(4), 760-763. Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16396/1087>

Pereira, A., & Bachion, M. (2006). Actualidades em revisão sistemática, critérios de força e grau de recomendações de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (4),491-498. Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>

Pires, A. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa. *Sisifo-revista de ciências de educação*, (3), 5-20. Recuperado de 22 outubro, 2012, de <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo0201.pdf>

Pontes, V., Menezes, E., Cunha, F., Ângelo, M., Salviano, M., & Oliveira, I. (2006). *Perfil de Resistência de Acinetobacter baumannii a Antimicrobianos nas Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza*. Fortaleza. Recuperado em 01 de outubro, 2011, de http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_12.pdf

Puntillo, K., Neighbor, M., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing* 4(4), 171-175. Recuperado 29 junho, 2012 de

http://sitemaker.umich.edu/emjournalclub/article_database/da.data/81832/PDF/nurse_assessment_pain_pain_manag_nurse.pdf

Rezende, H. (2010). *A Liderança Transformacional e Transaccional e as suas Influências nos Comportamentos de Cidadania Organizacional*. Lisboa. Recuperado em 14 de junho, 2011, de http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/2524/1/tese_Helena_Rezende.pdf

Ribeiro, S. (2010). *Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados na Região Transfronteiriça Chaves-Verín: Proposta de Actuação*. Porto, dissertação de mestrado em medicina de catástrofe. Recuperado em 07 setembro, 2011, de <http://www.rcaap.pt/results.jsp>

Ribeiro, N., Barreto, S., Hora, E., & Sousa, M. (2011). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: O quinto sinal vital. *Revista escola enfermagem USP*, 45 (1), 146-152. Recuperado em 29 junho, 2012 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100020&script=sci_arttext

Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (2), 229-239. Recuperado em 05 agosto, 2011, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>

Regulamento n.º 122/2011. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, Diário da República, 2ª série, nº35, 18 Fevereiro. Recuperado em 04 abril, 2011, de http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf

Regulamento n.º 124/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Diário da República, 2ª série, nº35, 18 Fevereiro. Recuperado em 04 abril, 2011, de <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>

Rosa, M., & Perini, E. (2003). Erros de medicação: Quem foi?. *Associação medicina brasileira*, 49 (3), 335-341. Recuperado em 14 outubro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v49n3/a41v49n3.pdf>

Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 83-89. Recuperado em 2 junho, 2012 de <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>

Santos, C., & Soares, C. (2008). *O doente com alterações cognitivas: Como avaliar a sua dor*. Lisboa. Recuperado em 23 janeiro, 2009, de http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2008/jornal32.pdf

Silva, D., & Batoca, E. (2008). *O conhecimento científico e a enfermagem*. Recuperado em 12 julho, 2011, de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/13.htm>

Smith, M., & Liehr, P. (2008). *Middle range theory for nursing*. (2ª Ed.). (Cap. 4, pp. 55-79) New York. Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://books.google.pt/books?id=BxrrFVwW4PgC&pg=PA55&lpg=PA55&dq=midrange+theory+merle+mishel&source=bl&ots=RYEMX7lsFD&sig=Kmwau5cQPATlwH4WnAFbTAsCY6k&hl=ptPT&sa=X&ei=QYCjULiYC425hAfokYD4CQ&sqi=2&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=midrange%20theory%20merle%20mishel&f=true>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa. Recuperado em 16 julho, 2011, de http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Viana, D., Dupas, G., & Pedreira, M. (2006). *A Avaliação da Dor da Criança Pelas Enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo. Recuperado em 29 maio, 2009, de <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1188.pdf>

Vilela, H., & Ferreira, D. (2006). *Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos*. Amadora. Recuperado em 19 maio, 2009, de <http://www.spc.pt/spc/pdfs/artigos/690.pdf>

Villalobos, M. (2007). Teoria de enfermería: Un camindo de herradura?. *Aquichan*, 7 (2), 161-173. Recuperado em 30 outubro, 2012, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n2/v7n2a05.pdf>

Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a behavioural pain scale in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and critical care nursing* 22, 32-39. Recuperado em 17 junho, 2012 de <http://www.consensus-conference.org/data/upload/consensos/1/pdf/1670.pdf>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Artigo de Projeto de Intervenção em Serviço

TRABALHO DE PROJETO - AVALIAÇÃO DA DOR EM CUIDADOS INTENSIVOS

Work Project – Pain Assessment in Intensive Care Unit

SILVA, Mafalda¹; RUIVO, Alice ²; CARNEIRO, Teresa³

Resumo

Pela nossa prática consideramos a dor como uma experiência subjetiva, complexa e multidimensional, é um fenómeno vivido nas unidades de cuidados intensivos. A identificação do cliente com dor, a avaliação da sua intensidade, o planeamento e as intervenções são considerados como prioridade dos cuidados de enfermagem em clientes críticos.

A dor é considerada como 5º Sinal Vital pela Direção Geral da Saúde (2003), os enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa dispõem uma Norma de Procedimento para avaliar a intensidade da dor desde 2006, tendo-nos disposto a avaliar o seu cumprimento na realização de um projeto de intervenção em serviço.

O projeto de intervenção foi desenvolvido tendo por suporte a metodologia de projeto. A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010).

Os objetivos deste trabalho foram: Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor numa unidade de cuidados intensivos da região de Lisboa; Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros desta unidade; Realizar sessões de formação sobre a dor; Propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.

Os resultados obtidos demonstraram que os enfermeiros avaliam a intensidade da dor; reconhecem o controlo desta como um direito dos clientes e um dever da sua parte; consideram como norma de boa prática quer a prevenção quer o alívio da dor mas não têm como prática a avaliação regular e sistemática da mesma e a escala utilizada não era adequada aos clientes em cuidados intensivos.

A implicação prática e objetiva deste trabalho foi a alteração da utilização da escala de avaliação da dor na unidade em estudo. As implicações globais ao nível da qualidade assentam nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros, principalmente ao nível da satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado e a organização dos cuidados.

Palavras-chaves: Avaliação da Dor; Unidade de cuidados intensivos; Metodologia de Projeto; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Through our practice we consider pain as a subjective experience, complex and multidimensional, is a phenomenon experienced in intensive care units. The identification of the client with pain, assessment of its intensity, planning and interventions are considered as priority of nursing care in critical clients.

¹Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Centro Hospitalar da área de Lisboa e aluna do 2ºMestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica IPS-ESS, mafalda.caiado@gmail.com

²Professora Doutora IPS-ESS, orientadora do 2ºMestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica IPS-ESS e co-autora, maruivo@ess.ips.pt

³Enfermeira Diretora Instituto Português de Oncologia, teresa.carneiro@sapo.pt

Pain is considered as the 5th Vital Sign by the Direção Geral da Saúde (2003), the nurses in a Portuguese intensive care unit have a standard procedure for assessing pain intensity since 2006, taking us willing to assess their fulfillment with the conducting an intervention project in service.

The intervention project was developed with support by the project methodology. The methodology of the project's main objective is to focus on solving problems and, through it, to acquire skills and competencies of personal characteristics for the preparation and implementation of projects in a real situation. The methodology constitutes itself as a bridge between theory and practice, since their support is the theoretical knowledge to later be applied in practice (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem, 2010).

The objectives of this study were to evaluate fulfillment the standard procedure, pain assessment in an intensive care unit in the region of Lisbon; determine the importance of pain assessment by nurses of this unit; provide training sessions; Proposing restructuring the standard procedure or change the scale of pain.

The results showed that nurses assess pain intensity; recognize the control of this as a right of the client and a duty on their part; regard as standard good practice either prevention or relief of pain but do not have the practice of regular and systematic assessing and the scale used in the unit was not appropriate to clients in intensive care units.

The practical and objective of this study was the change of use the rating scale of pain in the studied unit. The global implications in terms of quality descriptive statements are based on the quality standards of the order of nurses, especially in terms of client satisfaction, prevention of complication, wellness and self-care and care organization.

Key Words: Pain Assessment, Intensive Care Unit, Project Methodology; Quality of Nursing Care.

Introdução

Consideramos a dor como uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada pelo ser humano. Associada usualmente a fatores negativos, produzem no cliente sentimentos de medo, ansiedade, angústia, incapacidade, dependência, sofrimento, stresse, de perda e mesmo antevisão da morte.

A dor é uma percepção com características específicas, aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (OE, 2005).

As unidades de cuidados intensivos são um contexto específico de prestação de cuidados de saúde, diferenciam-se dos

outros serviços pelo desenvolvimento tecnológico de monitorização e da intervenção terapêutica, pelas competências dos recursos humanos e pela prestação de cuidados a clientes críticos (DGS, 2003).

Os clientes críticos sentem dor considerável oriunda de condições patológicas, lesões, intervenções terapêuticas como a cirurgia e múltiplos procedimentos diagnósticos e invasivos. Mesmo os clientes que parecem inconscientes sentem dor (Swearingen & Keen, 2005).

O problema identificado por nós enquanto profissionais de uma unidade de cuidados intensivos foi a não existência de dados acerca da avaliação da norma de procedimento da unidade. Com esta problemática desenvolvemos um trabalho de projeto no âmbito de um Curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica de uma escola de saúde do distrito de Setúbal, onde nos propusemos avaliar o cumprimento dessa norma.

O principal objetivo deste artigo é dar a conhecer o trabalho desenvolvido na área da avaliação da dor e assim poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Avaliação da Dor

De acordo com os estudos já realizados sobre a temática, Payen et al. (2001), Odhner et al. (2003), Young et al. (2005), Aissaoui et al. (2005), Payen et al. (2007), Cade (2008), Ribeiro et al. (2010), Nascimento & Kreling (2010) e o recente estudo do grupo de avaliação da dor (2011), da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, que vêm reforçar a necessidade da avaliação da dor em clientes que não podem comunicar a intensidade da sua dor e assim eleger uma escala comportamental adequada a estes clientes.

A necessidade de avaliar a dor surge porque existe uma relação proporcional entre a importância da lesão e a dor referida pelo cliente e não existem marcadores específicos para a dor (Metzger, Muller, Scwetta, & Walter, 2002).

Os autores supra citados referem que os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade. Exemplo destas escalas são a escala visual analógica, a escala numérica, escala qualitativa e escala de faces, utilizadas em clientes conscientes. As escalas multidimensionais são questionários e consideram a dor em categorias e dimensões sensorial-discriminativa, motivacional-afetiva e cognitiva-avaliativa, a mais conhecida é o questionário de McGill, este instrumento é difícil de aplicar quer na prática quer na compreensão do cliente. Esta escala utiliza uma lista de termos que descrevem qualidades de dor envolve três grandes grupos representando qualidades sensoriais, qualidades afetivas e termos da avaliação que expressam a experiência objetiva de dor.

Enquanto as escalas comportamentais permitem avaliar as consequências da dor na vida do cliente. Foram desenvolvidas para mensurar especificamente a intensidade da dor em clientes sedados, com ventilação mecânica e inconscientes (Payen et al., 2001).

A maioria dos clientes internados em unidades de cuidados intensivos apresenta esta condição.

Concordo que na prestação de cuidados depararmo-nos frequentemente com a dificuldade do cliente em colaborar na avaliação da dor, uma vez que esta capacidade é influenciada por problemas sensoriais tais como défices cognitivos, períodos de desorientação, agitação ou ansiedade (Santos & Soares, 2008).

Os resultados do estudo do grupo de avaliação da dor (2011), da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos vem uniformizar o recurso à escala comportamental de avaliação da dor para todas as unidades de cuidados intensivos do país.

Projeto de Intervenção em Serviço

O trabalho projeto é uma metodologia que envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempos de planificação e de intervenção com a finalidade de responder a problemas encontrados, problemas considerados de interesse pelo grupo e com enfoque social. Contempla a recolha e tratamento de dados, estudo de propostas de solução e avaliação contínua. O trabalho projecto é centrado no estudo de problemas (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Para a realização deste trabalho projeto participaram os enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos da região de Lisboa.

Em relação às principais patologias, recebe clientes de várias valências sendo as mais frequentes medicina, cirurgia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, urologia, cardiologia e traumatologia.

De acordo com a relevância da temática da dor, tendo em conta a necessidade de se avaliar a dor em

clientes críticos, pelos dados das entrevistas semiestruturadas realizadas à Enfermeira Chefe do serviço em questão e pelo nosso próprio interesse na temática propusemo-nos avaliar a norma de procedimento sobre a avaliação da dor, e se esta era cumprida pelos pares pois desde a sua implementação em 2006 não existiam dados de qualquer tipo de avaliação da sua aplicação.

Estabelecemos como objetivo geral para este trabalho: Melhorar a qualidade dos cuidados prestados na UCI aos clientes com dor.

E como objetivos específicos:

- ✓ Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor.
- ✓ Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros da unidade.
- ✓ Realizar sessões de formação em serviço.
- ✓ Propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.

Delineamos atividades e estratégias para atingir os objetivos propostos.

Utilizamos como estratégias e recursos a pesquisa bibliográfica, o conhecimento e experiência das Enfermeira Chefe e Professora, recorreremos aos pares, à consulta dos processos clínicos dando especial atenção aos registos de enfermagem.

Existiram cinco atividades / estratégias que foram comuns a todos os objetivos, a pesquisa bibliográfica, as entrevistas não estruturadas com os pares, as entrevistas semiestruturadas com Enfermeira Chefe, as reuniões em contexto de estágio e a revisão alargada da literatura.

A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo o trabalho científico que influenciará todas as etapas de uma pesquisa (Amaral, 2007).

As entrevistas não estruturadas com os pares são muito importantes dado que em contexto não formal a expressão de opiniões, críticas, ideias se fazem de forma natural sem receio de mal interpretado.

As entrevistas semiestruturadas com Enfermeira Chefe são essenciais pois é

o elemento fundamental na orientação da unidade, são úteis e proveitosas permitem a orientação do projeto tendo por base os seus objetivos na unidade.

As reuniões em contexto de estágio permitem que de acordo com a orientação do tutor se obtenha os melhores resultados de forma a dar visibilidade e incentivar os pares quer a melhorar a prática quer a mudanças de comportamento.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação (Fortin, 2000). Passamos agora a analisar detalhadamente cada objetivo:

Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor.

As normas de procedimento contêm uma descrição detalhada sequencial de como uma atividade deve ser realizada, permite organizar os procedimentos na equipa e facilita a integração de pessoal, tem como características: são baseadas em princípios científicos, carece de atualização e de avaliação contínuas. São de carácter técnico podem ser uniformes para toda a organização, estruturada em forma textual ou em colunas apresentando lado a lado os passos do procedimento e a justificação. É revista sempre por elementos científicos ou alterações da prática o justifiquem (Nunes, 1999).

Para atingirmos este objetivo realizamos consulta dos processos clínicos mais propriamente dos registos de enfermagem.

O processo clínico é um documento legal. Através da documentação rigorosa, o processo serve como descrição exata do que sucedeu no sistema de cuidados de saúde (Elkin, Perry & Potter, 2005).

Por registos de enfermagem entende-se que seja o conjunto de informações escritas produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante

informação necessária para a continuidade dos cuidados. (OE, 2004). Optamos por realizar consulta dos registos de enfermagem a todos os clientes internados na unidade de cuidados intensivos uma vez por semana.

No mês de abril foram internados na unidade vinte e quatro clientes. Como critério de inclusão no estudo tínhamos estabelecido que seriam apenas avaliados os processos após as vinte e quatro horas de internamento para permitir alguma estabilização das situações.

Com a aplicação deste critério, da totalidade de clientes internados, três não foram incluídos no estudo pois faleceram em vinte e quatro horas.

Dos processos dos vinte e um clientes disponíveis para avaliar (87.5%) e dado que a colheita de dados foi realizada uma vez por semana, houveram seis clientes que entre uma semana e a outra foram transferidos ficando assim quinze clientes para avaliar durante um mês (62,5%).

Os clientes apresentavam como diagnóstico clínico a insuficiência respiratória, o choque séptico, vários traumas e endocardite, e as idades variavam entre os 32 e os 86 anos.

Analisando mais especificamente e tendo como auxiliar as várias grelhas de colheita de dados que elaboramos, constatamos que a analgesia em perfusão contínua eram o alfentanil e o tramadol e em bólus segundo esquema de administração de 8/8 horas eram o metamizol magnésico e o clonixinato de lisina.

O registo que predominou foi a avaliação da intensidade da dor duas vezes por dia, o turno que obteve um maior número de avaliações foi o turno da noite. No turno da manhã ou da tarde existiram falhas de registos, daí que podemos concluir que a norma de procedimento neste ponto não está a ser cumprida pois está preconizada a avaliação uma vez por turno e sempre que se justifique.

Temos que dar ênfase ao facto de que apesar de a norma não estar a ser cumprida na totalidade, no que diz respeito ao número de avaliações

existiu apenas um cliente que não teve qualquer registo de avaliação da dor. A avaliação da dor é prática diária do enfermeiro da unidade só é necessário o reforço da necessidade de o fazer de uma forma regular e sistemática.

A intensidade da dor avaliada variou entre clientes sem dor que está relacionada com a analgesia e sedação em perfusão, com dor ligeira representado pelo número 1 e dor moderada representada pelo número 2. O nível de intensidade da dor não esteve relacionado diretamente com o turno em causa, pois o turno da manhã devido às práticas atribuídas, como por exemplo os cuidados de higiene e conforto e a realização de pensos poderia elevar a intensidade da dor.

Da consulta realizada, verificamos que o item, atuar de acordo com os resultados obtidos e registo em notas de enfermagem do diagnóstico de enfermagem, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos também não estão a ser registados à exceção de um único registo de ação desenvolvida de acordo com a avaliação que consistiu em administração pontual de analgésico endovenoso mas que não foi registado em notas de enfermagem.

Para conseguir dar respostas aos outros itens que constam da norma de procedimento e que não conseguimos avaliar através da consulta dos registos, passamos a analisar o objetivo seguinte.

Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros.

Para dar resposta a este objetivo elaboramos um questionário com questões abertas e fechadas, de acordo com a Professora. A população alvo a quem aplicamos o questionário, foi constituída por cinquenta e cinco enfermeiros que prestam cuidados personalizados, diretos e globais aos clientes. Aplicamos o pré-teste do questionário a três enfermeiros, como não existiram quaisquer dúvidas ou hesitações no seu preenchimento, avançamos para a aplicação do mesmo. A amostra foi acidental e selecionamos vinte e oito enfermeiros para realizarem o questionário, este número representa 51% da população total.

A amostra acidental é uma amostra de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, numa dado momento (Fortin, 2000).

Antes da entrega dos questionários aos pares, foi explicada a natureza do estudo, dando ênfase ao facto de que se pretendiam melhorar os cuidados de enfermagem.

Foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado, os participantes referiram verbalmente a disponibilidade para participar no estudo depois de devidamente informados. Foi respeitada a privacidade dos participantes, garantido o anonimato pois foi atribuído um número árabe aos questionários preenchidos.

Analisamos os vinte e oito questionários, resumimos e compilamos as várias respostas nas folhas de verificação.

Analisamos de seguida os resultados de cada pergunta do questionário.

Na primeira questão (considera o sintoma dor como), dos vinte e oito (100%) enfermeiros, treze consideram o sintoma dor como sintoma imprescindível para avaliar, o que perfaz 46%, dez (36%) consideram muito importante e cinco enfermeiros não responderam a esta questão.

Este resultado demonstra a preocupação dos enfermeiros em relação a este sintoma.

No que respeita a pergunta (se tem conhecimento da Norma de Procedimento Avaliação da dor existente na unidade), a totalidade dos inquiridos (100%) responde que sim, que tem conhecimento da norma.

A norma de procedimento surgiu em janeiro de 2006 devido a necessidade de dar resposta a satisfação do cliente quer para a qualidade dos cuidados prestados quer para a humanização dos mesmos.

Outra pergunta (saber quando os enfermeiros avaliavam a intensidade da dor), aqui também os vinte e oito inquiridos respondem que avaliam a dor uma vez por turno (100%). No entanto estas respostas não

correspondem aos dados que recolhemos durante a consulta dos registos de enfermagem.

Na questão (quando avalia a dor, tem em conta os seguintes pontos), optamos por colocar os itens contemplados na norma de procedimento, o que nos permite validar os itens recolhidos no primeiro objetivo do trabalho e ainda o que não conseguimos avaliar através da consulta dos registos de enfermagem.

Verificamos como resultados que os enfermeiros referem na totalidade (100%) que se dirigem ao cliente tratando-o pelo nome, o que é importante pois revela o cuidar personalizado.

Dezoito enfermeiros, referiram que explicam o procedimento que pretendem realizar, informando assim o cliente e atendendo ao Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84º-informar o indivíduo e família, no que respeita aos cuidados de enfermagem, o que representa 64,3%. Sete enfermeiros (25%), referem que não explicam o procedimento, o que pode dizer respeito ao facto do cliente está sedado e analgesiado, com alteração do estado de consciência, considerando assim os enfermeiros dispensável esta explicação. Dois inquiridos referiram não se recordarem se explicam o procedimento que pretendem realizar (7,1%).

No que diz respeito a (assegurarem-se se o cliente compreendeu a informação), vinte enfermeiros (71,4%) referiram que sim. Deste modo obtêm o consentimento informado de acordo com o artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, alínea b), pois só após a informação dada de forma simples e compreensível é que o cliente aceita ou recusa a proposta.

Quatro enfermeiros (14,3%) respondem que não, que não se asseguram que o cliente compreendeu a informação e outros quatro (14,3%) não se recordam.

Em relação a (solicitar ao cliente que classifique a intensidade da dor), vinte e três enfermeiros, (82,2%),

responderam que sim e cinco (17,8%) que não.

A classificação da intensidade da dor permite saber se a dor é ligeira, moderada, intensa ou dor máxima.

A escala utilizada na unidade era a que apresentamos de seguida.

0	Ausência de dor
1	Dor ligeira
2	Dor moderada
3	Dor intensa
4	Dor máxima

No item (regista o valor obtido numa das colunas identificadas por sinais vitais), houve concordância absoluta, todos os enfermeiros (100%) responderam que sim.

Em relação ao item (atua de acordo com o resultado obtido), vinte e seis, (92,8%), disseram que sim e apenas dois enfermeiros revelam que não (7,1%). Este é outro dado que não está de acordo com o que foi observado por nós no objectivo anterior.

O último item que consta da norma de procedimento é sobre o (registo em notas de enfermagem, do diagnóstico da situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos). Aqui vinte e cinco enfermeiros (89,2%) respondem e 10,7% referem que não registam em notas de enfermagem. Nós não encontramos qualquer registo na consulta que confirmasse esta afirmação.

Passando agora à pergunta, (nos clientes sedados e/ou analgesiados tem presente ou tem atenção as manifestações de dor), a totalidade dos inquiridos (100%) responde afirmativamente.

A dor não controlada, provoca elevação na frequência cardíaca, tensão arterial e frequência respiratória, volume corrente diminuído, aumento de consumo de oxigénio pelo miocárdio, diminuição da capacidade de tossir, aumento da retenção de secreções, expressão facial de dor, vasoconstrição e dilatação pupilar (Swearingen & Keen, 2005).

Também na pergunta (considera importante a prevenção da dor), a totalidade dos enfermeiros (100%) respondem que sim, que consideram importante a prevenção da dor.

Em cuidados intensivos e devido à rapidez e à forma súbita com que os acontecimentos surgem, tentamos agir de imediato e por vezes esquecemos que o nosso procedimento irá provocar dor, é boa prática o cliente nunca sentir dor. É nosso dever conseguir minimizar ou eliminar os agentes desencadeadores da dor.

Existem estudos que demonstram que a gravidade da lesão e do trauma consoante a parte que é afetada são considerados como muito dolorosos (Calil, 2008).

Assim é nosso dever, como o profissional que mais tempo está junto ao cliente, ter em atenção os procedimentos de forma a minimizar o aparecimento da dor ou a controlá-la tão rapidamente quanto possível.

Na questão (cumpre a norma de procedimento avaliação da dor), vinte e cinco (89,3%) enfermeiros responderam que sim o que vai de encontro de forma contrária ao dados que recolhemos durante o mês de abril de 2009, pois os vários itens da norma não estão a ser cumpridos de acordo com a recolha efetuada.

Três enfermeiros (10,7%) têm a noção que não cumprem a norma de procedimento.

Solicitamos ainda (a opinião dos enfermeiros para saber por ordem de prioridade as dificuldades que sentem). Foram enumeradas as prioridades por ordem crescente, que consistem em: falta de reconhecimento dos sintomas pelas manifestações, dificuldades na relação terapêutica, sobrecarga de trabalho, e falta de tempo.

Na questão (gostaria de ter formação sobre a área da dor, enquanto fenómeno sensorial e emocional desagradável), a totalidade das respostas apontam para o sim (100%). Este resultado demonstra a constante recetividade da equipa de enfermagem à formação contínua como se tem vindo a verificar ao longo dos últimos anos e ainda o cumprimento do artigo

88º, alínea c) do Código Deontológico do Enfermeiro, onde o enfermeiro tem o dever de manter atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

A formação em enfermagem permite aprender, aprofundar e actualizar conhecimentos, é usual fazer formação sobre técnicas e procedimentos pois existe e sempre existirá enfermeiros em diferentes níveis de desenvolvimento.

Os programas de formação do pessoal têm como objetivo promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeiro adquira experiência (Benner, 2005).

Assim enquanto os enfermeiros adquirem experiência, este conhecimento clínico torna-se um misto de conhecimento prático e teórico desenvolvendo-se a perícia.

Os enfermeiros proficientes tal como Benner os descreve tornam-se peritos, pois assimilam estes conhecimentos para aprenderem e serem competentes nas intervenções.

A competência e a prática competente significam implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos em situações reais (Tomey & Alligood, 2004).

A capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada função, quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (Martins, Kobayashi, Ayoud & Leite, 2006).

Pensamos ainda ser importante (conhecer a opinião e sugestões de toda a equipa sobre esta temática), doze enfermeiros (42,9%) referiram que reestruturavam a norma de procedimento. Oito inquiridos (28,5%) sugeriram a sensibilização dos enfermeiros da unidade para a aprendizagem e uso de terapias complementares para o controlo da dor.

As últimas três perguntas do questionário foram dirigidas à área dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Elas foram efetuadas pela necessidade que existe hoje em dia de implementar sistemas de melhoria da qualidade, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (OE, 2002).

A qualidade é, por vezes entendida como a existência ou ainda com o que há de melhor. É-lhe dada uma conotação com a perfeição como se vê na expressão, o serviço era perfeito (Hesbeen, 2001).

Dos vinte e oito inquiridos, dezassete enfermeiros (60,7%) sabem que a unidade tem projetos neste âmbito, dez (35,7%) enfermeiros não têm conhecimento e um (3,6%) enfermeiro não responde a questão.

Em relação ao (conhecimento da avaliação da dor ser uma área de investimento dos Padrões de Qualidade), tivemos 100% de respostas. A dor e a sua avaliação inserem-se no enunciado descritivo da satisfação do cliente de forma direta e nos outros de forma indireta.

Passamos agora a apresentar o terceiro objetivo do trabalho projeto, **realizar sessões de formação.**

Era nossa intenção realizar pelo menos duas sessões de formação sobre a dor e dar a conhecer os resultados obtidos através do questionário mas o plano de formação do serviço estava totalmente programado para o ano de 2009 e não houve qualquer possibilidade de reajustar pois já tinha sofrido três ajustes para que um colega tivesse oportunidade de avaliar o seu projeto, dois reajustes em um mês era demasiado e a taxa de adesão desceria consideravelmente.

Após entrevista semiestruturada com Enfermeira Chefe decidimos como ferramenta de divulgação dos dados utilizar a carta personalizada e entregá-la diretamente aos enfermeiros. Esta metodologia de comunicação individual

é utilizada pela chefia pois permite informar todos os enfermeiros, utilizando a mesma linguagem não correndo o risco de possível deturpação da informação e quase que em simultâneo, com possibilidade de questionar depois e sem argumento que não tiveram conhecimento.

Atendendo à eficácia da estratégia, decidimos elaborar uma carta que entregamos a todos os enfermeiros da unidade dando conhecimento quer dos resultados do questionário quer dos resultados da recolha de dados dos registos de enfermagem.

Em relação ao último objetivo previsto deste trabalho, **propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.**

Devido aos resultados obtidos julgamos ser pertinente fazer uma proposta de reestruturação da norma de procedimento, a questão que se coloca é se devemos propor ou não uma alteração da escala da dor, este assunto é demasiado complexo e abrangente pois tem em causa o tipo de clientes que a unidade recebe. Apesar dos avanços científicos nos mecanismos da dor, nos métodos multidimensionais e na analgesia, a avaliação da dor nos clientes críticos especialmente nos que não conseguem comunicar continua a ser um desafio para os profissionais (Aissaoui *et al.*, 2005).

De acordo com a exaustiva pesquisa realizada na altura, não existia uma escala de avaliação da dor para clientes críticos adultos em cuidados intensivos traduzida e validada para a população portuguesa.

Elaboramos uma reestruturação da norma de procedimento ao nível dos tipos de escalas a utilizar.

As normas são definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. Elas não têm valor a menos que contenham critérios que permitem que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade de qualidade (Sale, 1998).

Tinhamos planeado recorrer à observação participante como forma de

proceder a avaliação do trabalho projeto.

É a observação e registo direto de dados que exigem que o investigador se torne parte da cultura que está a estudar (Streubert e Carpenter, 2002). Mas dado o desenvolvimento do projeto e com o surgir de outros objetivos este tipo de avaliação já não tem sentido.

A avaliação do trabalho projeto deve ser precisa e pertinente. A função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas. Um critério é uma característica observável. Uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico (Tavares, 1992).

Assim a avaliação deste trabalho projeto ficou em aberto, para realizar quem sabe no seguimento do percurso académico pois não obtivemos resultados na verificação de todos os itens da norma.

Pensamos hoje, que após a reestruturação da norma e a adoção de uma escala comportamental para avaliação da dor, tal como sugerido pelo estudo do grupo de avaliação da dor (2011), estaremos em posição para elaborar uma norma de qualidade.

A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam e nunca foi tão importante como agora. Existem várias razões para a necessidade crescente da garantia da qualidade, uma das razões é a expectativa do cliente que é alvo dos cuidados (Sale, 1998).

Considerações Finais

Consideramos que cuidar em cuidados intensivos é um desafio, devido ao estado crítico do cliente, o corpo é invadido pela agressividade técnica e diagnóstica imposta pelo tratamento da falência orgânica em que o principal objetivo é tratar, curar ou restabelecer, não esquecendo que o cliente é mais que um corpo, é envolvido por diversas dimensões que estão também afetados e em desequilíbrio.

Somos da opinião que os enfermeiros a par dos conhecimentos técnico-científicos desenvolvam competências relacionais de forma que permitam que as atitudes técnicas se transformem em atitudes terapêuticas.

A humanização dos cuidados de saúde é a expressão da competência profissional, traduz-se no respeito pela dignidade e individualidade do cliente.

Um cuidado humanizado é um cuidado com o outro, sobretudo com o outro vulnerável pela doença, pelo sofrimento que requer de nós, não apenas o cuidado técnico (Deodato, 2008).

A dor, sensação desagradável, única, íntima e sofrida deve ser valorizada, diagnosticada, avaliada e registada pelo enfermeiro como norma de boa prática e promovendo assim a humanização dos cuidados de enfermagem.

Atualmente a unidade estudada tem implementado a escala comportamental da dor e a escala numérica, fizemos uma avaliação de registos em julho e agosto de 2012, verificamos que é necessário fazer a avaliação sistemática e também tornar a incentivar para os registos de enfermagem. É nosso objetivo a elaboração de um protocolo de analgesia na referida unidade.

Agradecimentos

As autoras agradecem o empenho e disponibilidade de todos os seus pares na participação deste trabalho assim com ao Centro Hospitalar pela possibilidade da realização dos estágios.

Referências Bibliográficas

Aissoui, Y., Zeggwagh, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). *Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically III, Sedated and Mechanically Ventilated Patients*. Recuperado em 19 maio, 2009, de <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/full/101/5/1470>

Amaral, J. (2007). *Como Fazer Pesquisa Bibliográfica*. Ceára. Recuperado em 10 maio, 2011, de <http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2ª ed). Coimbra: Quarteto.

Calil, A. (2008). Avaliação da Dor e Analgesia no Atendimento Pré-Hospitalar em Pacientes de Trauma. *Revista Gaúcha*, 29 (2), 308-313. Recuperado 19 maio, 2009, de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauc hadeEnfermagem/article/viewPDFInterstitial/5596/3206>

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina.

Direcção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa. Recuperado em 15 agosto, 2011, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Elkin, M., Perry, M., & Potter, P. (2005). *Intervenção de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* (2ª ed). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. (2001). *Trabalho Projecto: 1. Aprender Por Projectos Centrados Em Problemas*. (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Martins, C., Kobayashi, R., Ayoub, A., & Leite, M. (2006). O Perfil do Enfermeiro e Necessidade de Desenvolvimento da Competência Profissional. Recuperado 30 maio, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002) *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (1999). *O que distingue alguns tipos de normas?* Recuperado em 12 agosto, 2012, de http://www.esmf.pt/paginas/cursos/energias_renovaveis09/desenho_tecnico_10e/m1_recursos/tiposnormas_pf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional Para a Prática Enfermagem: Versão 1.0*. Geneva: Ordem dos Enfermeiros.

Payen, J., Bru, O., Bossom, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*, 29(12), 2258-2263. Recuperado em 20 maio, 2012 de <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/787.pdf>

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37.

Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para Profissionais da Equipa de Saúde* (1ªed.). Lisboa: Principia.

Santos, C., & Soares, C. (2008). *O doente com alterações cognitivas: Como avaliar a sua dor*. Lisboa. Recuperado em 23 janeiro, 2009, de http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSEFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2008/jornal32.pdf

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Swearingen, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico: Intervenções em Enfermagem e Problemas Colaborativos* (4ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Tavares, A. (1992). *Cadernos de Formação 2: Método e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A., & Aligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ªed.). Loures: Lusociência.

Apêndice 2 – Processo da revisão alargada da literatura

Processo da Revisão Alargada da Literatura

Nesta revisão alargada da literatura procuramos dar resposta a uma questão recorrendo à estratégia de PICO, que apresentamos de seguida.

Acrónimo	Definição	Descrição
P	Problema ou pessoa	Uma pessoa ou grupo de pessoas com uma condição particular
I	Intervenção ou indicador	Representa a intervenção de interesse que pode ser terapêutica
C	Controle ou comparação	Definida com intervenção de padrão, a mais utilizada
O	Resultado ou outcome	Resultado esperado

Fonte: Santos, Pimenta & Nobre (2007), recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Quadro 1 – Estratégia PICO

Elaboramos como questão - Qual a escala de avaliação da dor mais adequada em clientes críticos internados em unidades de cuidados intensivos?

Partindo desta pergunta foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Como critérios de inclusão estabelecemos:

- ✓ Estudos centralizados na temática da avaliação da dor;
- ✓ Estudos com evidência científica quantitativos ou qualitativos;
- ✓ Clientes internados em unidade de cuidados intensivos com idade igual ou superior a 15 anos;
- ✓ Submetidos a ventilação mecânica.
- ✓ Clientes sedados.

Como critérios de exclusão estabelecemos:

- ✓ Estudos em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol, por incapacidade nossa para traduzirem outras línguas.
- ✓ Estudos em que os participantes são crianças, dado que a nossa área de atuação é na área do cliente adulto.

Na busca da melhor evidência foram consultadas fontes primárias e secundárias de bases de dados eletrônicas como Cinahal (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), Medscape (University of Phoenix, College of Nursing), MedLine (National Center for Biotechnology Information), Embase (Biomedical Answers), Cochrane, Centre for Evidence Based Nursing, SciELO (Scientific Electronic Library Online), RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e o relatório do grupo de avaliação da dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, não publicado.

A consulta foi realizada durante o mês de junho e julho de 2012, com os seguintes termos de pesquisa (em português e inglês), avaliação da dor, escalas de avaliação da dor em cuidados intensivos, dor em cliente crítico, dor nas unidades de cuidados intensivos.

Foram seleccionados estudos das bases de dados MedLine (National Center for Biotechnology Information) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Incluímos estudos relativos à espécie humana, publicações com data até 10 anos, terem texto completo disponível, em língua portuguesa e inglesa, e foram consultadas as revisões sistemáticas e os ensaios clínicos.

Como resultado dos termos de pesquisa surgiram 3707 estudos, devido ao elevado número de estudos, realizamos a leitura dos 350 títulos de estudos, após o que seleccionámos 50 títulos dos quais 20 foram lidos os resumos e destes escolhemos 11 estudos. Da base de dados SciELO, dedicamo-nos a 163 títulos de estudos em português, após os quais avaliamos 50 resumos, destes seleccionamos 10 estudos integrais e integramos na nossa revisão 3 estudos. Os estudos não seleccionados após a leitura dos resumos correspondiam a um dos critérios de exclusão.

No que diz respeito aos 14 estudos obtidos após a filtração passamos a apresentar os quadros das evidências e os estudos encontrados de maneira a aferir a validade, os resultados e a relevância dos mesmos, para caracterizar o tipo e força da evidência dos estudos recorremos ao Bandolier Journal, Evidence-Based Everything (1995 como citado em Pereira & Bachion, 2006, p. 494), que apresentamos de seguida.

Figura 1 – Tipos e Níveis de Evidência

Tipos e Níveis de Evidências

I – Evidência forte a partir de pelo menos uma publicação de revisão sistemática de múltiplos experimentos controlados randomizados, bem delineados.

II – Evidência forte a partir de pelo menos uma publicação de experimento controlado, randomizado, correctamente projetado, com tamanho apropriado e em cenário clínico apropriado.

III – Evidência a partir de apenas um experimento bem delineado, sem randomização, de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle.

IV – Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa.

V – Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

Fonte: Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>

Começamos pelo estudo de Payen, Bru, Bosson, Lagrasta, Novel, Deschaww, Lavagne, e Jacquot (2001), este foi conduzido durante seis meses numa unidade de cuidados intensivos de trauma e pós operatória com 10 camas. Os clientes incluídos no estudo tinham como critérios de inclusão idade ≥ 15 anos, admitidos por trauma torácico ou cirurgia abdominal com ventilação mecânica, hemodinamicamente estáveis, sedados e analgesiados.

Os critérios de exclusão eram tetraplégicos, administração de medicação de bloqueio neuromuscular, autoavaliação da dor, modo de administração de sedação e analgesia diferente durante o procedimento.

Utilizando a Behavioral Pain Scale, os clientes foram divididos em dois grupos, grupo nociceptivo e grupo não nociceptivo. Como procedimentos não nociceptivos foram escolhidos a aplicação de compressa e realização de penso a catéter central, como procedimentos nociceptivos selecionaram a aspiração de secreções e as mobilizações.

Cada cliente foi avaliado em três tempos diferentes, manhã, tarde e noite por 46 enfermeiros durante um período de 72 horas. Também foi avaliado os procedimentos nociceptivos por um médico, sem haver comunicação do resultado inicial.

Antes do estudo todos os enfermeiros e médicos foram ensinados sobre a correta aplicação da escala e no final do estudo preencheram um questionário de satisfação.

Os resultados revelam que foram avaliados consecutivamente 30 clientes ventilados durante a sua estadia na unidade, perfazendo um total de 269 avaliações, existiu uma diferença significativa entre os valores de avaliação dos dois grupos. O maior interesse desta escala é quantificar a resposta do cliente a procedimentos nociceptivos de forma a ajustar a analgesia. O resultado deste estudo levou a implementação da escala em clientes ventilados e sedados, é fácil de aplicar e bem aceite entre os enfermeiros.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Estabelecer a validade e confiança da nova escala comportamental para clientes doentes críticos adultos e sedados.	Estudo descritivo prospetivo	46 enfermeiros	O estudo demonstra que as respostas aos vários estímulos nocivos podem ser diferenciadas nos clientes sedados e ventilados. A escala comportamental oferece aos cuidadores uma ferramenta simples e objetiva na gestão da analgesia em cuidados intensivos.	Nível V

Quadro 1 – Estudo de Payen, Bru, Bosson, Lagrasta, Novel, Deschawu, Lavagne, e Jacquot (2001)

No estudo de Odhner, Wegman, Freeland, Steinmetz, e Ingersoll (2003), que decorreu durante cinco meses, foi escolhida uma amostra de conveniência, 53 enfermeiros voluntários avaliaram a escala de adultos não-verbal e a escala face, legs, activity, cry, consolability, foi elaborado e testado um instrumento, cada dois enfermeiros aplicavam as duas escalas ao mesmo cliente, foram avaliados 59 clientes num total de 200 observações. A análise estatística utilizada foi T student's, análise de variância, coeficiente de alfa e qui-quadrado. Os resultados sugerem que os enfermeiros discriminam as várias opções de resposta com a escala não-verbal.

Os valores encontrados entre as duas escalas não foram significativamente diferentes, também não existem diferenças entre os pares de enfermeiros avaliadores. Os resultados não dependem do género ou idade dos clientes.

Existe uma boa taxa de confiança entre estas duas escalas, o que faltou neste estudo foi um indicador de comparação que confirmasse que o valor mais baixo ou mais alto avaliados pelos enfermeiros, refletia pouca ou muita dor dos clientes.

Este estudo piloto demonstrou a limitação de uma escala de crianças quando aplicada em adultos onde se podem identificar diversos indicadores mais apropriados para avaliar a dor.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Desenvolvimento de uma escala de avaliação de dor para adultos que não comunicam.	Estudo teste piloto	53 enfermeiros	-A avaliação da dor ocorre nos três turnos, com maior percentagem no turno da manhã. -Os componentes de atividade e avaliação fisiológica da escala não-verbal não eram avaliados pelos enfermeiros.	Nível V

Quadro 2 – Estudo de Odhner, Wegman, Freeland, Steinmetz, e Ingersoll (2003)

O estudo de Puntillo, Neighbor, O'Neil, e Nixon (2003), é estudo prospetivo americano e foi utilizado uma amostra de conveniência de enfermeiros de uma unidade de emergência de trauma. Todos os clientes tinham queixa de dor e utilizado a escala numérica na triagem; foram avaliados 156 clientes utilizando a análise estatística, verificou-se que existe uma diferença no valor de intensidade da dor quando esta é avaliada pelo enfermeiro e pelo cliente. Os enfermeiros subestimam a dor dos seus clientes, um dos motivos pode ser o tipo de dor que é mais difícil de descrever consoante a patologia.

Uma das limitações deste estudo foi o grande número de clientes que não foi reavaliado depois da triagem, outra limitação foi o pequeno número de clientes com determinado diagnóstico.

Os autores referem que subestimar a intensidade da dor pode levar a efeitos negativos se o tratamento adequado for adiado.

As implicações para a prática referem que dar atenção a dor que o cliente reporta, minimizando os sintomas, utilizando sistematicamente um método de avaliação da dor pode melhorar a gestão da mesma.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Conhecer a precisão da avaliação da dor pelos enfermeiros.	Estudo descritivo prospetivo	37enfermeiros	A subestimação da dor dos clientes pode ter um efeito negativo devido ao tratamento inapropriado.	Nível V

Quadro 3 – Estudo de Puntillo, Neighbor, O'Neil, e Nixon (2003)

No estudo de Gélinas, Fortier, Viens, Fillion, e Puntillo (2004), foram consultados os 52 processos de clientes críticos e entubados de dois centros especializados no Quebec, 24 do centro de cardiologia e pneumologia e 28 processos do centro de neurocirurgia e traumatologia.

Estabeleceram como critérios de inclusão idade ≥ 18 anos de idade, entubação pelo menos durante 24 horas numa unidade de cuidados intensivos no período de 1999 e 2001, a entubação ocorreu após um trauma ou cirurgia e por último a existência de documentação sobre episódios de dor.

O tamanho da amostra foi determinada pela saturação de informação e colheita de dados foi suspensa quando já não havia novas informações, todos os processos foram codificados.

O instrumento de colheita de dados foi organizado em duas partes, primeira informação geral sobre género, idade, diagnóstico, tipo de cirurgia/trauma. A segunda parte continha notas e informação sobre a dor dos clientes. A análise estatística foi realizada em Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Na maioria dos casos os médicos não documentam nem avaliam a dor, em relação aos indicadores observáveis estes foram classificados em seis categorias, movimentos corporais, adaptação ao ventilador, sinais neuromusculares, meios de comunicação, expressão facial e reação ao exame objectivo.

No caso dos enfermeiros, estes documentaram 183 registos de dor, os autores referem indicadores observáveis que incluem indicadores fisiológicos e comportamentais como resposta cardiovascular, cerebral ou respiratória e como indicadores não observáveis referem a auto-avaliação da dor. Os enfermeiros registam mais indicadores comportamentais do que fisiológicos. Estes dividem-se em movimentos corporais, adaptação ao ventilador, sinais neuromusculares, meios de comunicação, expressão facial, qualidade do descanso e estado neurológico.

A gestão da dor é feita com medidas farmacológicas como a administração de analgésicos ou sedação, as medidas não farmacológicas, notadas em 183 episódios, correspondem aos posicionamentos, aspiração de secreções, massagem, cuidados orais, realização de pensos e dar informações. Este estudo revela que cerca de 40% dos episódios de dor não são reavaliados após a gestão da mesma e que as intervenções são registadas em 60% dos casos.

A avaliação da dor realizada mais por enfermeiros do que qualquer outro profissional.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
<p>Descrever indicadores utilizados por enfermeiros e médicos na avaliação da dor.</p> <p>Descrever a gestão da dor, medidas farmacológicas e não farmacológicas desenvolvidas pelos enfermeiros.</p> <p>Descrever indicadores de dor utilizados na reavaliação da dor pelos enfermeiros para verificar a eficácia da gestão da dor nos clientes entubados.</p>	Estudo descritivo, retrospectivo	52 processos	Existem muitos indicadores de dor nos processos consultados, mas alguns são inadequados. Os médicos e enfermeiros podem avaliar sistematicamente a dor mas não a registam.	Nível V

Quadro 4 – Estudo de Gélinas, Fortier, Viens, Fillion, e Puntillo (2004)

O estudo de Granja, Lopes, Moreira, Dias, Pereira, e Carneiro (2005), foi realizado em 10 unidades de cuidados intensivos portuguesas durante seis meses em que foi aplicado um questionário original para recolher as experiências dos clientes que

sobrevivem a uma doença crítica. O questionário tinha 14 questões relacionadas com as memórias dos clientes, com o ambiente da unidade e a relação com os profissionais.

Foi obtido o consentimento de todos os participantes. O questionário foi enviado por endereço eletrónico. Na análise descritiva foi utilizado o teste de Pearson e o teste de Mann-Whitney.

Este estudo foi selecionado por nós porque demonstra que em 464 clientes, a dor é referida como a terceira experiência que foi mais reportada o que corresponde a 360 clientes. As conclusões sugerem que é necessário rever os conceitos de ótima analgesia e sedação.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Recolher as experiências vivenciadas pelos clientes durante o internamento em unidade de cuidados intensivos a partir de um questionário original que correlaciona as memórias das experiências com a qualidade de vida.	Estudo multicêntrico	464 clientes	As experiências mais reportadas foram aspiração do tubo endotraqueal ou nasotraqueal, as preocupações da família, a dor (64%), a imobilização na cama, medo ou incerteza do futuro, as punções diárias, a dificuldade na comunicação, dependência do ventilador, desconforto geral, desconforto da algália e o ruído e as noites não dormidas.	Nível V

Quadro 5 – Estudo de Granja, Lopes, Moreira, Dias, Pereira, e Carneiro (2005)

Num estudo australiano, de Young, Siffleet, Nikoletti, e Shaw (2005), apresentam uma aprofundada revisão sistemática com recursos a inúmeros estudos, usando avaliações repetidas, os autores conduziram o estudo numa unidade de cuidados intensivos com 18 camas com valências de medicina e cirurgia, neurologia e de emergência. Utilizaram três instrumentos para realizar a colheita dos dados, a escala comportamental da dor de Payen *et al.* (2001), a escala de avaliação de actividade motora (MAAS) de Devine *et al.* (1999), e dados demográficos dos clientes.

Recorrem a um procedimento doloroso descrito na literatura, o posicionamento, e outro não doloroso como a lavagem ocular. Foram recolhidos dados de 44 clientes, as escalas foram aplicadas aos procedimentos escolhidos antes e após a execução destes.

Os resultados obtidos revelam que existem valores mais altos após a execução dos procedimentos assim com alterações hemodinâmicas, nomeadamente elevação da frequência cardíaca e tensão arterial.

Os autores referem que existem poucos estudos atuais para a avaliação da dor em clientes inconscientes e ventilados. Apesar da amostra ser pequena concluem que a escala comportamental da dor é uma ferramenta válida para a avaliação da dor nestes clientes, pois comprovaram que os valores aumentam após os procedimentos.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Determinar a validade e confiança da escala comportamental da dor na avaliação da dor dos clientes em unidade de cuidados intensivos durante dois procedimentos dolorosos. Determinar a taxa de confiança da escala com os profissionais de enfermagem. Determinar os factores que podem influenciar os valores da escala.	Estudo descritivo prospetivo	44 clientes	A escala comportamental é válida e fiável para avaliar a dor em clientes inconscientes.	Nível V

Quadro 6 – Estudo de Young, Siffleet, Nikoletti, e Shaw (2005)

Os autores, Aissaoui *et al.* (2005), desenvolveram um estudo ao longo de seis meses numa unidade de cuidados intensivos de um hospital universidade com 12 camas na

cidade de Rabat, a comissão de ética do hospital aprovou a sua realização e como se tratava de um estudo observacional não foi necessário o consentimento dos participantes.

Para avaliarem a intensidade da dor recorreram a escala comportamental da dor (BPS), recolheram dados relativos frequência cardíaca, e tensão arterial, e usaram a escala de Ramsay para avaliar o grau de sedação.

Os dados relativos a dor foram recolhidos nas primeiras 48 horas de ventilação mecânica, três vezes por dia pelos enfermeiros e médicos responsáveis pelos clientes em repouso e através de dois procedimentos dolorosos como a aspiração de secreções e punção de acessos venosos periféricos.

A análise estatística foi feita através do coeficiente de Cronbach e do coeficiente de correlação de Intraclass. Foram avaliados 30 clientes sedados com perfusão contínua de midazolam, e analgesiados com morfina.

Este estudo refere que a escala tem propriedades psicométricas que podem ser utilizadas em clientes críticos. Os resultados demonstram que mesmo em repouso os clientes podem sentir dor, esta é um agente de stressor que estimula o sistema simpático. Não existe correlação entre a escala de Ramsay e a escala comportamental. Referem que o estudo fornece evidência que esta ferramenta pode ser utilizada em clientes que não podem comunicar de forma a melhorar e adaptar a eficácia da analgesia.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Uma amostra de população crítica doente, sedados e ventilados pretende-se validar a escala comportamental de Payen como uma medida de avaliar a dor usando métodos psicométricos.	Estudo descritivo prospetivo	16 enfermeiros 3 médicos	Os indicadores comportamentais são válidos e fiáveis como medida de dor. -Intensidade da dor avaliada em quatro minutos.	Nível V

Quadro 7– Estudo de Aissaoui, Zeggwagh, Zekraoui, Abidi, e Abouqal (2005)

O estudo de Calil e Pimenta (2005), estudo descritivo, realizado no Brasil avaliou vítimas de acidente de viação que estivessem conscientes e orientados, cada cliente foi

questionado se sentia dor no momento da admissão e também após a primeira hora de medicação analgésica ou três horas sem intervenção analgésica.

Utilizaram a escala numérica para classificar a intensidade da dor, classificaram os analgésicos segundo a sua categoria. Referem que a dor é um evento que acompanha o trauma e que os clientes referem melhoria desta entre os dois momentos de avaliação. A dor é pouco descrita nos registos e os aspetos referentes a analgesia são desconsiderados.

Obtiveram como resultados que 90% dos clientes referiram dor, a 75% não foi administrado medicação analgésica, dos restantes apenas a 12% foi administrado opióides.

Este estudo confirma que a dor aguda existe nos clientes traumatizados, que é pouco valorada e que é necessário uma maior atenção para a avaliação da dor.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Caracterizar a intensidade dolorosa, o uso de analgesia e avaliar a adequação da analgesia no cliente traumatizado.	Estudo descritivo prospetivo	100 clientes	A dor aguda é comum no trauma, a intensidade varia entre intensa e moderada Os clientes permaneceram pelo menos três horas sem analgesia. O uso de opióides é restrito.	Nível V

Quadro 8 – Estudo de Calil e Pimenta (2005)

Os autores, Payen, Chanques, Mantz, Hercule, Auriant, Leguillou, Binhas, Genty, Rolland e Bosson (2007), conduziram um estudo prospetivo e observacional em 44 unidades em França, durante um ano. O desenho do estudo foi aprovado pelas comissões de éticas dos vários hospitais e foi dispensado o consentimento por ser estudo observacional. Os procedimentos dolorosos mais reportados foram a aspiração de secreções e a mobilização e o número de clientes a quem foi administrado medicação para o procedimento foi inferior a 25%, a avaliação da dor foi realizada antes e depois do procedimento. Existia protocolo de analgesia em 16 dos locais, não existe diferença nos valores nas unidades com protocolo e nas que usam a interrupção diurna da sedação.

Este estudo reflete o que realmente acontece nas unidades, os resultados da avaliação da dor e da sedação são mais baixos do que a administração de medicação,

muitos dos clientes avaliados estavam num estado elevado de sedação e em poucos era administrada durante todo o dia.

Os resultados demonstram que as práticas de avaliação de sedação e de dor eram desconsideradas, sugerindo que o impacto dos ensaios clínicos e das recomendações para a prática eram baixos.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Descrever a avaliação da dor e sedação durante a primeira semana de permanência na unidade de cuidados intensivos. Descrever a gestão dos procedimentos dolorosos. Perceber se as doses diárias de medicação são ajustadas as necessidades do cliente.	Estudo descritivo prospetivo	1381 clientes	Este estudo fornece várias informações que podem ajudar a prática clínica e a desenhar protocolos de analgesia e sedação a nível nacional (França).	Nível V

Quadro 9 – Estudo de Payen, Chanques, Mantz, Hercule, Auriant, Leguillou, Binhas, Genty, Rolland e Bosson (2007)

O estudo de Cade (2008), apresenta uma revisão sistemática referente as ferramentas para avaliar a dor em clientes sedados, recorre a cinco estudos publicados Payen *et al.* (2001), Aissaoui *et al.* (2005), Young *et al.* (2006), Odhner *et al.* (2003), e Gélinas *et al.* (2006), analisa cada um relativamente a população estudada, aos critérios de inclusão e de exclusão, aos vários testes de estatística utilizados para confirmar a taxa de confiança e validade das escalas.

Considera que a escala comportamental da dor (BPS) foi bem validada enquanto que a escala the critical-care pain observation tool (CPOT) e a nonverbal pain scale (NVPS) não foram devidamente testadas.

Existe uma forte evidência na validade e confiabilidade da escala comportamental e foi testada em várias unidades específicas e gerais, no entanto o estudo de Payen *et al* (2006), demonstra preocupação no que diz respeito a relação entre os valores de intensidade e o grau de sedação, não é claro se os valores de intensidade da dor são mais baixos nos clientes fortemente sedados se por experienciarem menos dor ou se por não conseguem apresentar comportamento de dor.

O uso de uma ferramenta sistemática para avaliação da dor permite ao enfermeiro reconhecer quando a analgesia é apropriada e pode ser reduzida ajudando na extubação precoce e na possibilidade de alta da unidade mais cedo.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Verificar se há uma ferramenta de avaliação de dor válida e confiável que pode melhorar a gestão da dor em clientes inconscientes e sedados numa unidade de cuidados.	Revisão sistemática de estudos descritivos		As ferramentas estudadas são consistentes para uma avaliação sistemática.	Nível IV

Quadro 10 – Estudo de Cade (2008)

Os autores Ahlers, Gulik, Veen, Dongen, Bruins, Belitser, Boer, Tibboel, e Knibe (2008), desenvolveram um estudo observacional prospetivo na Holanda em unidades intensivas médicas e cirúrgicas durante dois meses.

Estabeleceram como instrumentos de avaliação da dor a escala comportamental da dor (BPS), a escala numérica (NRS) e a escala visual analógica (VAS), e como escala de avaliação de grau de sedação a escala de Ramsay.

Durante o estudo a avaliação da dor foi feita duas vezes por dia, todas as avaliações foram realizadas durante procedimentos não nociceptivos por dois investigadores de forma independente, a escala comportamental foi utilizada nos clientes ventilados e escala numérica e visual analógica nos clientes que podiam responder.

Neste estudo existe uma boa taxa de confiança entre a escala comportamental e a numérica, os valores da numérica não foram superiores a quatro o que traduz que os

clientes subestimam a sua dor, tal com descrito na literatura, seja por fatores culturais ou ambientais.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Determinar a taxa de confiança entre a escala numérica e a escala comportamental da dor. Comparar os valores de dor entre os observadores e os clientes. Comparar as escalas para mensurar a dor nos clientes ventilados e não ventilados.	Estudo descritivo prospetivo	113 clientes	As diferentes escalas mostram uma elevada confiança, sempre que possível o cliente deve avaliar a dor.	Nível V

Quadro 11 – Estudo de Ahlers, Gulik, Veen, Dongen, Bruins, Belitser, Boer, Tibboel, e Knibe (2008)

O estudo qualitativo de Ribeiro, Barreto, Hora, e Sousa (2011), pretende conhecer como o enfermeiro cuida da vítima de trauma com dor, decorreu em duas etapas consecutivas, uma em que foi aplicado um questionário ao enfermeiro que cuidava do cliente com dor e logo de seguida um teste de conhecimento para avaliar o nível de conhecimentos deste.

Da análise de conteúdo surgiram categorias como dor como sensação desagradável, dor como sinal de alerta, dor como experiência subjetiva.

Os enfermeiros participantes referem que a avaliação da experiência dolorosa não é um procedimento simples, por tratar-se de um fenómeno individual e subjetivo, cuja interpretação e expressão envolvem elementos sensitivos, emocionais e culturais.

Referem que como sinais e sintomas característicos do processo algico a sudorese, a palidez, a inquietação, a expressão facial, o choro e o posicionamento protetor.

A totalidade dos inquiridos consideram a avaliação da dor como importante, da análise das justificações dos enfermeiros foram criadas quatro categorias, garante um

atendimento humanizado, qualifica os cuidados prestados, orienta a conduta terapêutica e restabelece o bem-estar do cliente.

Este estudo permitiu identificar a dor como sensação desagradável, sinal de alerta e experiência subjetiva, a avaliação é feita por aspectos objetivos e subjetivos, grande parte dos enfermeiros desconhece os instrumentos de avaliação no entanto consideram a avaliação da dor como muito importante.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Compreender o conhecimento do enfermeiro acerca do conceito e da avaliação da dor como quinto sinal vital em clientes vítimas de trauma. Identificar recursos e instrumentos utilizados na aferição da dor. Conhecer as medidas adotadas pelo enfermeiro para aliviar a dor da vítima de trauma. Verificar o grau de importância da mensuração da dor atribuída pelo enfermeiro.	Estudo descritivo observacional	27 enfermeiros	Os enfermeiros mencionam conceitos, sinais e medidas de alívio de dor. Conhecimento deficiente quanto aos instrumentos de avaliação.	Nível V

Quadro 12 – Estudo de Ribeiro, Barreto, Hora, e Sousa (2011)

Os autores Nascimento e Kreling (2011), desenvolveram um estudo num hospital universitário do Brasil, fizeram formação para a implementação da avaliação da dor e

posteriormente realizaram entrevistas aos participantes. Da análise sobre quais os motivos da avaliação da dor foram relatados pelos entrevistados o bem-estar do cliente e que não devia sentir dor no hospital.

As maiores dificuldades relatadas foram a dificuldade de compreensão do cliente e falta de tempo. Os enfermeiros não utilizavam a escala numérica mas sim descritores verbais como leve, moderada ou intensa e o registo da intensidade é baseado com base na interpretação do enfermeiro e não no relato do cliente.

A implementação da dor como quinto sinal exige persistência, incentivo e acompanhamento da equipa.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Analisar a implantação da avaliação da dor como quinto sinal vital	Estudo descritivo transversal	188 enfermeiros	Valorização da queixa da dor do cliente muito relevante no cuidado humanizado	Nível V

Quadro 13 – Estudo de Nascimento e Kreling (2011)

O estudo de Grupo de Avaliação da Dor (2011), como irá ser referido mais a frente, realizado pelo grupo de avaliação da dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos envolveu as unidades de cuidados intensivos a nível nacional, 61 unidades participaram no estudo, no período de março e abril de 2011 com uma taxa de adesão de 91,5%.

Foram utilizadas a escala comportamental da dor (BPS), a escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) e a escala numérica.

A avaliação da dor foi realizada em todos os turnos (noite, manhã e tarde), por um avaliador, através das escalas indicadas, coincidindo com a aplicação de procedimentos comuns, documentados como dolorosos, habituais na prática clínica, sendo eles: mobilização, aspiração de secreções endotraqueais e posicionamento. O enfermeiro avaliador teve formação sobre o plano nacional avaliação de dor.

A avaliação da dor foi efetuada em três momentos: no primeiro momento ou período de repouso, antes de iniciar o procedimento doloroso (5-10 minutos); no segundo momento, durante a aplicação do procedimento doloroso ou imediatamente depois do procedimento doloroso, no caso da aspiração de secreções endotraqueais; no terceiro

momento ou período de recuperação, depois de finalizado o procedimento doloroso (15 minutos).

Após o término do estudo todos os enfermeiros participantes responderam a um questionário de opinião sobre qual a melhor escala para avaliação da dor no doente crítico, a escala escolhida foi a escala comportamental da dor com 53,5%.

Os autores consideram que foi conseguida uma sensibilização nacional para a importância da avaliação da dor do doente crítico como passo fundamental para a eficaz gestão da dor.

Referem que desconhecendo a existência de um instrumento validado para a população portuguesa, a segunda fase deste projeto é a validação das escalas comportamental e condutas de dor com a validação psicométricas das mesmas.

Ojetivo	Desenho	Participantes	Conclusões	Evidência
Designar uma escala comportamental, das duas indicadas, como instrumento de medida, para a avaliar a dor em doentes críticos, que não comunicam, sedados e submetidos à ventilação mecânica, a adoptar pelas UCI's Portuguesas.	Estudo multicêntrico	1026 enfermeiros	Utilizar a escala numérica nos clientes que comunicam. Utilizar a escala comportamental nos clientes sedados e ventilados. Avaliar a dor em todos os turnos.	Nível V

Quadro 14 – Estudo de Grupo de Avaliação da Dor (2011)

Finalizando a revisão alargada da literatura e dos estudos analisados verificámos que a questão da avaliação da dor em clientes críticos, nas unidades de cuidados intensivos, a nível internacional é um problema que tem sido discutido há mais de uma década, no nosso país este assunto começa agora a ser investigado, com o estudo de opinião dos enfermeiros de cuidados intensivos realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, como referido anteriormente. O estudo de Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013), permitiu a adaptação cultural e as propriedades psicométricas da versão

portuguesa da escala behavioral pain scale, referem que o uso da escala requer formação em avaliação de dor e treino na sua aplicação. Este estudo publicado na revista de enfermagem Referência vem apresentar evidência nacional da nossa área temática.

Após a análise de todos os estudos e de acordo com os critérios de Berwanger *et al.* (2007), nomeadamente a questão estruturada, tendo sido realizado uma busca abrangente, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão, foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos, extraídos os resultados e que são aplicáveis na prática; consideramos que podemos responder a nossa pergunta inicial, assim nos clientes sedados e ventilados podemos recorrer a escala comportamental da dor enquanto nos clientes acordados podemos utilizar a escala numérica.

Apêndice 3- Projeto de Intervenção em Serviço

Projeto de Intervenção em Serviço – Trabalho de Projeto

Nós fazemos projetos quase diariamente, projetos de trabalho, de férias, de viagens ou estamos envolvidos em vários projetos ao mesmo tempo que às vezes é difícil de responder a todos eles de forma equitativa. Um projeto requer empenho e mobilização para o realizar, meios e uma análise realista sobre a forma como o realizar ou se é possível realizar.

A realização do trabalho projeto permite aqui abordar a realidade profissional segundo uma perspectiva de resolver problemas, tornando-nos os elementos ativos, participantes e envolvidos nesta resolução de problemas.

O trabalho projeto é um método de trabalho que requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, planificado e organizado de comum acordo. O trabalho é orientado para a resolução de um problema. Deve obedecer a certas características (Castro & Ricardo, 2002):

- ✓ Ser considerado importante e real por cada um dos participantes;
- ✓ Ser profissionalmente relevante para todos os participantes e/ou permitir aprendizagens novas;
- ✓ Ser de natureza tal que tenha que ser estudado / resolvido tendo em conta as condições da sociedade em que os alunos vivem.

É uma metodologia que envolve trabalho de pesquisa no terreno, tempos de planificação e de intervenção com a finalidade de responder a problemas encontrados, problemas considerados de interesse pelo grupo e com enfoque social. Contempla a recolha e tratamento de dados, estudo de propostas de solução e avaliação contínua. O trabalho projeto é centrado no estudo de problemas (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Para a realização deste trabalho projeto irão participar os enfermeiros de uma unidade de um Centro Hospitalar da área de Lisboa.

A Enfermeira Chefe e a restante equipa de enfermagem da unidade estão empenhadas na busca de melhores respostas em cuidados aos cidadãos, na excelência dos cuidados e respondendo ao indicado pela Ordem dos Enfermeiros, a implementação dos Padrões de Qualidade.

A unidade de um Centro Hospitalar da área de Lisboa, iniciou em 2005 a avaliação de parâmetros que vão de encontro aos indicadores dos padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

Tendo por base as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, nomeadamente a Competência 89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem e a Competência 90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia de qualidade, o nosso trabalho projeto do 2º Curso de Pós Graduação Médico-Cirúrgica será desenvolvido na área da avaliação da dor numa unidade de cuidados intensivos.

De seguida apresentamos as fases da metodologia de projeto, iniciamos pelo diagnóstico da situação.

1 - Diagnóstico da Situação

Desde janeiro de 2006 que a unidade tem implementado a norma de procedimento, avaliação da dor. O diagnóstico da situação foi feito no dia 05 e dia 09 de dezembro de 2008. Propomo-nos a avaliar a escala da dor, se a norma de procedimento é cumprida pelos pares pois desde a sua implementação não temos qualquer tipo de avaliação da sua aplicação.

Fazer o diagnóstico da situação exige à partida o conhecimento do significado de dois conceitos importante, o de problema e o da necessidade. Problema corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo/ comunidade e a necessidade exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado (Tavares, 1992).

2- Determinação de Prioridades

Esta prioridade surge pelo nosso interesse na temática da dor, pela necessidade de se avaliar a dor em clientes críticos e pelas entrevistas semiestruturadas com a Enfermeira Chefe que validou esta prioridade no dia 04 de fevereiro de 2009.

A determinação de prioridades é fundamental dado que esta fase é construída com base nos critérios definidos e respetiva ponderação relativa que se obterá a lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1992).

3 - Definição de objetivos

A elaboração dos objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo. Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Estabelecemos como objetivos para este trabalho projeto, ainda no 1º semestre da Pós Graduação:

- ✓ Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor.
- ✓ Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros da Unidade.
- ✓ Realizar sessão ou sessões de formação em serviço.
- ✓ Propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.

4 - Seleção de Estratégias e Organização dos Meios

Delineamos estratégias com ajuda da Professora Alice Ruivo para atingir os objetivos propostos. As estratégias são um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos (Tavares, 1992).

Para além de utilizarmos como recursos a pesquisa bibliográfica, o conhecimento e experiência das Enfermeira Chefe e Professora Alice Ruivo, recorreremos aos pares, à consulta dos processos clínicos dando especial atenção aos registos de enfermagem.

O cronograma inicialmente previsto sofreu grandes ajustes, quer a nível de estratégias quer a nível temporal daí que elaboramos novo cronograma de acordo com as atividades desenvolvidas ao longo do trabalho projecto.

Existem cinco atividades / estratégias que são comuns a todos os objetivos, a pesquisa bibliográfica, as entrevistas não estruturadas com os pares, entrevistas

semiestruturadas com Enfermeira Chefe, as reuniões em contexto de estágio e a revisão alargada da literatura.

A pesquisa bibliográfica é um processo de construção de conhecimento que tem como objetivo criar novo conhecimento ou reforçar o que já existe. Amaral (2007) refere que a pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo o trabalho científico que influenciará todas as etapas de uma pesquisa.

O nosso acesso a bibliografia foi feito de duas maneiras, através da consulta de livros e artigos de revistas científicas e eletronicamente, através de referências disponíveis e na internet em geral, com o devido cuidado de seleção.

As entrevistas não estruturadas com os pares são muito importantes dado que em contexto não formal a expressão de opiniões, críticas, ideias se fazem de forma natural sem receio de mal interpretado.

As entrevistas semiestruturadas com Enfermeira Chefe são essenciais pois é o elemento fundamental na orientação da unidade, são úteis e proveitosas pois permitem a orientação do projeto tendo por base os seus objetivos na unidade.

As reuniões em contexto de estágio permitem que de acordo com a orientação do tutor se obtenha os melhores resultados de forma a dar visibilidade e incentivar os pares quer a melhorar a prática quer a mudanças de comportamento.

A revisão da literatura permite saber o que já foi escrito e estudado sobre o assunto, deve ser crítica, baseada em critérios metodológicos a fim de separar os artigos que têm validade daqueles que não têm (Amaral, 2007). Para Fortin (2000), é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação.

5 - Execução do Trabalho Projeto

De forma a demonstrar o melhor modo a realização do trabalho projeto optamos por analisar criticamente cada objetivo de forma individual e elaboramos um quadro que colocamos a seguir a cada objetivo do trabalho projeto para que de forma direta e sucinta dê uma visão global do proposto.

AVALIAR O CUMPRIMENTO DA NORMA DE PROCEDIMENTO, AVALIAÇÃO DA DOR
NA UNIDADE

Objetivos	Atividades/Estratégias	Recursos	Período de Tempo	Forma de Avaliação/ Indicadores de Avaliação
Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor na unidade.	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica -Consulta dos registos de enfermagem uma vez por semana a todos os clientes internados na unidade durante um mês. -Entrevistas não estruturadas com os pares. -Entrevistas semiestruturadas com Enf^a Chefe. - Reunião em contexto de estágio. - Elaboração de grelha para recolha de dados. - Recolha de dados. - Tratamento de dados. - Revisão alargada da literatura 	<ul style="list-style-type: none"> - Processos/ folhas de enfermagem -Enf^a Chefe. -Prof^a. -Livros. -Artigos de revistas científicas. -Internet. 	Ver cronograma	- Análise e tratamento de dados da avaliação do cumprimento da norma a integrar no relatório de semestre.

Quadro 1 - Avaliar o cumprimento da norma de procedimento, avaliação da dor na Unidade.

As normas de procedimento contêm uma descrição detalhada sequencial de como uma atividade deve ser realizada, permite organizar os procedimentos na equipa e facilita a integração de pessoal, tem como características: são baseadas em princípios científicos, carece de atualização e de avaliação contínuas. São de carácter técnico podem ser uniformes para toda a organização, estruturada em forma textual ou em colunas apresentando lado a lado os passos do procedimento e a justificação. É revista sempre por elementos científicos ou alterações da prática o justifiquem (Nunes, 1999).

Para atingirmos este objetivo realizamos consulta dos processos clínicos mais propriamente dos registos de enfermagem. O processo clínico segundo a Comissão de Protecção de Dados (2008), é um documento onde se arquiva toda a informação referente a cada cliente. Os dados expressos constituem elementos fundamentais para o tratamento e diagnóstico para ações de planeamento e investigação e para a fundamentação jurídica perante um progressivo movimento de responsabilização profissional.

O processo clínico é um documento legal. Através da documentação rigorosa, o processo serve como descrição exata do que sucedeu no sistema de cuidados de saúde

(Elkin, Perry, & Potter, 2005). Os registros de enfermagem contidos nos processos são a confirmação do que realizamos, permitem a continuidade dos cuidados e defende-nos em questões éticas e legais.

Por registros de enfermagem entende-se que seja o conjunto de informações escritas produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico de necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Devem ser factuais, rigorosos, completos, concisos, atuais e organizados (Elkin *et al.*, 2005).

Antes de iniciar a colheita precisamos de elaborar uma grelha para fazer a recolha dos dados, esta foi construída tendo por base os passos enumerados na norma de procedimento.

Executamos a consulta dos registros de enfermagem durante o mês de abril de 2009 e quando começamos a consulta dos registros de enfermagem surgiram dúvidas e colocamos as hipóteses de como fazer:

- ✓ Se a todos os clientes internados e todos os dias;
- ✓ Se a todos os clientes e um dia específico da semana;
- ✓ Se apenas a metade dos clientes;
- ✓ Ou se escolhíamos um determinado cliente e o analisávamos em todo o seu internamento.

Após reunião com Enfermeira Chefe no dia 26 de março de 2009 e em concordância com Professora Alice, optamos por realizar consulta dos registros de enfermagem a todos os clientes internados em cuidados intensivos uma vez por semana, escolhemos como dia da semana o Sábado, a recolha de dados foi efetuada por nós. Recolhemos os dados nos dias 04, 11, 18 e 25 de abril de 2009.

No mês de abril foram internados na unidade vinte e quatro clientes. Como critério de inclusão no estudo tínhamos estabelecido que seriam avaliados após as vinte e quatro horas de internamento, pois as primeiras horas, devido a grande instabilidade que o cliente se encontra e a multiplicidade de técnicas realizadas, valores e fins superiores se impõem, além de que as primeiras vinte e quatro podem ser decisivas na recuperação do cliente ou não. Assim da totalidade de clientes internados, três não satisfaziam os critérios de inclusão pois faleceram em vinte e quatro horas.

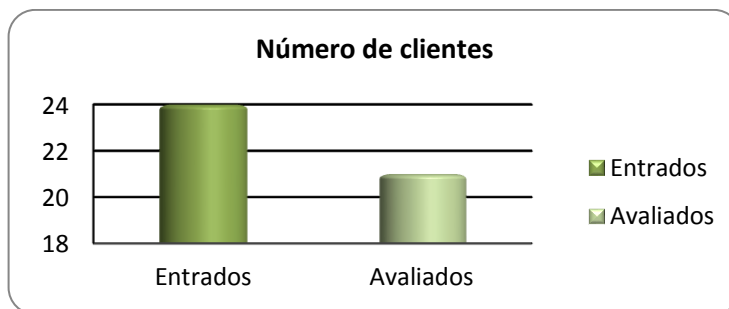


Gráfico nº1 - Número de clientes internados e os avaliados

Dos vinte e um clientes avaliados, dez foram reavaliados ao longo do período de colheita de dados e cinco só foram avaliados uma vez.

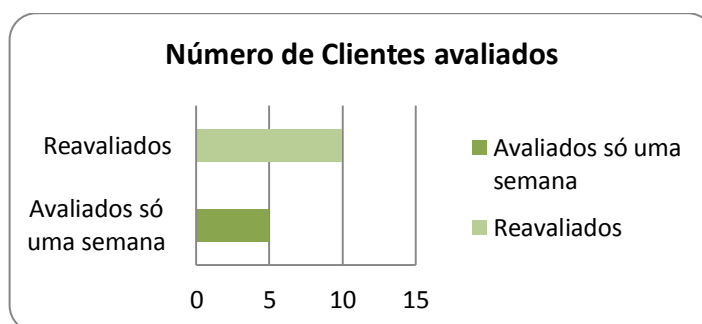


Gráfico nº2 - Número de clientes avaliados só uma vez e mais de uma vez.

Estes vinte e um clientes disponíveis para avaliar, perfaz 71% dos clientes internados, dado que a colheita de dados foi realizado uma vez por semana, ao sábado; houve seis clientes que entre uma semana e a outra foram transferidos. Nesta altura também havia vagas por preencher na unidade.

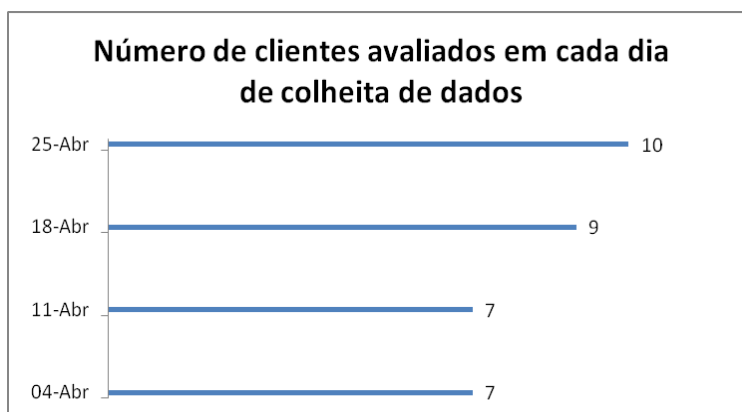


Gráfico nº3 - Número de clientes avaliados e dias de colheita de dados.

Com este gráfico podemos observar que no dia 04 de abril e no dia 11 de abril de 2009 havia três vagas na unidade por preencher.



Gráfico nº4 – Número de clientes avaliados consoante as semanas de permanência na unidade.

Este gráfico apresenta o número de clientes que avaliamos, consoante as semanas. Verificamos que avaliamos três clientes ao longo das quatro semanas.

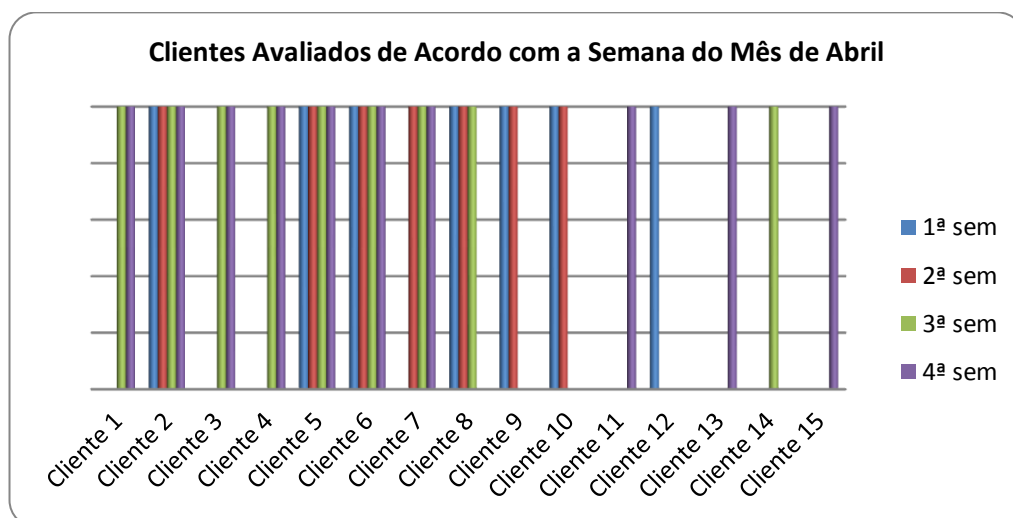


Gráfico nº5 – Relação de clientes avaliados ao longo da colheita de dados.

Dos quinze clientes avaliados, alguns foram avaliados ao longo do mês ou seja em todas as semanas, outros só três semanas, outros em duas semanas e outros ainda só uma vez, o que aconteceu para aparecer este tipo de dados é que os clientes ou foram transferidos para a sala de intermédios ou para outro serviço dado a sua situação clínica o permitiu.

Dos clientes avaliados apresentamos uma tabela com os diagnósticos clínicos e as idades dos clientes.

Cliente	Diagnóstico Clínico	Idade do Cliente
1	Pneumonia	76A
2	Insuficiência Respiratória Aguda + # Fémur Esq	78A
3	Paragem Cardio-Respiratória	66A
4	Traumatismo Craneo + Traumatismo Vertebro-Medular (#lux C5/C6 e #D3)	32A
5	Insuficiência Respiratória	86A
6	Choque Séptico	79A
7	Insuficiência Hepática Aguda	33A
8	Traumatismo Craneo + Traumatismo Vertebro-Medular (#D6)	39A
9	AVC Isquémico + Insuficiência Respiratória	27A
10	AVC Isquémico	44A
11	Insuficiência Respiratória + Insuficiência Renal Crónica + Pós-operatório de Ressecção da Parótida Esq	75A
12	Endocardite	52A
13	Mal Epilético	50A
14	Contusão Pulmonar + # Arcos Costais esq e dta + Traumatismo Vertebro-Medular (#L4 e #L5) + # Asa do Íliaco dto	47A
15	Insuficiência Respiratória	60A

Tabela 1 – Relação de diagnósticos clínicos e idade dos clientes avaliados

Após a consulta dos registos de enfermagem ao longo do mês de abril e tendo por princípio os itens enumerados na norma de procedimento elaboramos um quadro de verificação da avaliação da dor.

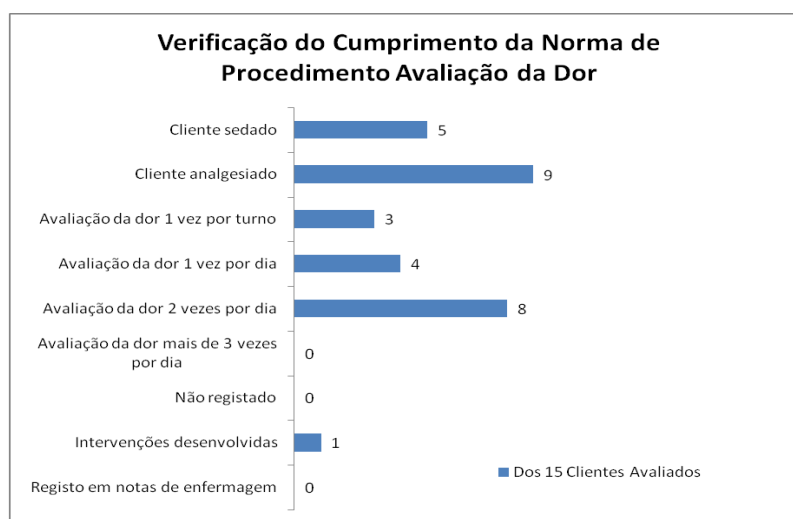


Gráfico nº6- Dados obtidos da consulta dos registos de enfermagem durante o mês de Abril.

Fizemos o tratamento dos dados obtidos entre o dia 29 de abril e o dia 07 de maio de 2009. Analisando mais especificamente e tendo como auxiliar as várias grelhas de colheita de dados, constatamos que a analgesia em perfusão contínua é o alfentanil e o tramadol e em bólus é o metamizol magnésico e o clonixinato de lisina; destacamos que havia um cliente sem qualquer sedação ou analgesia.

Nos clientes avaliados mais de uma semana o registo que predomina é a avaliação da intensidade da dor duas vezes por dia, o turno que obtém um maior número de avaliações é o turno da noite, no turno da manhã ou da tarde existem falhas de registos, daí que podemos concluir que a norma de procedimento neste item não está a ser cumprido pois está preconizado a avaliação uma vez por turno e sempre que se justifique. No entanto nos clientes que foram avaliados só uma semana a norma neste item é cumprida mas dado a representarem apenas 23% do total não consideramos relevante.

Temos que dar ênfase ao facto de que apesar de a norma não estar a ser cumprida no que diz respeito ao número de avaliações existe apenas um cliente que não tinha qualquer registo de avaliação da dor. A avaliação da dor é prática diária do enfermeiro da unidade, só é necessária a incentivação a fazê-lo de forma regular e sistemática.

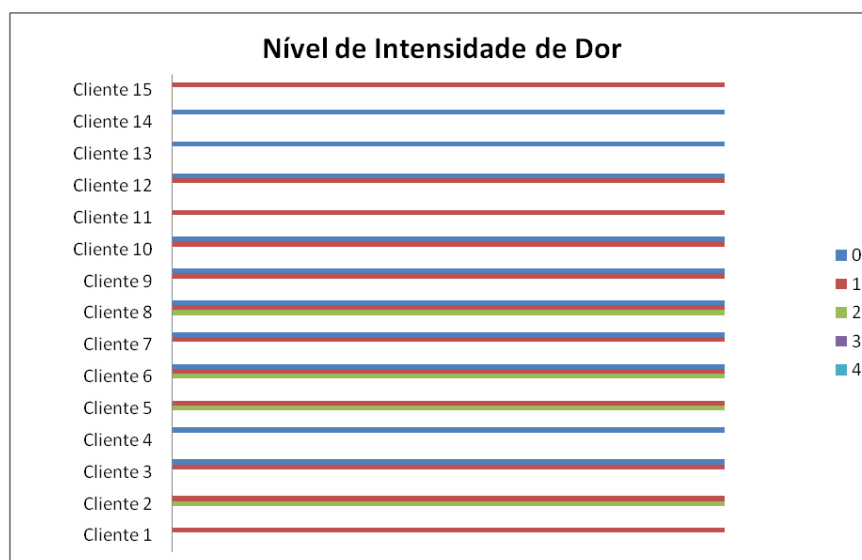


Gráfico nº 7 – Nível de intensidade de dor atribuída a cada cliente avaliado

A intensidade da dor avaliada varia entre cliente sem dor que poderá estar relacionada com a analgesia e sedação em perfusão, com dor ligeira representado pelo número 1 e dor moderada representada pelo número 2.

O nível de intensidade da dor não está relacionado diretamente com o turno em causa, pois o turno da manhã devido as práticas atribuída como por exemplo os cuidados de higiene e conforto e a realização de pensos poderia elevar a intensidade da dor.

Estes níveis de intensidade da dor surpreenderam-nos pois a dor é um fenómeno individual, subjetivo e que apenas o próprio cliente é capaz de avaliar a sua dor, mas aqui

neste tipo de clientes colocam-se-nos duas questões dado a condição de clientes críticos, pois alguns não conseguem verbalizar ou comunicar através de mímica ou gestos.

Será que os enfermeiros da Unidade estão despertos para avaliar a dor através de fatores fisiológicos como a interpretação dos sinais vitais, o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial e da frequência respiratória que traduzem desconforto e dor ou através de fatores comportamentais como a inquietação, agitação psicomotora, a dificuldade em se adaptarem ao ventilador, a posição que adota na cama, a expressão facial quando são mobilizados, a sudorese e muitos mais sinais visíveis?

Será que a própria experiência de dor e profissional do enfermeiro influencia a capacidade de avaliar a dor através dos fatores supra enumerados? Pois se um enfermeiro já vivenciou situações de dor decerto que estará mais disponível para se colocar no lugar do outro do que um enfermeiro que devido quer ao seu ciclo vital quer a sua experiência profissional nunca experienciou a vivência da dor.

No estudo realizado por Viana, Dupas & Pedreira (2006), verificaram como primeira categoria a sensibilização dos profissionais para a dor, a ação do enfermeiro em relação à dor desencadeia-se pela sensibilidade, pois revive a sua própria experiência dolorosa e passa a valorizar a situação do cliente, não é que não valorizasse mas passa a dar mais atenção.

Da consulta realizada verificamos que o item atuar de acordo com os resultados obtidos e registo em notas de enfermagem do diagnóstico da situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos também não estão a ser registados, a exceção de um único registo de ação desenvolvida de acordo com a avaliação que consistiu em administração pontual de analgésico endovenoso mas que não foi registado em notas de enfermagem.

Para conseguir dar respostas às hipóteses colocadas e também para avaliar outros itens que constam da norma de procedimento e que não conseguimos avaliar através da consulta dos registos, passamos a analisar o objetivo seguinte.

DETERMINAR A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DOR PELOS ENFERMEIROS DA UNIDADE

Objetivos	Atividades/Estratégias	Recursos	Período de Tempo	Forma de Avaliação/ Indicadores de Avaliação
Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros da Unidade.	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica. - Elaboração do questionário. - Aplicação de pré-teste, a 3 enfermeiros que prestam cuidados individuais, diretos e globais. -Reestruturação do questionário se necessário. -Aplicação de questionário a 28 enfermeiros dos 55 que prestam cuidados individuais, directos e globais ao cliente após a realização de pré-teste. -Entrevistas não estruturadas com os pares. -Entrevistas semiestruturadas com Enf^a Chefe. - Reunião em contexto de estágio. - Tratamento de dados. - Revisão alargada da literatura. 	<ul style="list-style-type: none"> -Enf^a Chefe. -Prof^a. -Pares. -Livros. -Artigos de revistas científicas. -Internet. 	Ver cronograma	-Análise e tratamento dos dados obtidos, para integrar no relatório de semestre.

Quadro 2 - Determinar a importância da avaliação da dor pelos enfermeiros da Unidade.

Para dar resposta a este objetivo e após pesquisa bibliográfica que realizamos nos dias 11, 12 e 14 de maio de 2009, elaboramos um questionário. Reunimos com Enfermeira Chefe nos dias 13 e 19 de maio que concordou com a aplicação do questionário. No dia 22 de maio em reunião de estágio com a Professora Alice acertamos detalhes e o questionário ficou pronto a aplicar.

A população alvo a aplicar ao questionário é constituída por cinquenta e cinco enfermeiros que prestam cuidados personalizados, diretos e globais aos clientes. Aplicamos o pré-teste do questionário no dia 25 de maio a três enfermeiros, como não existiu qualquer dúvida ou hesitação no seu preenchimento, avançamos para a aplicação do mesmo. A amostra foi acidental e selecionamos vinte e oito enfermeiros para realizarem o questionário, este número representa 51% da população total.

A amostra acidental é uma amostra de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, numa dado momento (Fortin, 2000).

Antes da entrega dos questionários aos pares, foi explicada a natureza do estudo, dando ênfase ao facto que se pretendia melhorar os cuidados de enfermagem.

Foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado, os participantes referiram verbalmente a disponibilidade para participar no estudo depois de devidamente informados, foi também respeitada a privacidade dos participantes, garantido o anonimato pois foi atribuído um número arábico aos questionários preenchidos.

A entrega dos questionários aconteceu nos dias 26, 27 e 28 de maio dada a remodelação da unidade são necessários sete enfermeiros por turno excluindo o chefe de equipa, aplicando assim o questionário a quatro equipas.

Os questionários preenchidos foram devolvidos no próprio dia à exceção de dois, que foram depois, devido à carga de trabalho que as salas apresentavam. É de salientar que com o elevado número de colegas a realizarem estudos e projetos para as diversas finalidades académicas as equipas aderiram espontaneamente e entusiasticamente ao meu pedido de colaboração.

Iniciamos o tratamento dos dados obtidos os questionários no dia 1 e terminamos no dia 11 de junho. Após a receção dos questionários, tivemos que elaborar uma folha de verificação do questionário, dado o número não ser elevado e à nossa pouca experiência em trabalhar com o microsoft excel ou statistical package for the social sciences elaboramos umas tabelas em microsoft word. Analisamos os vinte e oito questionários, resumimos e compilamos as várias respostas nas folhas de verificação, ficando com uma ideia geral dos resultados da aplicação do questionário.

Vamos analisar de seguida cada pergunta do questionário indo de encontro à revisão da literatura.

✓ **Considera o sintoma Dor como?**

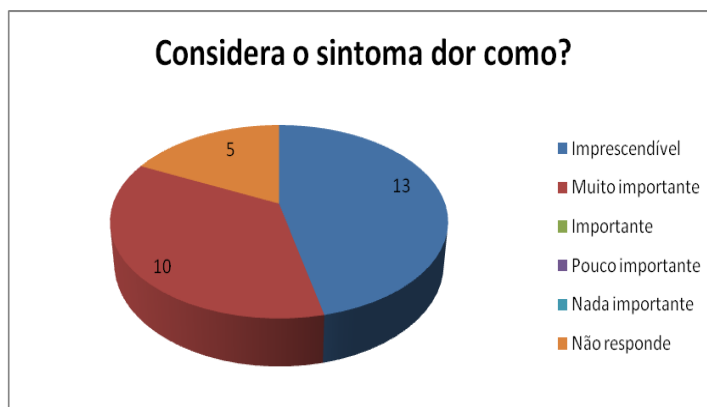


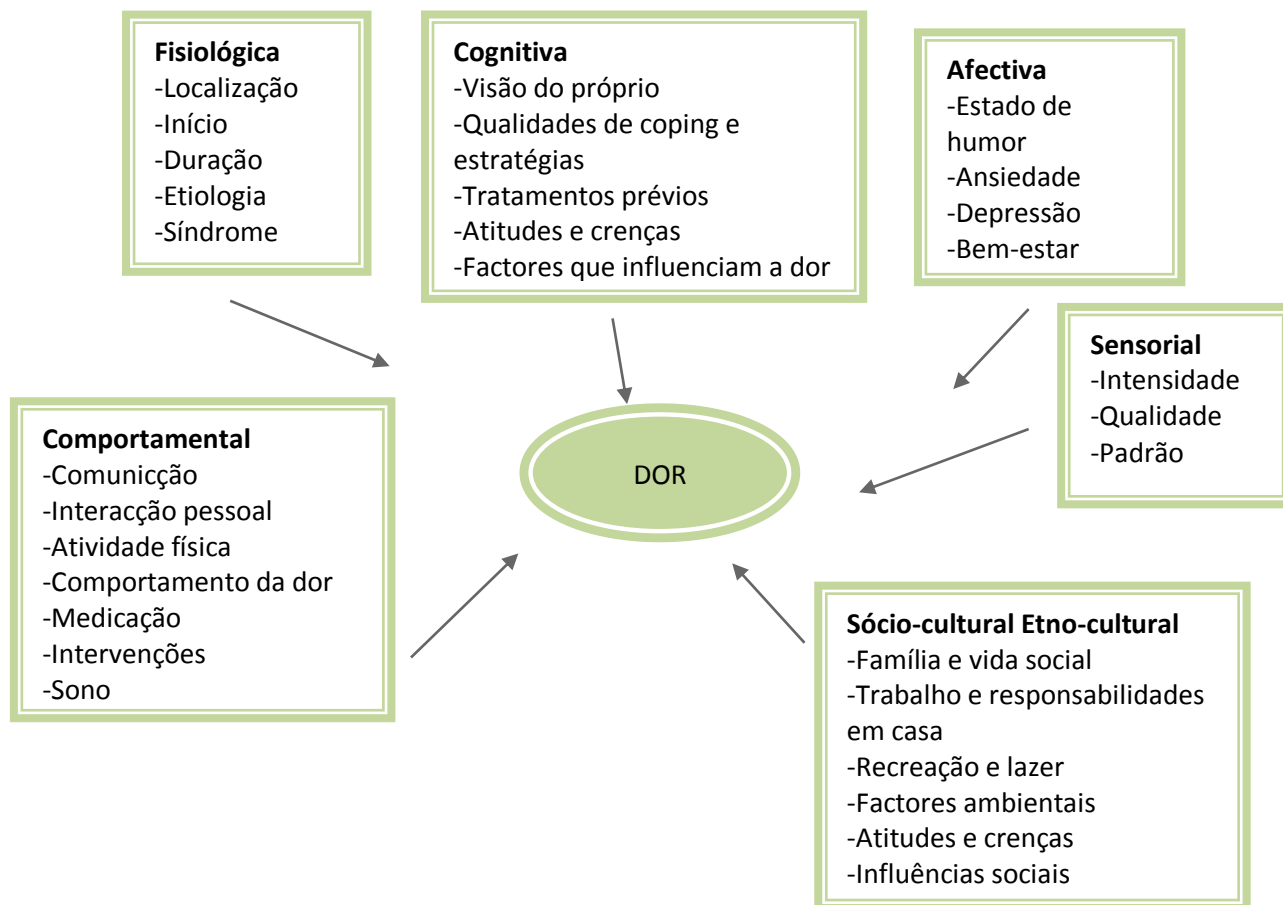
Gráfico nº8 – Como os enfermeiros da unidade consideram o sintoma dor.

Dos vinte e oito enfermeiros, treze consideram o sintoma dor como sintoma imprescindível para avaliar, o que perfaz 46%, dez (36%) consideram muito importante e cinco enfermeiros não responderam a esta questão.

Os clientes criticamente doentes sentem dor considerável oriunda de condições patológicas, lesões, intervenções terapêuticas como a cirurgia e múltiplos procedimentos diagnósticos e invasivos. Mesmo os clientes que parecem inconscientes sentem dor (Swearingen & Keen, 2005).

A dor envolve diversas dimensões:

Figura 1 – Dimensões da dor



Fonte: Petty e Moore (2008)

✓ **Tem conhecimento da Norma de Procedimento Avaliação da Dor existente na unidade?**

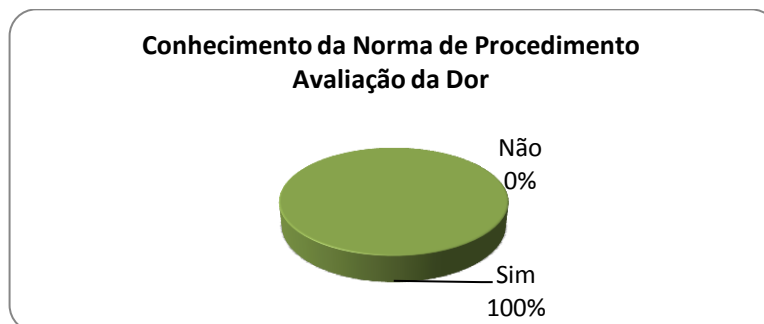


Gráfico nº 9 – Conhecimento do enfermeiro sobre a Norma de Procedimento Avaliação da Dor.

A totalidade dos inquiridos responde que sim, que tem conhecimento da norma de procedimento. A norma de procedimento surgiu em janeiro de 2006 devido a necessidade de dar resposta a satisfação do cliente quer para a qualidade dos cuidados prestados quer para a humanização dos mesmos.

A garantia da qualidade é a medida do nível do serviço prestado num dado momento e do esforço que existe para modificar, quando é necessário a prestação do serviço em causa à luz dos resultados dessa avaliação. A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam e nunca foi tão importante como agora (Sale, 1998).

As normas de procedimento descrevem detalhadamente como uma determinada atividade deve ser realizada, tem por objetivo padronizar os procedimentos na equipa ou facilitar o processo de integração de novos elementos.

✓ **Avalia a intensidade da Dor?**

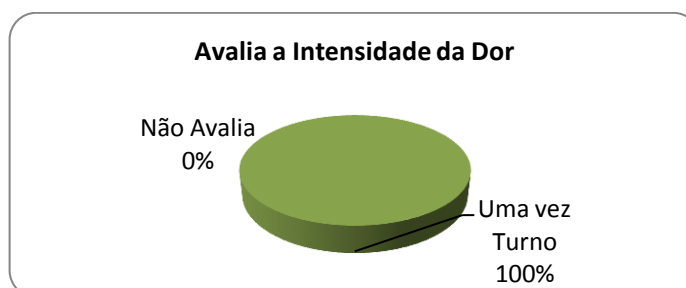


Gráfico nº 10 – Periodicidade da avaliação da dor.

Os vinte e oito inquiridos (100%) respondem que avaliam a dor uma vez por turno, optamos por só colocar as hipóteses de resposta de uma vez por turno e não avalia, dado que a outra opção sempre que se justifique diz respeito para além do que está estabelecido e podia ser interpretada de forma indevida.

✓ **Quando avalia a Dor, tem em conta os seguintes itens:**

Nesta pergunta optamos por colocar os itens contemplados na norma de procedimento, o que nos permite reavaliar os itens recolhidos no primeiro objetivo do trabalho e ainda o que não conseguimos avaliar através da consulta dos registos de enfermagem.

Temos a experiência que nos permite saber à partida que o que respondemos no papel nem sempre confirma e vai de encontro ao que fazemos no nosso dia-a-dia, pois revelar que não estamos ou não fazemos o correto abarca outras dimensões da nossa personalidade, a imagem que os outros veem e valorizam é relevante para a nossa maneira de ser e estar no grupo.

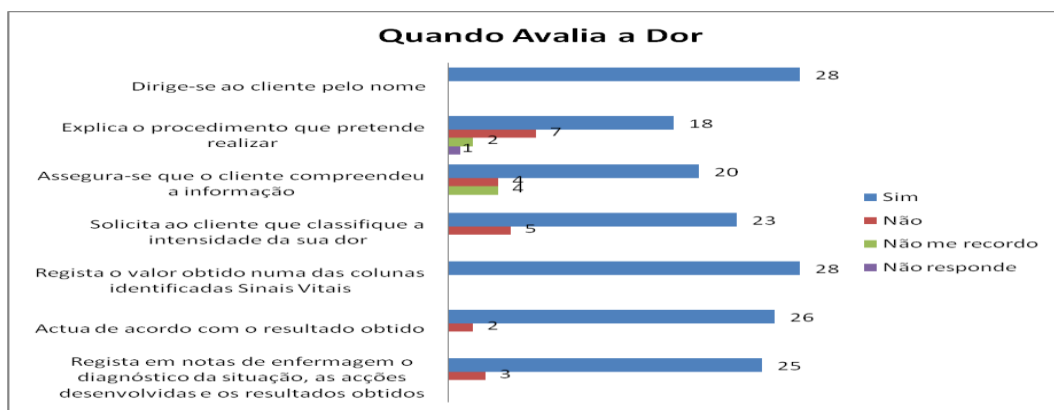


Gráfico nº11 - Quando o enfermeiro avalia a dor tem em conta os itens.

Quadro nº 3 – Número de respostas e percentagem em relação aos itens da norma de procedimento

Itens da norma de procedimento:	Sim	Não	Não se recorda	Não responde	%			
Dirige-se ao cliente pelo nome	28	0	0	0	100%			
Explica o procedimento que pretende realizar	18	7	2	1	64,3 %	25 %	7,2 %	3,5 %
Assegura-se que o cliente compreendeu a informação	20	4	4	0	71,4 %	14,3 %	14,3 %	0%

Solicita ao cliente que classifique a intensidade da sua dor	23	5	0	0	82,2 %	17,8 %	0%	0%
Regista o valor obtido numa das colunas identificadas Sinais Vitais	28	0	0	0	100%			
Atua de acordo com o resultado obtido	26	2	0	0	92,8 %	7,2 %	0%	0%
Regista em notas de enfermagem o diagnóstico da situação, as acções desenvolvidas e os resultados obtidos	25	3	0	0	89,3 %	10,7 %	0%	0%

Analisando especificamente cada item. Verificamos que a totalidade dos enfermeiros dirige-se ao cliente tratando-o pelo nome, é importante pois revela o cuidar personalizado, pela nossa experiência é utilizado o nome preferido do cliente sempre que nós tenhamos conhecimento desse facto.

Dezoito enfermeiros, o que representa 64,3% explicam o procedimento que pretendem realizar, informando assim o cliente e atendendo ao Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84º-informar o indivíduo e família, no que respeita aos cuidados de enfermagem.

Sete enfermeiros, 25%, referem que não explicam o procedimento, pode dizer respeito ao facto que o cliente está sedado e analgesiado, dado o estado de consciência estar alterado o enfermeiro considera dispensável esta explicação. Dois inquiridos referem que não se recordam se explicam o procedimento que pretende realizar.

No que diz respeito a assegurar-se que o cliente compreendeu a informação, vinte enfermeiros, 71,4%, referem que sim, deste modo surge o consentimento por parte do cliente pois só após a informação dada de forma simples e compreensível é que o cliente aceita ou recusa a proposta, assim obtém-se o consentimento de acordo com o artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, alínea b), respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado. Quatro enfermeiros (14,3%) respondem que não, não se asseguram que o cliente compreendeu a informação e outros quatro não se recordam.

Em relação ao solicitar ao cliente que classifique a intensidade da dor, vinte e três enfermeiros, 82,2%, respondem que sim e cinco (17,8%) que não. A dor como fenómeno subjetivo, só o próprio cliente é capaz de classificar a intensidade da sua dor. A avaliação da dor envolve o tipo, a gravidade, a localização, quando se deu o início, a duração e a história de dor prévia (Kazanowski & Lacetti, 2005).

O enfermeiro ainda encontra dificuldades em colocar em prática o processo de avaliação da dor pois por um lado considera que devido a sua experiência sabe mais que os clientes sobre a sua dor e corre o risco de os substituir, e por outro lado é a insegurança que sente quando sabemos o que o cliente vai dizer e acreditar no que ele nos diz.

É difícil na prática profissional quotidiana, aceitar que a dor é “o que o cliente diz sentir”, palavras verdadeiras, palavras que devemos acreditar mas ainda com demasiada frequência postas em causa. Dúvidas como “ele diz... mas está a exagerar”, tentações como “eu, como prestador de cuidados conheço bem esta patologia, eu é que sei” surgem frequentemente (Metzger *et al.*, 2002).

A classificação da intensidade da dor permite saber se a dor é ligeira, moderada, intensa ou dor máxima. A escala utilizada na unidade é a que se apresenta a seguir.

0	Ausência de dor
1	Dor ligeira
2	Dor moderada
3	Dor intensa
4	Dor máxima

No item regista o valor obtido numa das colunas identificadas por sinais vitais houve concordância absoluta, todos os enfermeiros (100%) inquiridos responderam que sim. Este número absoluto não vai de encontro aos dados recolhidos dos registos de enfermagem, pois com esta amostra podemos concluir uma de três hipóteses. Os restantes quarenta e nove enfermeiros da unidade são os que não registam, ou existe esquecimento em registar o que fazemos ou então voltamos a questão o que respondemos não coincide com a prática.

Os registos de enfermagem são essenciais no processo de enfermagem e na prestação de cuidados pois só assim existe continuidade de cuidados e avaliação de cuidados prestados.

Em relação ao item atua de acordo com o resultado obtido, vinte e seis, 92,8%, enfermeiros dizem que sim e apenas dois enfermeiros revelam que não, mas este tipo de atuação não aparece registado nas notas, e o que não é registado é considerado como não foi feito.

O tipo de atuação de acordo com o resultado obtido pode não passar por administração de medicação mas pela adoção de medidas não farmacológicas, estas dividem-se em estratégias físicas ou comportamentais.

As estratégias físicas incluem o toque, a massagem, a termoterapia, a alternância de decúbitos, os exercícios, a aromaterapia, a estimulação eléctrica transcutânea e as alternativas culturais (Kazanowski & Lacetti, 2005). As estratégias comportamentais, que são as abordagens intelectuais, emocionais e psicossociais, como o relaxamento, o biofeedback, a imaginação guiada, a hipnose e auto-hipnose, a distração de estímulos dolorosos e o humor.

A necessidade de utilizar o humor pelos profissionais de saúde é tão grande como o das pessoas que eles cuidam, o humor funciona com o stresse dos profissionais, resultante da sua prática diária aos diferentes níveis, como um importante mecanismo de coping (José, 2002).

O último item que consta da norma de procedimento, é o registo em notas de enfermagem, o diagnóstico da situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos tal como já referido.

Vinte e cinco enfermeiros respondem que sim o que corresponde a 89,3%, não encontramos qualquer registo na consulta realizada que confirmasse esta afirmação e 10,7% refere que não regista em notas de enfermagem.

Os registos de enfermagem como meio de comunicação facilita a coordenação e continuidade na prestação de cuidados, permite avaliar a qualidade e eficiência dos mesmos, reúne dados úteis para a, investigação e responsabiliza os profissionais pelas intervenções realizadas.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.

✓ **Em clientes sedados e/ou analgésicos tem presente ou tem atenção as manifestações de dor?**

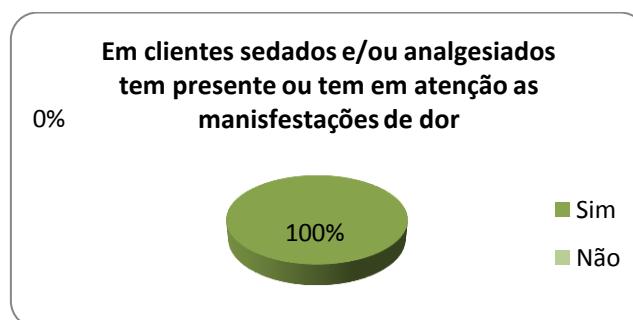


Gráfico nº 12- Número de enfermeiros que têm presente as manifestações de dor.

A totalidade dos inquiridos (100%) responde afirmativamente. Quando os clientes não podem verbalizar a intensidade da sua dor dado que têm perfusão contínua de fármacos que altera o estado de consciência, existem formas de avaliar a presença de dor.

A dor não controlada, provoca elevação na frequência cardíaca, tensão arterial e frequência respiratória, volume corrente diminuído, aumento de consumo de oxigénio pelo miocárdio, diminuição da capacidade de tossir, aumento da retenção de secreções, expressão facial de dor, vasoconstrição e dilatação pupilar (Swearingen & Keen, 2005).

No estudo realizado por Aissaoui *et al*, (2005), o aumento de tensão arterial, da frequência cardíaca foi de 10% durante os procedimentos dolorosos no entanto estes valores podem ser influenciados pela administração de vários fármacos.

✓ **Considera importante a prevenção da dor?**

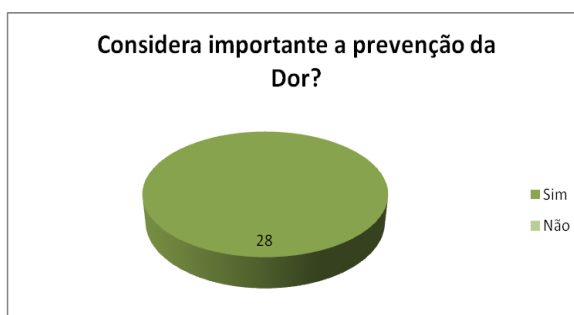


Gráfico nº 13 – Número de enfermeiros que considera importante a prevenção da dor.

Também nesta pergunta a totalidade dos enfermeiros respondem que sim, que consideram importante a prevenção da dor. Em cuidados intensivos e devido à rapidez e à forma súbita com que os acontecimentos surgem tentamos agir de imediato e por vezes esquecemos que o nosso procedimento irá provocar dor, é boa prática nunca a dor ser sentida pelo cliente. É nosso dever conseguir minimizar ou eliminar os agentes desencadeadores da dor.

O estudo de Calil (2008), refere que a gravidade da lesão e do trauma consoante a parte que afeta são considerados como muito dolorosos. Assim é nosso dever, como o profissional que mais tempo está junto ao cliente ter em atenção aos procedimentos de forma a minimizar o aparecimento da dor ou a controlá-la tão rapidamente quanto possível.

✓ **Cumpe a Norma de Procedimento Avaliação da dor?**

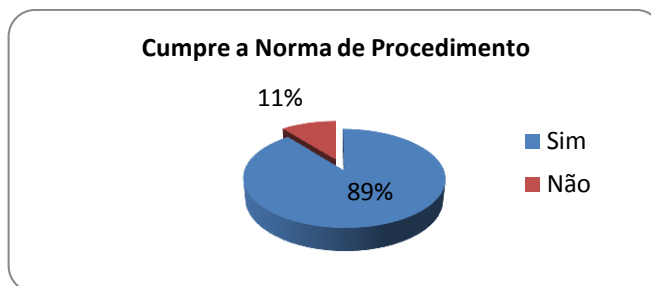


Gráfico nº14 – Quantos enfermeiros cumprem a Norma de Procedimento.

Nesta pergunta vinte e cinco (89,3%) colegas respondem que sim o que vai de encontro de forma contrária ao dados que recolhemos durante o mês de abril de 2009. Três enfermeiros têm a noção que não cumprem a norma de procedimento, o que representa 10,7%.

✓ **Se respondeu que não à questão anterior, indique por ordem de prioridade quais as dificuldades que encontra?**

Nesta questão foram dadas três respostas negativas como observamos no gráfico anterior, um dos enfermeiros não especifica as dificuldades e aponta para outra onde escreve que simplesmente não se adapta a situação. Outros dois enfermeiros enumeraram as prioridades mas pela análise pensamos que um deles deve ter confundido a ordem de atribuição das prioridades, tendo em conta as respostas à questão das manifestações de dor, como apresento nos gráficos seguintes.

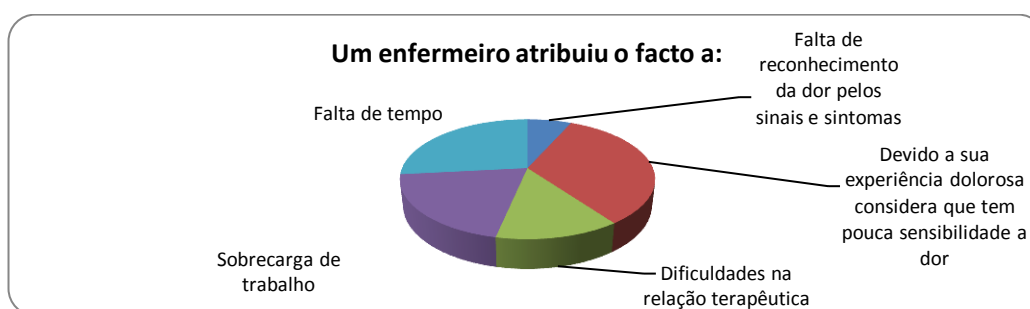


Gráfico nº15 – Ordem de prioridade das dificuldades de um enfermeiro.

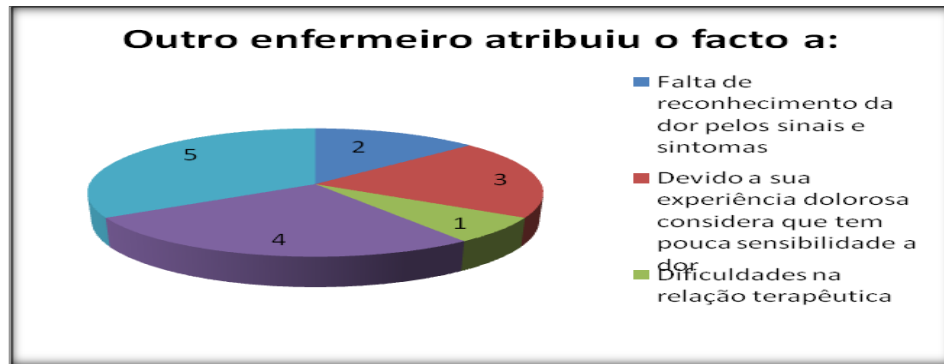


Gráfico nº16 – Ordem de prioridade das dificuldades de outro enfermeiro.

✓ **Gostaria de ter formação sobre a Dor, enquanto fenómeno sensorial e emocional desagradável?**

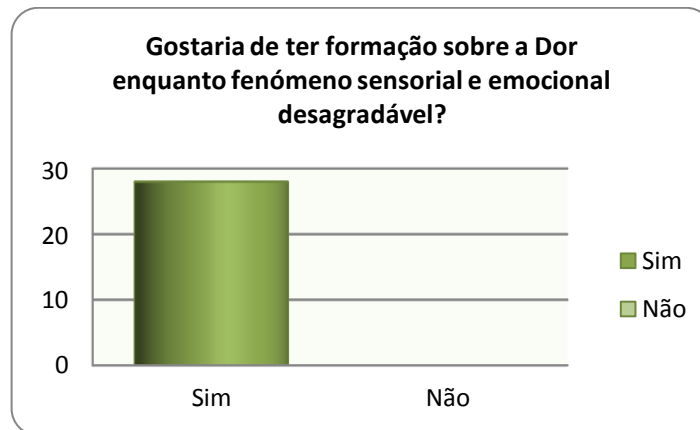


Gráfico nº17 – Número de enfermeiros que gostariam de ter formação sobre a dor.

A totalidade das respostas apontam para o sim, 100%, este resultado demonstra a constante recetividade da equipa de enfermagem à formação contínua como se tem vindo a verificar ao longo dos últimos anos. No Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 88º, alínea c) o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

A formação em enfermagem permite aprender, aprofundar e atualizar conhecimentos; é usual fazermos formação sobre técnicas e procedimentos pois existe e sempre existirá enfermeiros em diferentes níveis de desenvolvimento.

A formação deve agir ao nível das práticas para explorar, simultaneamente a origem esquecida, a proveniência, e a realização possível e escolhida, o projeto. A ação de

formação deve-nos conduzir ao coração das nossas práticas, nas situações onde agimos e estimular-nos a compreender-lhes o sentido relativamente à saúde (Honoré, 2002). Os programas de formação do pessoal têm como objectivo promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeiro adquira experiência (Benner, 2005).

Os enfermeiros proficientes tal como Benner os descreve tornam-se peritos, pois assimilam estes conhecimentos para aprenderem e serem competentes nas intervenções.

A competência e a prática competente significam implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos em situações reais (Tomey & Alligood, 2004).

A capacitação representa para o profissional o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada função, quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções (Martins *et al.*, 2006).

✓ Se tivesse oportunidade, o que sugeria?

Dado ser importante envolver a opinião de toda a equipa nesta temática optamos por saber qual a opinião dos colegas.

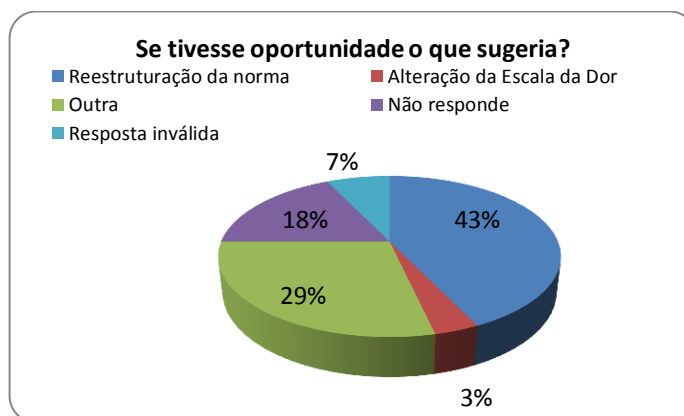


Gráfico nº18 – Número de enfermeiros que sugeriram uma mudança.

Doze enfermeiros, que representam 42,9% referem que reestruturavam a norma de procedimento, como essa era a nossa ideia inicial, pois a norma foi feita em 2005 da melhor maneira, com o que se tinha ao dispor mas pensamos que precisava de uma revisão pelo que ficamos satisfeitos com o resultado. Dois enfermeiros (7,2%) responderam em

simultâneo a reestruturação da norma, a alteração da escala da dor, não especificando qual escolheriam pelo que invalidei as respostas. Um enfermeiro sugeriu a escala visual analógica mas os nossos clientes quando sedados não têm condição clínica para poder ser utilizada esta escala. Oito inquiridos (28,5%) optaram por responder a outra sugestão e após a categorização, as opções foram:

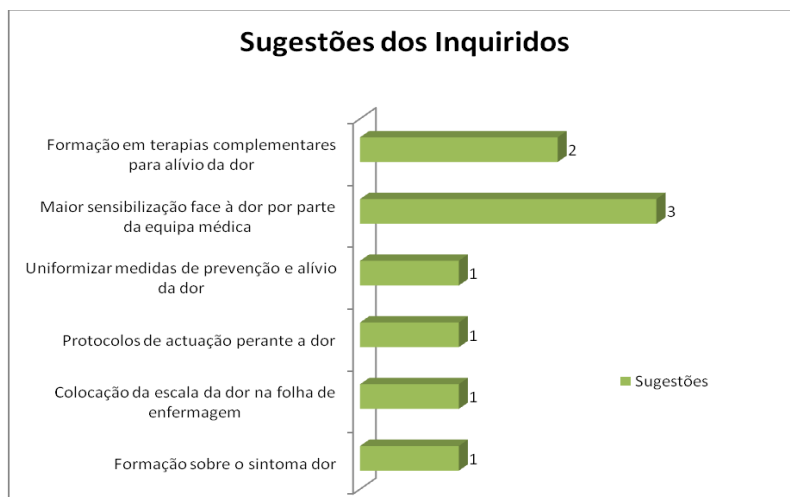


Gráfico nº19 - Sugestões dadas pelos inquiridos.

Das sugestões destacamos a sensibilização dos enfermeiros da unidade para a aprendizagem e uso de terapias complementares para o controlo da dor e também o facto de os enfermeiros sentirem que a dor não é talvez bem valorada pela equipa médica, pois dado que persiste o preconceito que a administração de analgesia irá afetar ou alterar a avaliação que se faz do cliente, não se reflectindo por parte dos clínicos, que o reverso também pode existir, ou seja, quando a intensidade da dor é insuportável a agitação psicomotora surge e pode provocar mais danos e até piorar o quadro clínico.

Pensamos que este sentimento dos enfermeiros e que nós também partilhamos é que a dor é desvalorizada pela equipa médica talvez devido à sua formação, pois no caso de outras especialidades como a anestesia a dor é altamente relevante e tida em conta para a recuperação do cliente.

As últimas três perguntas do questionário foram dirigidas aos Padrões de Qualidade em Cuidados de Enfermagem.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por insistências internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (Ordem dos

Enfermeiros, 2002). A qualidade é, por vezes entendida como a existência ou ainda com o que há de melhor. É-lhe dada uma conotação com a perfeição como se vê na expressão, o serviço era perfeito (Hesbeen, 2001).

✓ **Tem conhecimento dos Padrões de Qualidade em Cuidados de Enfermagem?**

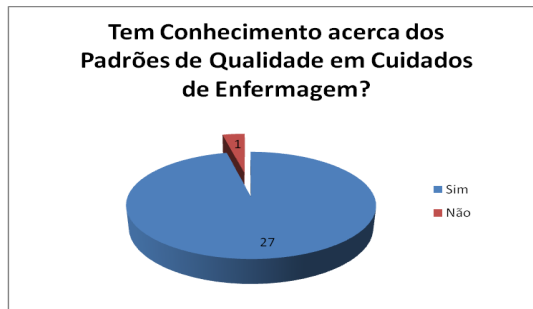


Gráfico nº20 - Número de enfermeiros que têm conhecimento dos Padrões de Qualidade.

Dos vinte e oito inquiridos, um (3,6%) não tem conhecimento sobre os padrões de qualidade. A unidade desde do início do ano de 2008 tem vários grupos a trabalharem em diversas áreas com o objetivo de responder ao proposto pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito aos Padrões de Qualidade nas suas seis categorias de indicadores.

Dado ser uma unidade de cuidados intensivos o acolhimento ao cliente não é feito no momento da admissão mas logo que a situação clínica do cliente o permita. Mas temos um manual de acolhimento onde se faz a entrevista à família assim que esta visita o cliente.

Fazemos a avaliação do risco de úlceras de pressão pela Escala de Braden, a avaliação é feita à entrada do cliente, todas as segundas feiras e no momento da alta ou transferência do cliente, caracterizamos a respetiva úlcera se existir.

Temos implementado a escala de avaliação da dor, tal como já descrito previamente.

Realizámos também diariamente e no turno da noite a avaliação da carga de trabalho de enfermagem através de suporte informático, preenchendo as classificações Therapeutic Intervencion Scoring System 28 (TISS 28) e Nursing Activites Score (NAS).

✓ **Sabe se na unidade existem projetos implementados neste âmbito?**

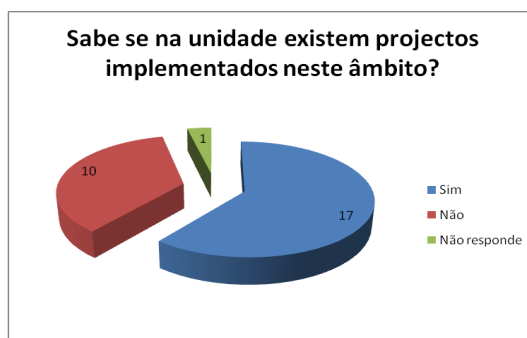


Gráfico nº21 - Número de enfermeiros que tem conhecimento dos projetos da unidade.

Dos inquiridos, dezassete enfermeiros o que representa 60,7% sabem que a unidade tem projetos neste âmbito, tal como os referenciei anteriormente, dez (35,7%) enfermeiros não têm conhecimento e um enfermeiro não responde.

✓ **Tem conhecimento que a avaliação da dor é uma área de investimento dos Padrões de Qualidade em Cuidados de Enfermagem?**

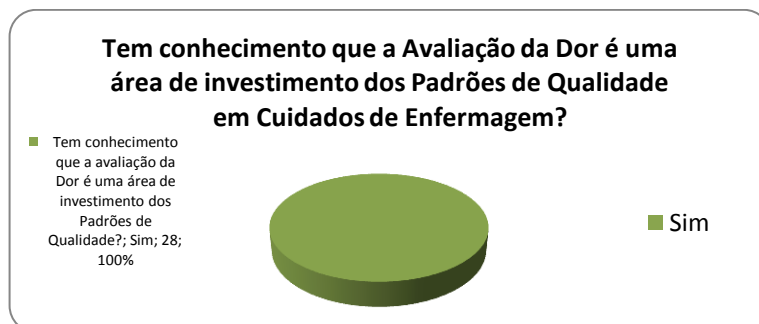


Gráfico nº 22 – Número de enfermeiros que reconhece a dor como área de investimento dos Padrões de Qualidade.

Curiosamente a totalidade das respostas apontam para o conhecimento que a avaliação da dor é uma área de investimento dos Padrões de Qualidade o que vai em oposição às respostas obtidas na pergunta anterior.

A avaliação da dor insere-se no indicador da satisfação do cliente, os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade constituem um instrumento para ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes e outros profissionais, traduzindo prioridades face ao desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Passando agora a analisar outro objetivo do trabalho de projeto.

REALIZAR SESSÃO OU SESSÕES DE FORMAÇÃO SOBRE A DOR

Objetivos	Atividades/Estratégias	Recursos	Período de Tempo	Forma de Avaliação/ Indicadores de Avaliação
Realizar sessão ou sessões de formação sobre a dor.	-Pesquisa bibliográfica. -Planeamento das sessões. -Elaboração do plano de sessão. -Entrevistas não estruturadas com os pares. -Entrevistas semiestruturadas com En ^{fa} Chefe. -Reunião em contexto de estágio. -Divulgação das sessões através da afixação de cartaz no quadro das distribuições diárias dos enfermeiros. -Realização das sessões. -Avaliação das sessões.	-En ^{fa} Chefe. - Prof ^a . -Pares. -Livros. -Artigos de revistas científicas. -Internet.	Ver cronograma	-Relato crítico de como correu a formação a integrar no relatório de semestre.

Quadro 4 - Realizar sessão ou sessões de formação sobre a dor.

Era nossa intenção realizar pelo menos duas sessões de formação sobre a dor e dar a conhecer os resultados obtidos através do questionário mas o plano de formação do serviço está totalmente programado para o ano de 2009 e não houve qualquer possibilidade de reajustar pois já tinha sofrido três ajustes para que um colega tivesse oportunidade de avaliar o seu projeto, dois reajustes em um mês era demasiado e a taxa de adesão desceria consideravelmente.

Após entrevista semiestruturada com Enfermeira Chefe, dia 19 de maio de 2009, decidimos que como ferramenta de divulgação dos dados utilizar a carta personalizada e entregar directamente aos colegas. Esta metodologia de comunicação individual é utilizada pela Enfermeira pois permite informar todos os enfermeiros, utilizando a mesma linguagem não correndo o risco de possível deturpação da informação e quase que em simultâneo, com possibilidade de questionar depois e sem argumento que não tiveram conhecimento.

Concordamos em realizar uma carta personalizada pois assim todos têm acesso igual em tempo real e com possibilidade de analisar calmamente os dados obtidos. Se fizéssemos a sessão de formação decerto que não conseguimos obter a participação de todos, se optássemos por colocar posters em locais estratégicos da unidade não seria bom

porque por um lado há sempre alguém que não viu, não sabe e por outro lado dado a remodelação da unidade estivemos numa altura de mudança e de reorganização de espaços, em suma uma altura de confusão.

Atendendo a eficácia desta metodologia da Enfermeira Chefe como forma de divulgar os resultados do questionário elaboramos uma carta que entregamos entre os dias 15 e 30 de junho a todos os enfermeiros da unidade dando conhecimento quer dos resultados do questionário quer dos resultados da recolha de dados dos registos de enfermagem.

Analisando de seguida o último objetivo.

PROPOR UMA ALTERAÇÃO DA NORMA DE PROCEDIMENTO OU UMA ALTERAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR				
Objetivos	Atividades/Estratégias	Recursos	Período de Tempo	Forma de Avaliação/ Indicadores de Avaliação
Propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica. -Reestruturação da norma de procedimento de forma a simplificar a avaliação da dor pelos enfermeiros. -Procura exaustiva de escalas validadas, utilizadas em unidade de cuidados intensivos. -Entrevistas não estruturadas com os pares. -Entrevistas semiestruturadas com Enf^a Chefe. - Reunião em contexto de estágio. - Revisão da literatura. 	<ul style="list-style-type: none"> -Enf^a Chefe. -Prof^a. -Pares. -Livros. -Artigos de revistas científica. -Internet. 	Ver cronograma	-Implementação de uma nova norma de procedimento ou de outra escala de avaliação da dor.

Quadro 5 - Propor uma alteração da norma de procedimento ou uma alteração da escala de avaliação da dor.

Devido aos resultados obtidos julgamos ser pertinente fazer uma proposta de reestruturação da norma de procedimento, a questão que se coloca é se devemos propor ou não uma alteração da escala da dor, este assunto é demasiado complexo e abrangente pois tem em causa o tipo de clientes que a unidade recebe, que apresentam um estágio em que colaboram e outro em que não ou contrário, as indicações da Direcção Geral da Saúde referem que se deve usar uma só escala de avaliação de dor, mas as escalas

multidimensionais são de difícil compreensão por parte dos clientes e de difícil aplicabilidade por parte dos enfermeiros, exigindo mais tempo e por conseguinte sobrecarga de trabalho, este tipo de escalas não têm validade para clientes críticos, sedados e ventilados. Uma série de questões se colocam em relação à alteração da escala da dor.

De acordo com a exaustiva pesquisa realizada, não existia, na altura uma escala de avaliação da dor em clientes críticos adultos em cuidados intensivos validada para a população portuguesa.

Apesar dos avanços científicos no mecanismo da dor, nos métodos multidimensionais e na analgesia, a avaliação da dor nos clientes críticos especialmente nos que não conseguem comunicar continua a ser um desafio para os profissionais (Aissaoui *et al.*, 2005).

Encontramos escalas comportamentais para clientes entubados e/ou inconscientes, estas escalas são úteis na avaliação da dor em clientes críticos que não possibilidade de comunicar e permite avaliar os efeitos da terapêutica analgésica, mas não traduzidas para a língua portuguesa. A escala VI/CO/MO/RE, que apresentamos em baixo, pouco conhecida também não se conseguiu acesso a muita informação sobre ela; contempla informação sobre estado geral do cliente, como este reage em repouso ou à mobilização e a adaptação ao ventilador.

Figura 2 – Escala VI/CO/MO/RE

Visage	1-détendu 2-crispé 3-grimaçant
Corps au repos	1-détendu 2-agité 3-prosté
Corps à la mobilisation	1-aréactif 2-contraction 3-raideur généralisée
Adaptacion au respirateur	1-adapté 2-lutte ponctuellement 3-lutte en permanence

Fonte: <http://www.vicomore.com/spip/spip.php?article6>

A outra escala, a behavioral pain scale, elaborada por Payen, avalia a expressão facial, os movimentos e a adaptação ao ventilador.

Figura 3 – Escala Comportamental da Dor

		Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened	2
	Fully tightened	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for most of the time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

Fonte: <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/reprint/101/5/1470>

Dado que o estado do cliente é variável, ou seja, pode entrar num estado crítico, hemodinamicamente instável, sedado, analgésico, ventilado ou com depressão induzida do estado de consciência e passado alguns dias recupera a estabilidade e consegue comunicar quer seja por gestos, por mímica, através do abecedário ou simplesmente comunicando verbalmente. A situação inversa também acontece o cliente é internado na unidade de cuidados intensivos para vigilância e dá-se o agravamento do estado.

Em relação a escala utilizada na Unidade, temos que ter em conta que apesar de algumas falhas que existem a escala é utilizada e desperta a atenção dos enfermeiros para a presença de dor nos clientes hemodinamicamente instáveis e a necessidade de ser avaliada.

Assim elaboramos a reestruturação da norma de procedimento entre os dias 18 e 23 de junho de 2009 onde propusemos a escala comportamental para clientes sedados e a escala numérica para aplicar a clientes que conseguem autoavaliar a dor. Reunimos com a Enfermeira Chefe no dia 24 de junho onde acordamos ser a ocasião certa para realizar uma reestruturação da norma de procedimento que foi apresentada, a reestruturação foi aprovada.

Pensamos que as normas para terem impacto nos cuidados de enfermagem prestados e serem cumpridas, têm que ser elaboradas por profissionais que prestam os cuidados de enfermagem diariamente.

As normas são definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. Elas não têm valor a menos que contenham critérios que permitem que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade de qualidade (Sale, 1998).

6 - Avaliação do Trabalho Projeto

Inicialmente tínhamos determinado que a avaliação da norma é verificada na íntegra dos itens e considerada como válida se 70% dos enfermeiros efetuarem registos, este valor foi eleito de acordo com a opinião da Enfermeira Chefe.

Tínhamos planeado recorrer à observação participante como forma de proceder a avaliação do trabalho projeto. A observação participante é um método de colheita de dados em que o observador participa na vida diária das pessoas que estão a ser estudadas.

A observação participante é um método de investigação que visa determinar o significado, a orientação e a dinâmica de uma situação pela colheita de factos por entrevista (Fortin, 1999). É a observação e registo direto de dados que exigem que o investigador se torne parte da cultura que está a estudar (Streubert e Carpenter, 2002).

Mas dado o desenvolvimento do projeto e com o surgir de outros objetivos este tipo de avaliação já não tem sentido. A avaliação do trabalho projecto deve ser precisa e pertinente. A função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas. Um critério é uma característica observável. Uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico (Tavares, 1992).

Assim a avaliação deste trabalho projeto fica em aberto, para realizar quem sabe no seguimento do percurso académico pois não obtivemos resultados na verificação de todos os itens da norma.

Seria aconselhável fazer nova avaliação do cumprimento da norma de procedimento dentro de seis meses. Pensamos que após a apresentação da reestruturação da norma e mais uma avaliação do seu cumprimento estaremos em posição para elaborar uma norma de qualidade em avaliação da dor.

As normas de qualidade são o objetivo final da unidade dado que conseguem medir a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e permite identificar erros, esta norma será elaborada tendo em conta os critérios de estrutura, os critérios de processo e os critérios de resultados, implica a colaboração de toda a equipa multidisciplinar.

As normas de qualidade de cuidados existem no sentido de afirmar um conjunto de atributos ou indicadores de uma organização, que determinam o valor ou o bem de uma acção. Daí a importância da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de

enfermagem conforme o artigo 30º, nº1 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em Dezembro de 2001 (Nunes, *et al.*2005)

A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam e nunca foi tão importante como agora. Existem várias razões para a necessidade crescente da garantia da qualidade, uma das razões é a expectativa do cliente que é alvo dos cuidados (Sale, 1998). A qualidade é a excelência dos cuidados ou o que existe de melhor.

A excelência é a procura constante, um caminho, não é a meta absoluta mas um caminhar permanente. A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica condições de trabalho que permitam a excelência do exercício profissional. Na perspectiva do enfermeiro é um direito e também um bem social considerado indispensável à realização do ser humano. Por outro lado, porque as adequadas condições de trabalho para o enfermeiro e demais profissionais da saúde são um suporte fundamental para garantir o direito ao cuidado de todas as pessoas que recorrem às organizações de saúde (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Apêndice 4 – Cronograma de atividades do trabalho de projeto

CRONOGRAMA DO TRABALHO PROJETO

Mês/ Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fev-09						E	E	Dom	PB	PB	PB	PB	PB	Sáb	Dom	PB	PB	EI	EI	EI	Sáb	Dom	EI	C	EI	EI	E	Sáb			
Mar-09	Dom	CP	CP	CP	CP	E	Sáb	Dom	CP	CP	CP	CP	E	Sáb	Dom	CP	CP	CP	CP	E	Sáb	Dom	CP	CP	CP	CP	E	Sáb	Dom	CP	CP
Abr-09	TD	TD	E	E	Dom	TD	TD	TD	TD	Fe	Sáb	P	TD	CFch	TD	TD	TD	Sáb	Dom	PB	PB	PB	PB	E	Fe	Dom	OP	OP	OP	OP	
Mai-09	Fe	Sáb	Dom	OP	OP	R	R	E	E	Dom	TD	TD	TD	TD	E	Sáb	Dom	TD	CFch	TD	TD	E	Sáb	Dom	ET	ET	ET	ET	E	Sáb	Dom
Jun-09	ET	ET	ET	ET	E	Sáb	Dom	PB	PB	PB	PB	E	Sáb	Dom	R	R	PB	PB	E	Sáb	Dom	ET	ET	ET	ET	E	Sáb	Dom	ET	ET	
Jul-09	ET	ET	E	Sáb	Dom	ET	ET	ET	ET	ET	Sáb	Dom																			

	Sábado, Domingo, Feriado
	Escola
	Páscoa
	Carnaval
	Entrega Trabalho
	Pesquisa Bibliográfica

	Consulta de Processos
	Trabalhando Dados
	Observação Participante
	Reflexão
	Elaboração do Trabalho
	Entrevista semiestruturada Srª Enfª Chefe

Apêndice 5 – Grelha de Avaliação da Escala da Dor

GRELHA AVALIAÇÃO ESCALA DA DOR

Cliente:.....Idade:.....Diagnóstico:.....

Data de Admissão:.....

Data de Alta:.....

sem Itens a avaliar	04 Abr (sáb)	11 Abr (sáb)	18 Abr (sáb)	25 Abr (sáb)	Obs
Cliente Sedado					
Cliente Analgesiado					
Avaliação da Dor 1 vez turno					
Avaliação da Dor 2 vezes dia					
Avaliação da Dor mais 3 vezes dia					
Não Registado					
Intervenções Desenvolvidas					
Registo em notas de Enfermagem					

Apêndice 6 – Quadro de verificação da avaliação da escala da dor

QUADRO DE VERIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO ESCALA DA DOR

Cliente Itens a avaliar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Totais
Cliente Sedado	-	-	x	x	-	-	X	-	-	-	x	x	-	-	-	5
Cliente Analgesiado	-	x	-	x	x	x	X	x	x	x	-	-	-	-	x	9
Avaliação da Dor 1 vez turno	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	3
Avaliação da dor 1 vez por dia	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	-	x	x	-	4
Avaliação da Dor 2 vezes dia	x	x	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	x	8
Avaliação da Dor mais 3 vezes dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Não Registrado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Intervenções Desenvolvidas	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Registo em notas de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0

Apêndice 7 – Questionário



QUESTIONÁRIO

No âmbito da Pós Graduação em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal estamos a desenvolver um projeto sobre a Avaliação da Dor.

Este questionário tem como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros da Unidade face à importância da avaliação da dor. Os dados obtidos serão tratados e divulgados em momento oportuno, o anonimato está garantido. Demorará cerca de 10 minutos o seu preenchimento.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e de uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (OE, 2002).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro:

- ✓ Artigo 88º - Da excelência do exercício
O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:
 - b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- ✓ Artigo 89º - Da humanização dos cuidados
O enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:
 - b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

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

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (2008), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real.

No âmbito das competências da prática profissional, ética e legal e desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, bem-estar e o autocuidado (OE, 2008).

Assinale com uma cruz a(s) opção(s) que melhor se adequar as questões que se seguem.

1 - **Considera o sintoma da Dor como?**

Nada importante/Pouco Importante/Importante/Muito Importante/ Imprescindível
--

2- Tem conhecimento da Norma de Procedimento Avaliação da Dor, existente na unidade?

Sim	Não
-----	-----

3- Avalia a intensidade da Dor,

Uma vez por turno

Não avalia

4- Quando avalia a Dor, tem em conta os seguintes itens:

	SIM	NÃO	Não me recordo
Dirige-se ao cliente tratando-o pelo nome			
Explica o procedimento que pretende realizar			
Assegura-se que o cliente compreendeu a informação			
Solicita ao cliente que classifique a intensidade da sua dor			
Regista o valor obtido numa das colunas identificadas de Sinais Vitais			
Atua de acordo com os resultados obtidos			
Regista em notas de enfermagem o diagnóstico da situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos			

5- Em clientes sedados e/ou analgésicos tem presente ou tem em atenção as manifestações de dor?

Sim	Não
-----	-----

6- Considera importante a prevenção da dor?

Sim	Não
-----	-----

7- Na sua opinião, considera que cumpre a Norma de Procedimento de Avaliação da Dor?

Sim	Não
-----	-----

8- Se respondeu não à questão anterior, indique por ordem de prioridade quais as dificuldades que encontra?

Falta de tempo	
Sobrecarga de trabalho	
Dificuldades na relação terapêutica	
Devido a sua experiência dolorosa considera que tem pouca sensibilidade a dor	
Falta de reconhecimento da dor pelos sinais e sintomas	
Outra: _____	

9- Gostaria de ter formação sobre a dor enquanto fenómeno sensorial e emocional desagradável?

Sim	Não
-----	-----

10- Se tivesse oportunidade, o que sugeria?

Reestruturação da norma de procedimento	
Alteração da Escala da Dor	

Outra: _____

11- Se respondeu sim à alteração da Escala da Dor, tem conhecimento da existência de outras escalas de avaliação da dor validadas utilizáveis em clientes de cuidados intensivos, quais:

12- Tem conhecimento acerca dos Padrões de Qualidade em Cuidados de Enfermagem?

Sim	Não
-----	-----

13- Sabe se na unidade existem projetos implementados neste âmbito?

Sim	Não
-----	-----

14 – Tem conhecimento que a Avaliação da Dor é uma área de investimento dos Padrões de Qualidade em Cuidados de Enfermagem?

Sim	Não
-----	-----

Obrigada pela sua colaboração

Mafalda Silva

Apêndice 8 – Folha de Verificação de Questionário

CHECK LIST QUESTIONÁRIO

1 - Considera o sintoma dor como?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Totais	
Nada importante											-		-			-			-				-							
Pouco Importante											-		-			-			-				-							
Importante											-		-			-			-				-							
Muito Importante	x				x		x			x	-		-		x	-	x		-			x	-		x	x	x		10	
Imprescindível		x	x	x		x		x	x		-	x	-	x		-		x	-	x	x		-	x				x	13	

2 - Tem conhecimento da norma de procedimento Avaliação da Dor?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Totais	
Sim	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	28	
Não																														

3 - Avalia a intensidade da dor?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Totais	
Uma vez turno	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	28	
Não avalia																														

4 - Quando avalia a dor?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Totais
Dirige-se ao																													s-28

6 – Considera importante a prevenção da dor?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Totais
Sim	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	27
Não																						x						1	

7 – Na sua opinião considera que cumpre a norma de procedimento de avaliação da dor?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Totais
Sim	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x		x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	25
Não															x		x					x						3	

8 – Se respondeu não à questão anterior indique por ordem de prioridade quais as dificuldades que encontra?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
Falta de tempo															4	5													
Sobrecarga de trabalho															3	4													
Dificuldades na relação terapêutica															2	1													
Devido a sua experiência dolorosa considera que tem pouca sensibilidade a dor															5	3													
Falta de reconhecimento da dor pelos															1	2													

Apêndice 9 – Carta de divulgação dos resultados

No âmbito da Pós Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde desenvolvemos um projeto sobre a avaliação da dor no qual o colega gentilmente colaborou.

O questionário tinha como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros da Unidade face à importância da avaliação da dor. Foi aplicado a vinte e oito enfermeiros que prestam cuidados personalizados e diretos. O que corresponde a 51% do total dos enfermeiros, que correspondiam aos critérios de inclusão. Agora é o momento para divulgar os dados obtidos e dar-lhe conta da sua colaboração.

Durante o mês de Abril consultamos os registos de enfermagem para conseguir dar resposta a outro objetivo deste projeto e para saber se os colegas estavam a avaliar a dor dos seus clientes, avalei quinze clientes durante o referido mês, uma vez por semana. Os resultados desta consulta também serão divulgados em conjunto com a análise do questionário.

A dor é um fenómeno individual e subjetivo que causa sofrimento e diminui a qualidade de vida, envolve diversas dimensões como os fatores fisiológicos, cognitivos, comportamentais e socioculturais.

A dor é uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada. Os clientes em estado crítico sentem dor devido as condições patológicas, lesões ou intervenções terapêuticas. A dor é considerada como o 5º sinal vital, constituí uma norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor. O cliente tem o direito ao adequado e correto controlo da dor e o enfermeiro o dever de desenvolver estratégias de prevenção e controlo da dor nos clientes de quem cuida contribuindo assim para o bem-estar e humanização dos cuidados prestados.

O controlo da dor proporciona aos clientes um maior conforto, ajuda a prevenir complicações e favorece a evolução clínica tendo por objetivo a alta ou transferência.

A avaliação da dor é fundamental para o controlo da mesma.

Os resultados obtidos foram surpreendentes, os enfermeiros da unidade estão empenhados em avaliar a dor aos clientes de quem cuidam tendo como foco de atenção a excelência dos cuidados de enfermagem.

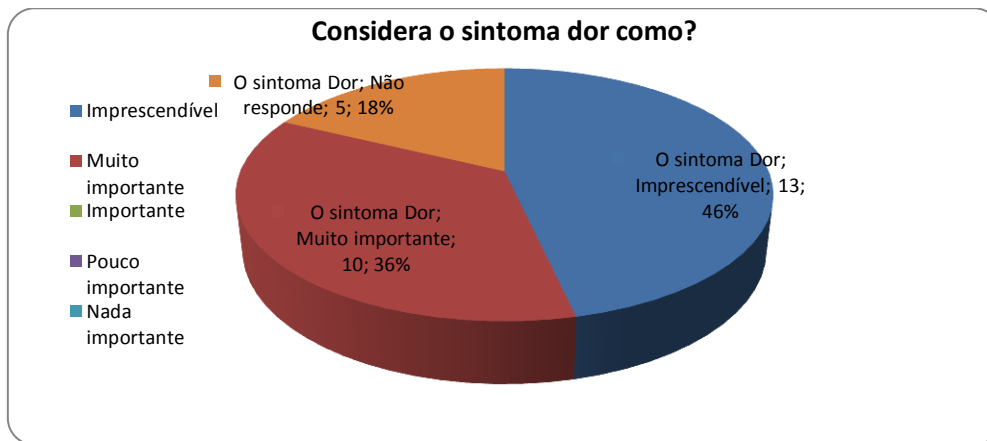


Gráfico nº1 – Como os enfermeiros consideram o sintoma dor.

Das respostas obtidas podemos concluir que os enfermeiros inquiridos consideram a avaliação da dor como imprescindível e muito importante, o que representa 46% e 36% respectivamente.

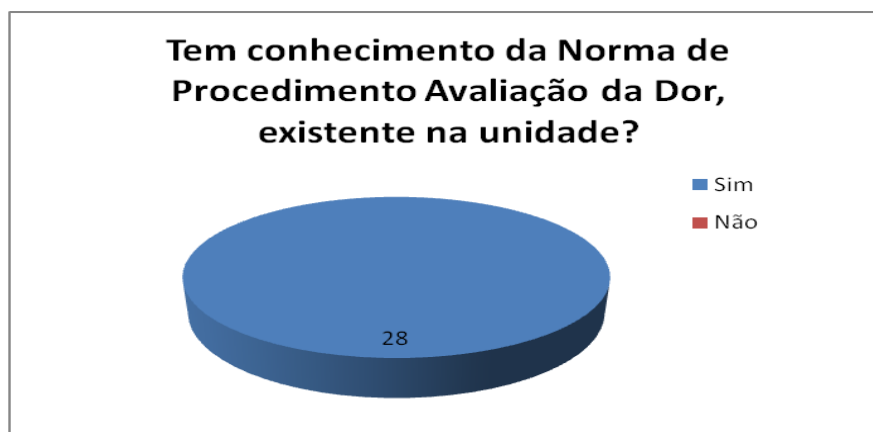


Gráfico nº 2 – Conhecimento do enfermeiro sobre a Norma de Procedimento Avaliação da Dor.

A totalidade dos enfermeiros conhece a norma de procedimento avaliação da dor.

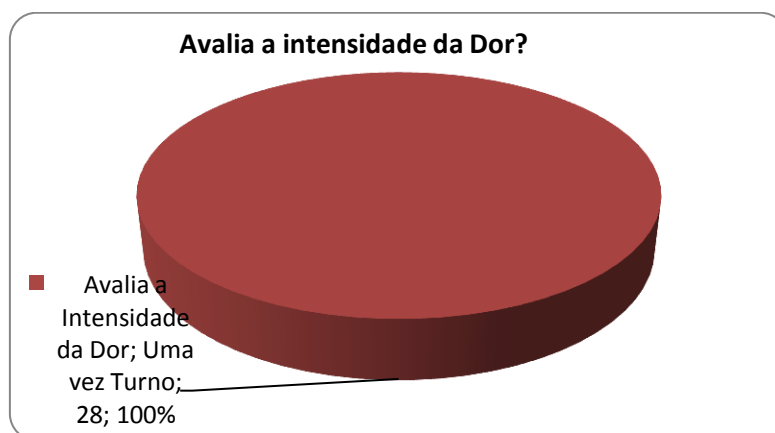


Gráfico nº 3 - Periodicidade da avaliação da dor.

A totalidade dos inquiridos avalia a intensidade da dor uma vez por turno, tal como preconiza a norma de procedimento.

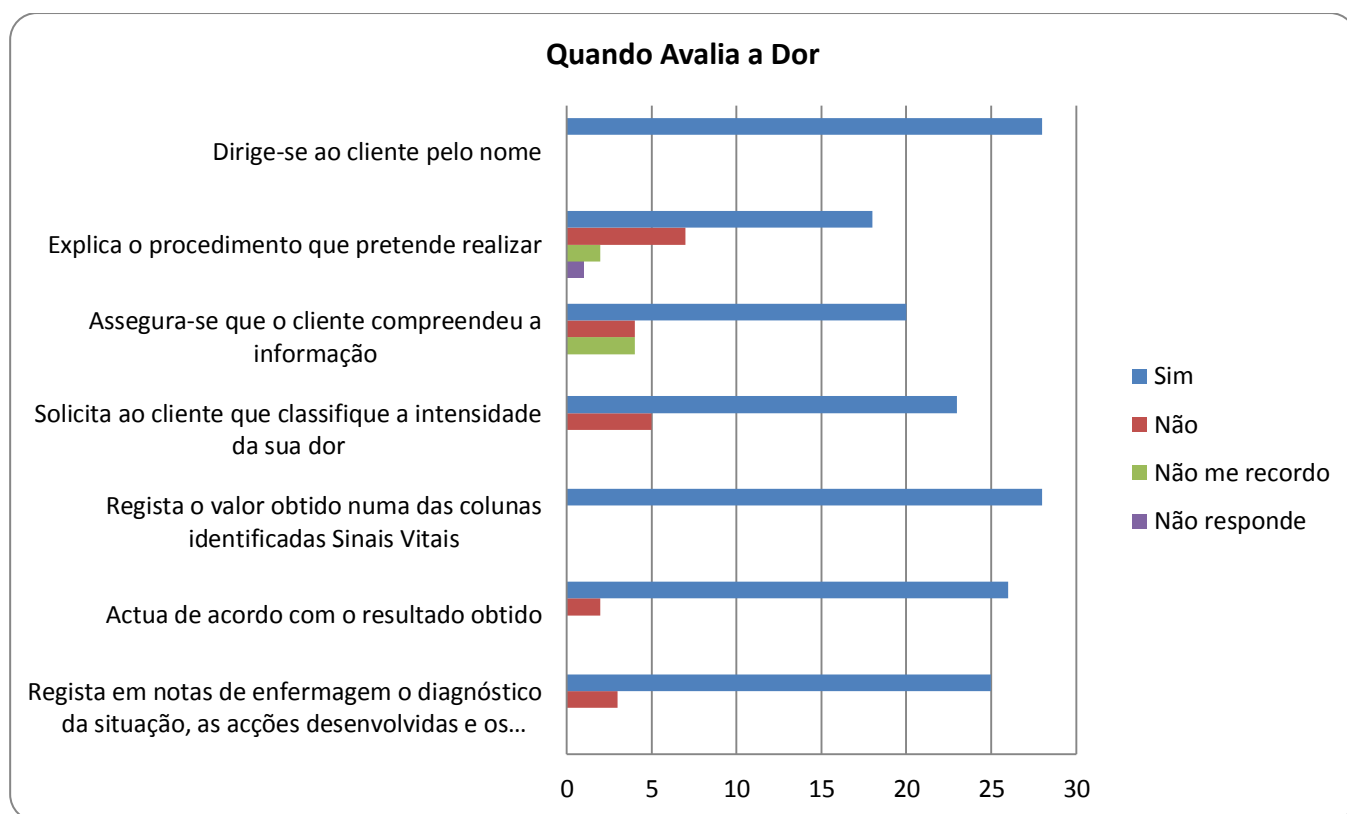


Gráfico nº 4 - Quando o enfermeiro avalia a dor tem em conta os itens.

Quando avaliam os enfermeiros têm em conta os itens enumerados na norma. No item de explicar o procedimento que pretende realizar, 64,3% dos enfermeiros explica, 25% não explica o procedimento o que corresponde a sete enfermeiros e 7,2% dos enfermeiros responde que não se recorda.

No item seguinte, vinte enfermeiros que corresponde a 71,4% assegura-se que o cliente compreendeu a informação enquanto 14,3% responde que não se assegura ou não se recorda.

Da totalidade de inquiridos, vinte e três que corresponde a 82,2% solicitam ao cliente que classifique a intensidade da sua dor enquanto cinco enfermeiros, o correspondente a 17,8% refere que não solicita esta item ao cliente. Todos registam o valor obtido na coluna identificada sinais vitais.

Os colegas respondem que atuam de acordo com o resultado obtido da sua avaliação o que perfaz 92,8% e 89,3% regista em notas de enfermagem o diagnóstico da situação, as acções desenvolvidas e os resultados obtidos o que corresponde a vinte e cinco enfermeiros.

Comparando agora os dados recolhidos da consulta dos registos de enfermagem durante o mês de Abril, podemos consultar o gráfico seguinte.

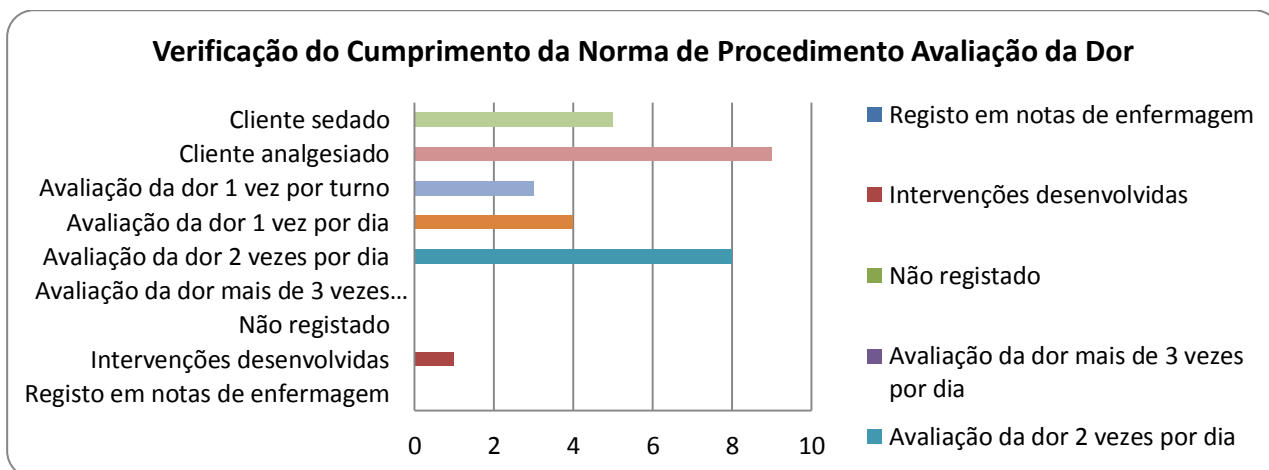


Gráfico nº 5 - Dados obtidos da consulta dos registos de enfermagem durante o mês de Abril.

Durante o mês de Abril foram internados na nossa unidade vinte e quatro clientes mas destes só vinte e um clientes possuíam os critérios de inclusão. O critério de inclusão é que permanecessem na unidade mais de 24 horas o que não aconteceu a três clientes. Assim da totalidade de clientes disponíveis para avaliar, consultei quinze registos de enfermagem durante o referido mês, uma vez por semana, não conseguimos avaliar todos pois alguns dos clientes foram transferidos entre uma semana e outra. Posso concluir que alguns dos itens da norma de procedimento não estão a ser registados, nomeadamente a avaliação da dor é registada duas vezes por dia e não uma vez por turno como descrito na norma de procedimento, é de referir que a intensidade da dor que predomina é dor ligeira que corresponde na escala a um, o que permite que nós possamos reflectir se os nossos clientes estão tão bem analgesiados ou se a nossa sensibilidade à dor do outro está bem aferida. Tal como o gráfico acima apresenta não há registo das intervenções implementadas assim como não conseguimos encontrar registo em notas de enfermagem sobre o diagnóstico de situação, as ações desenvolvidas e os resultados obtidos, penso que continuamos a realizar intervenções de enfermagem e a não registar pois não acreditamos que os enfermeiros não procurem estratégias de alívio e conforto dos clientes através de medidas não farmacológicas.

Continuando a divulgar os dados obtidos através do questionário.

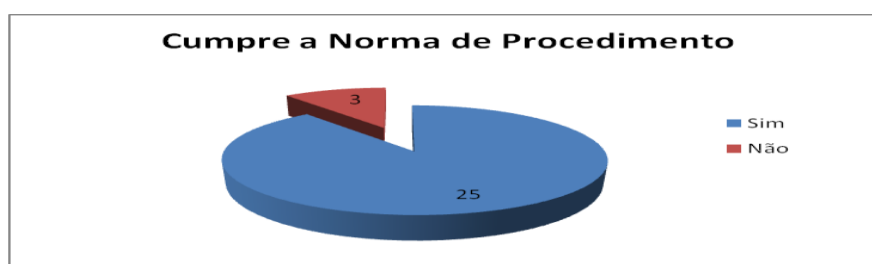


Gráfico nº 6 – Quantos enfermeiros cumprem a Norma de Procedimento.

No que respeita ao cumprimento da norma de procedimento, vinte e cinco colegas consideram que cumprem a norma. Três colegas têm a percepção que não cumprem a norma de procedimento o que perfaz 10,7%.

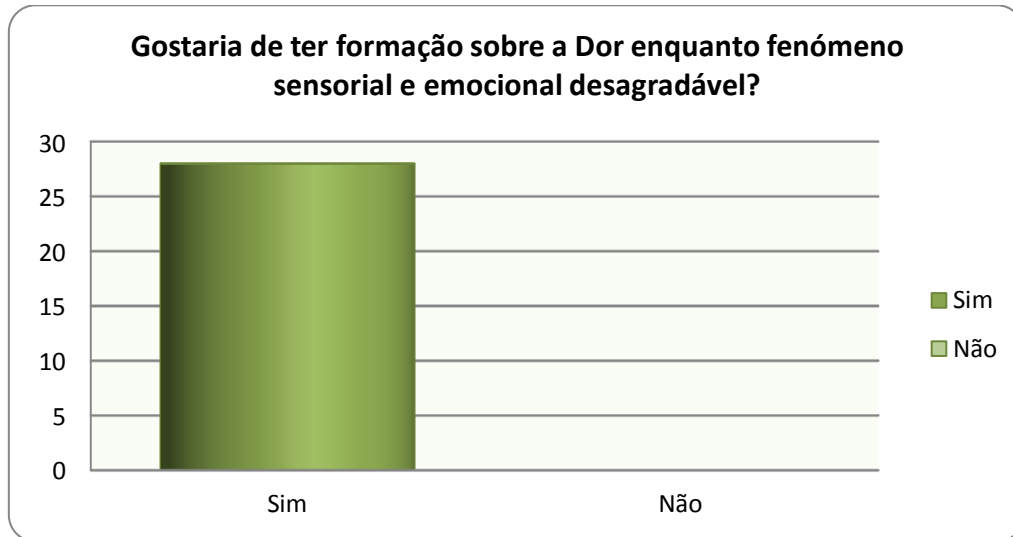
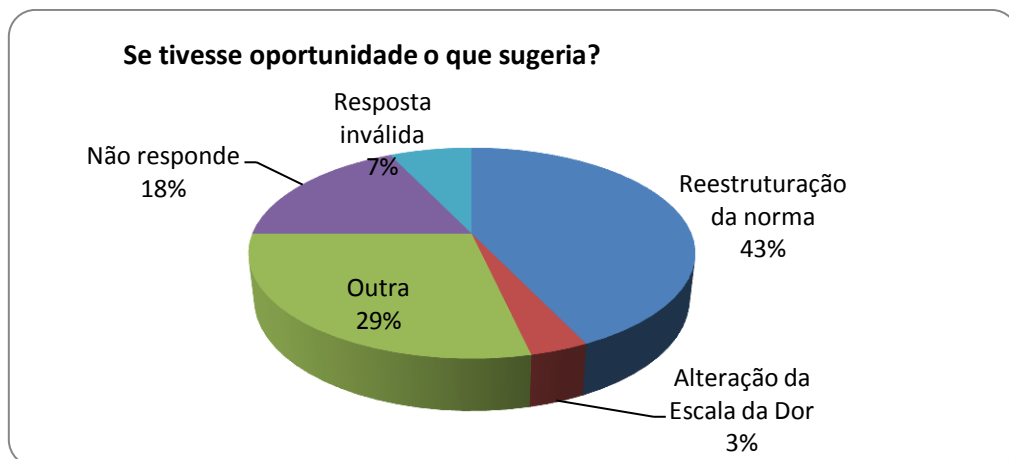


Gráfico n° 7 - Número de enfermeiros que gostariam de ter formação sobre a dor.

Todos os colegas que participaram na realização deste projeto gostariam de obter formação nesta área, o plano de formação do serviço para o ano de 2009 está totalmente programado como têm conhecimento, este ano não será possível mas em 2010 será de certeza um tema a abordar.



Quadro n° 8 – Número de enfermeiros e as respectivas sugestões dadas.

Em relação as sugestões, doze colegas perfazendo 42,9% sugerem uma reestruturação da norma e baseado neste resultado encontramos a realizar pesquisa bibliográfica para propor

uma reestruturação da norma à Sr^a Enf^a Chefe. Cinco enfermeiros não respondem e oito colegas sugeriam outra sugestão. As sugestões dadas foram categorizadas e são apresentadas no gráfico seguinte.

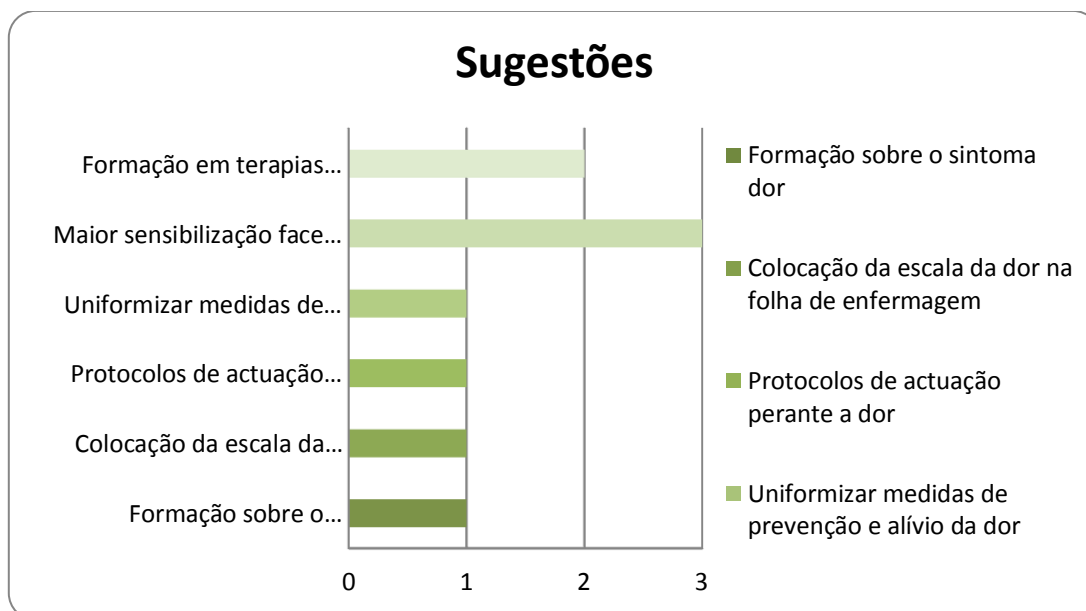


Gráfico nº 9 – Sugestões dadas pelos inquiridos.

Destacamos formação em terapias complementares para alívio da dor perfazendo 7,2% das respostas sugeridas e maior sensibilização face à dor por parte da equipa médica, 10,7%.

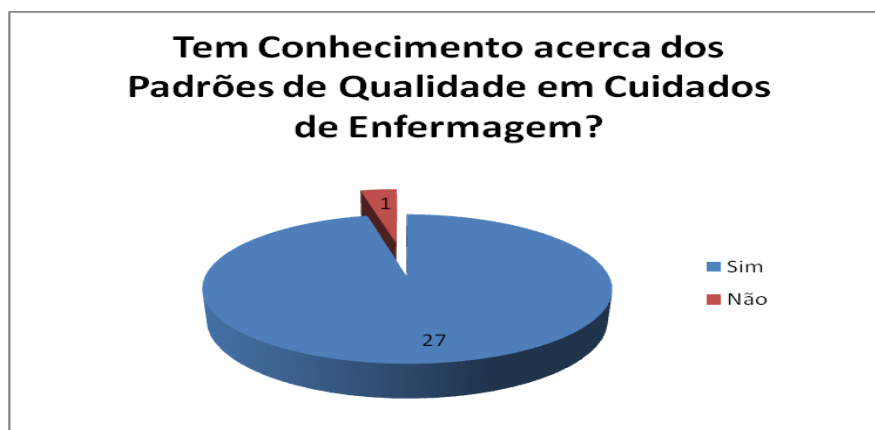


Gráfico nº 10 - Número de enfermeiros que tem conhecimento dos Padrões de Qualidade.

Ficamos agradavelmente surpreendida com os resultados obtidos. No que diz respeito ao desenvolvimento do projeto “Padrões de Qualidade em Cuidados de Enfermagem” pois vinte e sete colegas têm conhecimento da sua existência e importância.

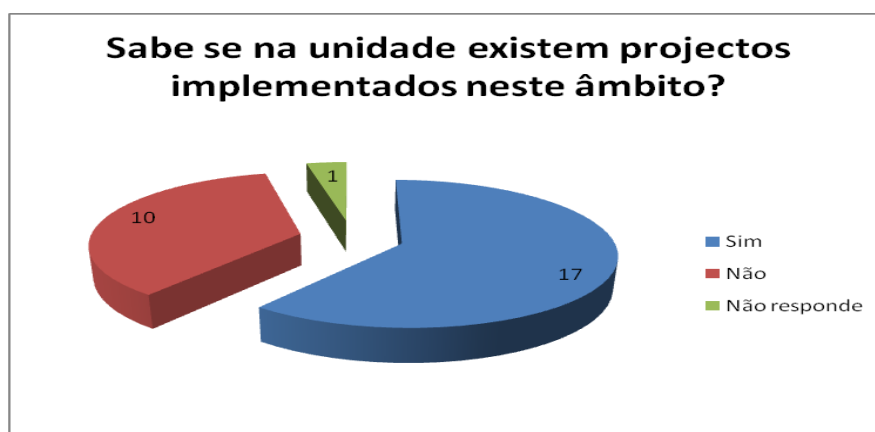


Gráfico nº 11 - Número de enfermeiros que tem conhecimento dos projectos da unidade.

Da totalidade dos inquiridos em relação ao conhecimento de projetos implementados nesta área na unidade, 60,7% dos enfermeiros respondem que sim enquanto 35,7% respondem que não, o que corresponde a dez enfermeiros. Os enfermeiros inquiridos têm conhecimento que a avaliação da dor é uma área de investimento dos “Padrões de Qualidade” como demonstra o gráfico seguinte.



Gráfico nº 12 – Número de enfermeiros que reconhece a dor como área de investimento dos Padrões de Qualidade.

A humanização em unidades de cuidados intensivos é difícil e complexa, o ambiente é confuso, barulhento, a vida e a morte estão em constante confronto.

No entanto sempre que a condição do cliente o permita, ele é o melhor a avaliar a sua dor, devemos acreditar sempre que é dor real, avaliar de forma sistemática a dor uma vez por turno e ter em conta os fatores fisiológicos e comportamentais. Sempre que há previsão de ocorrer dor o enfermeiro deve promover estratégias para minimizar ou eliminar os fatores desencadeadores de dor.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro:

✓ Artigo 88º - Da excelência do exercício

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;

✓ Artigo 89º - Da humanização dos cuidados

O enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.


No âmbito das competências da prática profissional, ética e legal e desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, bem-estar e o autocuidado (OE, 2008).

O papel do enfermeiro é fundamental na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da dor, usando também as medidas não farmacológicas.

Gratos pela atenção e colaboração.

Mafalda Silva

Apêndice 10 – Norma de procedimento reestruturada

 <p>CENTRO HOSPITALAR</p>	<p><u>Norma de Procedimento</u></p> <p>AVALIAÇÃO DA DOR</p> <p>5º Sinal Vital</p>	<p>Data de elaboração: Dezembro 2011</p> <p>Data de revisão: Dezembro 2012</p> <p>Responsável: Enf^a Chefe</p>
--	---	---

DEFINIÇÃO

Consideramos a dor como um fenómeno individual, subjetivo e multidimensional, é uma experiência sensorial e emocional desagradável, instituída como o 5º sinal vital. É dos sintomas físicos mais relatados pelo doente interferindo na sua qualidade de vida.

O controlo da dor é um direito do doente e um dever do profissional de saúde, é norma de boa prática a avaliação da dor, o registo contínuo e sistemático da intensidade da dor sendo fundamental para a humanização dos cuidados de enfermagem.

OBJECTIVOS

- ✓ Avaliar a intensidade da dor.
- ✓ Gerir a administração, a eficácia e adequação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas.
- ✓ Minimizar a dor e o sofrimento.
- ✓ Melhorar a qualidade de vida do doente.
- ✓ Promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

INFORMAÇÕES GERAIS

A - Destinatários

- ✓ Todos os doentes.

B - Quem executa

- ✓ O enfermeiro responsável pela prestação de cuidados.

C - Frequência

- ✓ Uma vez por turno.
- ✓ Sempre que a situação o justifique.

D - Orientações quanto à execução

- ✓ Personalizar os cuidados de enfermagem.
- ✓ Atender à privacidade do doente.
- ✓ Gerir fatores desencadeadores de stresse ambiental.
- ✓ Avaliar a intensidade da dor, utilizando linguagem comum e validando sempre a informação.
- ✓ Aplicar a escala instituída na unidade.

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR		
Expressão Facial	Relaxada	1
	Ligeiramente Contraída (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração Franca (ex: pálpebras fechadas)	3
	Fácies com Sinal de Dor	4
Tónus dos Membros Superiores	Sem movimento	1
	Ligeira Flexão	2
	Membros em Flexão e Punhos Fechados	3
	Membros Retraídos	4
Adaptação	Adaptado	1

ao Ventilador	Reação Esporádica ao Ventilador	2
	Luta contra o Ventilador	3
	Impossível de Ventilar	4
Ausência de Dor=3		
Dor Intensa=12		

- ✓ Em doentes sedados e ventilados aplicar a escala comportamental da dor, BPS.
- ✓ Em doentes conscientes aplicar a escala numérica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- ✓ Avaliar e registar a intensidade da dor no momento da colheita.
- ✓ Identificar a escala de avaliação utilizada.

RECURSOS

- ✓ Escala de avaliação da dor.
- ✓ Suporte de registo de enfermagem.

PROCEDIMENTO

1. Providenciar a privacidade do doente.
 - O dever de respeitar a privacidade do doente e o dever de sigilo profissional.

2. Lavar as mãos.

-
-
- Prevenir a infeção associada aos cuidados saúde.
3. Dirigir-se ao doente tratando-o pelo nome preferido.
 - Personalizar os cuidados de enfermagem.
 4. Explicar o procedimento que pretende realizar.
 - O dever de informar sobre as intervenções de enfermagem.
 5. Assegurar-se que o doente compreendeu a informa o.
 - Obter a colabora o e o consentimento do doente.
 6. Solicitar ao doente que classifique a intensidade da sua dor.
 - Obter o nível de intensidade da dor.
 7. Lavar as mãos.
 - Prevenir a transmissão cruzada de infe o.
 8. Registrar numa das colunas identificadas de Sinais Vitais.
 - Documentar legalmente a avalia o efectuada.
 9. Atuar de acordo com o resultado obtido.
 - Promover a qualidade de vida do doente.
 10. Registrar as a es desenvolvidas e os resultados obtidos.
 - Assegurar a continuidade dos cuidados.
-
-

REGISTOS

- ✓ Data e hora.
- ✓ Diagnósticos de enfermagem.
- ✓ Intensidade da dor.

ANEXOS

Anexo 1 – Norma de Procedimento, Avaliação da Dor

	<u>Norma de Procedimento</u>	Data de Elaboração: Janeiro de 2006
	Avaliação da Dor	Responsáveis [Redacted] Data de Revisão: Janeiro de 2007

Definição:

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como a componente emocional do doente. Tanto a Dor Aguda como a Crónica induzem sofrimento frequentemente intolerável, mas evitável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida do doente.

Objectivos:

- Avaliar a intensidade da dor
- Avaliar a eficácia e adequação das medidas terapêuticas adoptadas
- Minimizar a dor e o sofrimento
- Melhorar a qualidade de vida do doente

Informações gerais:

A - DESTINATÁRIOS

- Todos os doentes

B - QUEM EXECUTA

- O enfermeiro responsável pela prestação de cuidados, utilizando a "Escala de Avaliação de Dor" adoptada no serviço

C - HORÁRIO

- Uma vez por turno
- Sempre que a situação o justifique

D - ORIENTAÇÕES GENÉRICAS QUANTO À EXECUÇÃO

- O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e uma medida fundamental de personalização dos cuidados.
- A avaliação e registo da intensidade da dor tem que ser feita de forma **contínua e regular**, à semelhança da avaliação dos restantes sinais vitais.

D - 1 - DOENTE CAPAZ DE MANIFESTAR A SUA OPINIÃO

- A dor é um fenómeno eminentemente subjectivo, pelo que a **apreciação feita pelo doente** deve ser **sempre considerada e respeitada**.
- Para uma correcta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma **linguagem comum** entre os profissionais de saúde e o doente, o que se traduz na padronização da escala a utilizar e consequente ensino prévio à sua utilização.
- É fundamental que o profissional de saúde se assegure que o doente compreende correctamente o significado e a utilidade da escala.

D - 2 - DOENTE INCAPAZ DE MANIFESTAR A SUA OPINIÃO

- O doente quando incapaz de manifestar a sua opinião, está dependente de profissionais de saúde no diagnóstico da dor.

E - PROCEDIMENTO

E - 1 - DOENTE CAPAZ DE MANIFESTAR A SUA OPINIÃO

O enfermeiro deve:

- Dirigir-se ao doente tratando-o pelo nome
- Explicar o procedimento que pretende realizar
- Assegurar-se que o doente compreendeu a informação
- Solicitar ao doente que classifique a intensidade da sua dor
- Registrar o valor obtido numa das colunas identificadas de *Sinais Vitais*

- Actuar de acordo com os resultados obtidos (informar a equipa médica, adoptar medidas gerais ou específicas de conforto/alívio da dor, etc.)
- Registrar em notas de enfermagem o diagnóstico de situação, as acções desenvolvidas e os resultados obtidos.

E - 2 - DOENTE INCAPAZ DE MANIFESTAR A SUA OPINIÃO

O enfermeiro deve:

- Dirigir-se ao doente tratando-o pelo nome
- Pesquisar a presença ou ausência de manifestações de dor explicitadas na "ESCALA "
- Registrar o valor obtido numa das colunas identificadas de *Sinais Vitais*
- Actuar de acordo com os resultados obtidos (informar a equipa médica, adoptar medidas gerais e específicas de conforto/alívio de dor, etc.)
- Registrar em notas de enfermagem o diagnóstico de situação, as acções desenvolvidas e os resultados obtidos.

ESCALA DE DOR

A aplicar em doentes conscientes e colaborantes, solicitando ao doente que classifique a sua dor.

0	Ausência de dor
1	Dor ligeira
2	Dor moderada
3	Dor intensa
4	Dor máxima

A aplicar em doentes sedados e/ou analgésicos.

0 - ausência de dor	Nenhuma manifestação espontânea de dor
1 - dor ligeira	Manifestação ligeira de dor à mobilização
2 - dor moderada	Manifestação moderada de dor à mobilização e/ou durante a execução de procedimentos dolorosos
3 - dor intensa	Manifestação de dor a pequenos estímulos (toque) e/ou com manifestações neurovegetativas espontâneas
4 - dor máxima	Manifestação intensa e permanente de dor, independentemente de estímulos externos

Manifestações de dor

↳ Manifestações neurovegetativas

- modificação, sem outra causa documentada, de:
 - * FC e/ou TA e/ou FR e/ou dilatação pupilar
 - * tonalidade da pele
- sudorese espontânea

↳ Manifestações da expressão somática

- alteração da mímica facial ("esgar facial")
- inquietação motora

Procedimentos dolorosos

- ↳ toracentese / drenagem torácica
- ↳ paracentese
- ↳ execução de pensos
 - * cirúrgicos
 - * úlceras de pressão
- ↳ cateterização venosa central
- ↳ cateterização arterial
- ↳ procedimentos ortopédicos
 - * mobilização de doente com tracção cutânea / esquelética
 - * execução de penso de fractura exposta
 - * substituição de tala gessada
- ↳ outros...

Anexo 2 – Declaração da Senhora Enfermeira Chefe,
Sobre a pertinência do estudo

Fundamentação
Da Pertinência do Estudo
A DOR

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável que envolve, entre outras, a componente sensorial e emocional dos doentes. Tanto a dor aguda como a dor crónica induzem sofrimento frequentemente intolerável, mas evitável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida do doente.

A Direcção geral da Saúde emitiu em 14 Junho de 2003 a Circular Normativa n.º 9/2003 na qual institui a "Dor como 5º sinal vital". Nestes termos considera a DGS, no uso das suas competências técnico-normativas, boa prática, o registo sistemático da intensidade da dor e a inclusão nas folhas de registo dos sinais vitais espaço próprio para registo da intensidade da dor.

O doente crítico em contexto de cuidados intensivos tem uma particular necessidade de monitorização e controlo dor: entidade patológica, trauma, procedimentos invasivos, alterações da percepção, ambiente agressivo, são algumas das situações que parecem contribuir para a necessidade de controlo da dor.

A equipa de enfermagem da [redacted] em 2005, consciente da necessidade de melhorar a qualidade da prestação de cuidados criou e implementou a "Norma de procedimento - Dor".

Considero assim, ser altura de avaliar o trabalho desenvolvido nesta área temática, motivo pelo qual é de toda a importância o projecto desenvolvido pela Enfª Mafalda.


Enfermeira Chefe

4/2/09